

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

(52° incontro, 8-9-'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. Lina Manuali

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

Dichiarazione

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

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

Come Presidente della Fondazione **Allineare Sanità e Salute** dichiaro che la Fondazione si regge sul lavoro volontario e gratuito di Consiglio Direttivo, Comitato scientifico e autori delle pubblicazioni.

E che

non presenta conflitto, ma **allineamento** con gli interessi del SSN e della Salute della comunità dei cittadini. Ma verificate!

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

Questa presentazione affronterà:



- Scaletta (Slide 4).
- Fondazione *Allineare Sanità e Salute* (S 5) ed es. di disease mongering:
- Effetti a lungo termine supplementi vit. D (basse dosi) extension RCT (S 6)
- Effetti a lungo termine di multivitaminici metanalisi tre coorti (S 7)
- Vaiolo scimmie Mpox: per OMS emergenza SP internazionale (da S 8)
- VE vaccini COVID su trasmissione? CDC dichiara 'nessuna VE' in agosto 2021 (da S 12), e InfoVax (e non solo) recepisce subito. Poi si è dimostrata *negativizzazione* di VE
- Vaccinazioni COVID e demenza (da S 25)
- Raccomandazioni WHO e internaz. rilanciano vaccini dai 6 mesi, per tutti (da S 31)
- Kennedy Jr., difesa salute bambini (S 34). Aumento post-vaccini IgG4 in bambini (da S 35)
- Parliamo di mortalità: da quali studi possono venire risposte più valide? (S 37) Da quelli che almeno correlano mortalità di individui al loro stato vaccinale.
- Pescara 2 (da S 39). Dati mortalità inglesi ONS (da S 58). Dati mortalità Nuova Zelanda (S 88)
- Che cosa ci aspetta se non li fermiamo? (da S 89)
- Criticità in nuova bozza di Piano Nazionale di Preparazione Pandemica (da S 94) e le trappole di equità, solidarietà e inclusione (da S 98).



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 →)

Long-Term Effect of Randomization to Calcium and Vitamin D (→ 400 UI al dì) Supplementation on Health in Older Women

WHI RCT, ed estensione a 22,3 anni

Postintervention Follow-up of a Randomized Clinical Trial Ann Intern Med. doi:10.7326/M23-2598

Cynthia A. Thomson, PhD, RD; Aaron K. Aragaki, MS; Ross L. Prentice, PhD; Marcia L. Stefanick, PhD; JoAnn E. Manson, MD, MPH, DrPH; Jean Wactawski-Wende, PhD; Nelson B. Watts, MD; Linda Van Horn, PhD, RD; James M. Shikany, DrPH; Thomas E. Rohan, MBBS, PhD, DHSc; Dorothy S. Lane, MD, MPH; Robert A. Wild, MD, PhD, MPH; Rogelio Robles-Morales, MD; Aladdin H. Shadyab, PhD, MPH; Nazmus Saquib, MBBS, MPH, PhD, MBA; and Jane Cauley, DrPH



Background: Although calcium and vitamin D (CaD) supplementation may affect chronic disease in older women, evidence of long-term effects on health outcomes is limited.

Objective: To evaluate long-term health outcomes among postmenopausal women in the Women's Health Initiative CaD trial.

observed after a median cumulative follow-up of 22.3 years (1817 vs. 1943 deaths; hazard ratio [HR], 0.93 [95% CI, 0.87 to 0.99]), along with a 6% increase in CVD mortality (2621 vs. 2420 deaths; HR, 1.06 [CI, 1.01 to 1.12]). There was no overall effect on other measures, including all-cause mortality (7834 vs. 7748 deaths; HR, 1.00 [CI, 0.97 to 1.03]). Estimates for can-

For women randomly assigned to CaD versus placebo (18,176 vs 18,106, a **7% reduction in cancer mortality was observed after a median cumulative follow-up of 22.3 years** (1817 vs. 1943 deaths; hazard ratio [HR], 0.93 [95% CI, 0.87 to 0.99]),

along with a **6% increase in CVD mortality** (2621 vs. 2420 deaths; **HR, 1.06** [CI, 1.01 to 1.12]).

There was no overall effect on other measures, including all-cause mortality (7834 vs. 7748 deaths; [CI, 0.97 to 1.03]). **Vit. D + Calcio → ~85 morti in più,** ma **un pochino meglio in chi non prendeva prima supplementi...**

**Original Investigation** | Nutrition, Obesity, and Exercise**Multivitamin Use and Mortality Risk in 3 Prospective US Cohorts**

Erikka Loftfield, PhD, MPH; Caitlin P. O'Connell, MPH; Christian C. Abnet, PhD, MPH; Barry I. Graubard, PhD; Linda M. Liao, PhD; Laura E. Beane Freeman, PhD; Jonathan N. Hofmann, PhD; Neal D. Freedman, PhD, MPH; Rashmi Sinha, PhD

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS This cohort study used data from 3 prospective cohort studies in the US, each with baseline MV use (assessed from 1993 to 2001), and follow-up MV use (assessed from 1998 to 2004), extended duration of follow-up up to 27 years, and extensive characterization of potential confounders. Participants were adults, without a history of cancer or other chronic diseases, who participated in National Institutes of Health–AARP Diet and Health Study (327 732 participants); Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial (42 732 participants); or Agricultural Health Study (19 660 participants). Data were analyzed from June 2022

Risultati was not associated with lower all-cause mortality risk in the first (multivariable-adjusted HR, 1.04; 95% CI, 1.02-1.07) or second (multivariable-adjusted HR, 1.04; 95% CI, 0.99-1.08) halves of follow-up. HRs were similar for major causes of death and time-varying analyses.

Proiettato su 1 milione di adulti x 27 anni, **sarebbero solo 40.000 morti in più...**



the Defender[®]
CHILDREN'S HEALTH DEFENSE NEWS & VIEWS

by Suzanne Burdick, Ph.D.

August 21, 2024



Mpox is ““not the new Covid” ” — **but vaccines are needed to stop the spread**, according to the World Health Organization (WHO).



Hans Kluge, WHO regional director for Europe, emphasized in an Aug. 20 media briefing that, unlike **COVID-19**, mpox primarily spreads through close skin-to-skin contact with mpox lesions.

Referring to mpox as a “**test for global equity**,” Kluge European countries to “act in **solidarity**” with African countries by taking measures — such as **vaccination, surveillance** and **administering antiviral drugs** — to control the disease.

“We can, and must, tackle mpox together — across regions and continents,” he said.

L'epidemia in Congo colpisce i bimbi? Bavarian Nordic, esplosa in Borsa, chiede all'Ema l'ok per dare il suo farmaco ai minori È pronta a fabbricarne 10 milioni di dosi: proprio quelle indicate dall'Ue... L'Oms spiega: dubbi sulle cure, meglio immunizzarsi

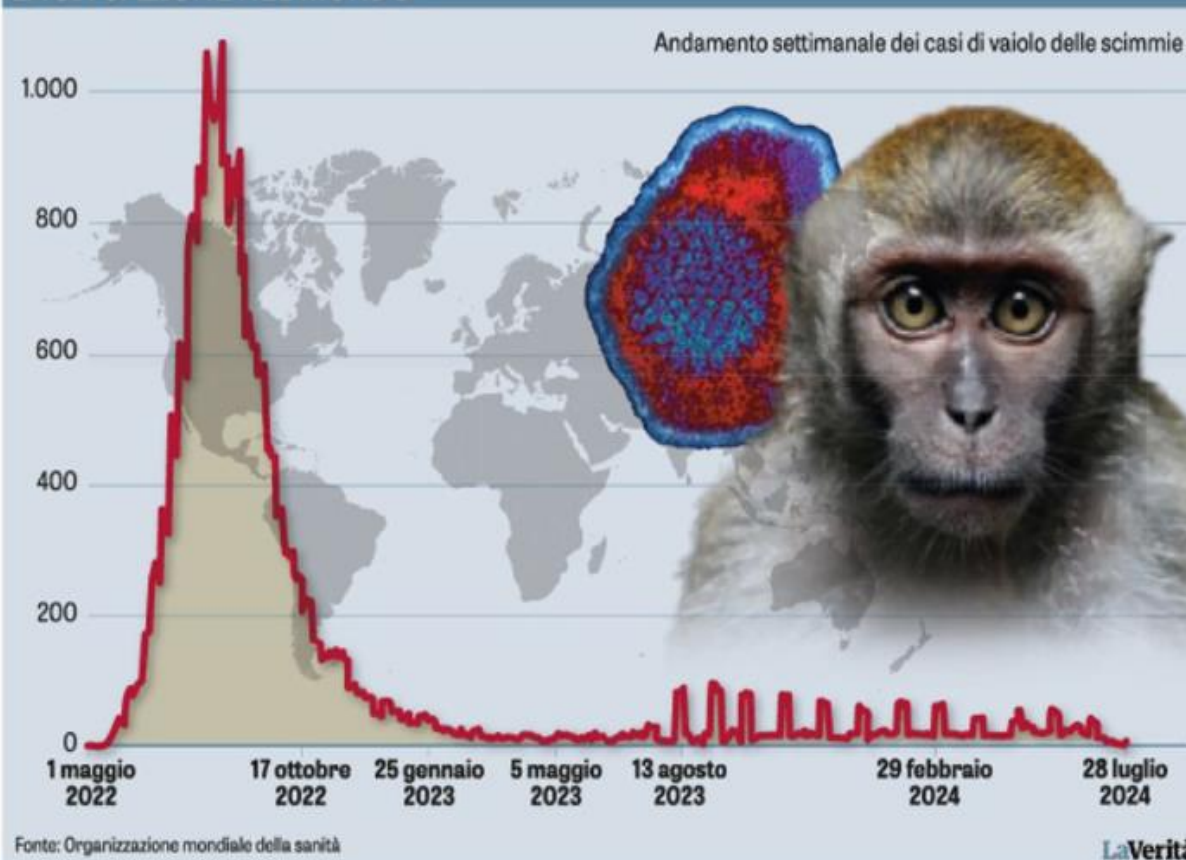
di ALESSANDRO RICO



■ A pensar male si fa peccato? Toccherà approfittare del Giubileo 2025 per confessarsi. Intanto, è inevitabile coltivare qualche sospetto nei confronti dell'allarme globale da vaiolo delle scimmie. Non diciamo che sia una pantomima per piazzare sul mercato l'ennesimo vaccino: in Congo ci sono stati oltre 14.000 contagi, con più di 500 morti, compresi bambini. Ma di sicuro, la drammatizzazione mondiale di una malattia, il cui epicentro è concentrato in Africa, ha favorito gli interessi commerciali della danese Bavarian Nordic, principale azienda produttrice di vaccini. L'altro medicinale, Acam2000, di Sanofi, sarebbe efficace anche contro il morbo dei primati, ma è stato pensato per il «vecchio» vaiolo. Così,

*L'Europa: qui niente profilassi di massa
In Italia 65 casi, quasi tutti risalenti al 2023*

LA SITUAZIONE NEL MONDO



rà a convincere la popolazione che la minaccia del vaiolo delle scimmie sia paragonabile al panico che si scatenò con la comparsa del Sars-Cov-2. La media mondiale dei contagi parla da sé: fino a tutto il mese di luglio, i picchi dell'estate 2022 erano un lontano ricordo. Qua è là sono stati individuati singoli portatori della nuova variante: in Svezia, forse in Pakistan e nelle Filippine, ieri in Spagna. L'ultima circolare del ministero italiano, all'8 agosto, non rileva casi della nuova Clade I; dal primo gennaio, sono stati censiti 65 casi di mpox, ma tutti sono riferiti a infezioni contratte nel 2023, o al massimo nei primi mesi del 2024. Non sono proprio cifre preoccupanti. E infatti, ieri, il Comitato per la sicurezza sanitaria dell'Ue ha ribadito che, per la popolazione europea, il rischio è basso: si punterà su sorveglianza e informazione, ma non sulla vaccina-

Con le recenti riforme le raccomandazioni di Tedros diverranno di fatto vincolanti

Ok, ma il vaccino Imvanex/Jynneos (Bavarian Nordic) quanto è efficace? E per quanto? Ferma la trasmissione? E anzitutto, **è sicuro?** Vediamo la Scheda informativa FDA →

<https://www.fda.gov/media/160774/download>

EU → Imvanex



FACT SHEET FOR HEALTHCARE PROVIDERS ADMINISTERING VACCINE: EMERGENCY USE AUTHORIZATION OF JYNNEOS (SMALLPOX AND MONKEYPOX VACCINE, LIVE, NON-REPLICATING) FOR PREVENTION OF MONKEYPOX DISEASE IN INDIVIDUALS DETERMINED TO BE AT HIGH RISK FOR MONKEYPOX INFECTION

HIGHLIGHTS OF EMERGENCY USE AUTHORIZATION (EUA)

These highlights of the EUA do not include all the information needed to use JYNNEOS under the EUA. See the **FULL FACT SHEET FOR HEALTHCARE PROVIDERS** for JYNNEOS.

JYNNEOS (Smallpox and Monkeypox Vaccine, Live, Non-replicating) suspension for subcutaneous injection, suspension for intradermal injection

Original EUA Authorized Date: 08/2022

Most Recent EUA Authorized Date: 08/2022

-----EMERGENCY USE AUTHORIZATION-----

The US Food and Drug Administration (FDA) has issued an Emergency Use Authorization (EUA) for the emergency use of JYNNEOS for:

- active immunization by subcutaneous injection for prevention of monkeypox disease in individuals less than 18 years of age determined to be at high risk for monkeypox infection, and
- active immunization by intradermal injection for prevention of monkeypox disease in individuals 18 years of age and older determined to be at high risk for monkeypox infection. (1)

JYNNEOS is not approved for these uses.

See Full Fact Sheet for Healthcare Providers for the justification for emergency use of JYNNEOS, information on available alternatives, and additional information on monkeypox disease.

-----ADVERSE REACTIONS-----

- In smallpox vaccine-naïve healthy adults who received JYNNEOS subcutaneously, the most common (>10%) solicited injection site

dolore (85%), arrossamento (61%), gonfiore (52%)
indurimento (45%), prurito (43%); e generali dolori
muscolari (43%), cefalea (35%), fatigue (30%),
nausea (17%), brividi (10%)

who received JYNNEOS subcutaneously, the most common (>10%) solicited injection site reactions were redness (80.9%), pain (79.5%), induration (70.4%), swelling (67.2%), and itching (32.0%); the most common solicited systemic adverse reactions were fatigue (33.5%), headache (27.6%), and muscle pain (21.5%). (6.1)

- The frequencies of solicited local and systemic adverse reactions following subcutaneous administration among adults with HIV-infection and adults with atopic dermatitis were generally similar to those observed in healthy adults. (6.1)
- In smallpox vaccine-naïve healthy adults who received JYNNEOS intradermally, the most common (>10%) solicited reactions were local

arrossamento (99,5%), indurimento (99,5%), prurito (89%); dolore (65%), e generali: stanchezza (51%), cefalea (41%), dolori muscolari (30%), nausea (23%), dolore braccio (21%), modif. appetito (20%), dolore articolare (18%), brividi (15%), braccio gonfio (11%)

Sorveglianza attiva: % soggetti con reaz. locali e sistemiche entro 8 giorni da ogni dose 
di JYNNEOS in adulti 18-40 anni, studio 1 <https://www.fda.gov/media/160774/download>

	Reazione	JYNNEOS N=2943 (%)	PLACEBO N= 980 (%)
LOCALI	Locali (sito iniezione)		Tutte le reazioni locali vanno ascritte solo al vaccino, perché nel mondo reale il "placebo" è non fare nulla!
	Dolore [3°→inabilitante]	84,9 [7,4]	
	Arrossamento [≥ 10 cm]	60,8 [1,5]	
	Gonfiore [≥ 10 cm]	51,6 [0,8]	
	Indurimento [≥ 10 cm]	45,4 [0,3]	
	Prurito [3°→inabilitante]	43,1 [1,6]	
SISTEMICHE	Sistemiche		
	Dolore muscolare [3°→inab.]	42,8 [2,6]	
	Mal di testa [3°→inabilit.]	34,8 [2,4]	
	Fatica [3° → inabilitante]	30,4 [3,0]	
	Nausea [3°→inabilitante]	17,3 [1,5]	
	Brividi [3° → inabilitanti]	10,4 [1,0]	
	Febbre [3° → ≥39° C]	1,7 [0,2]	0,9 [-]

Eventi avversi di speciale interesse

(AESI) **cardiaci**:

placebo 0,2%,
Jynneos 1,3%, ma se già antivaiolosa

→ 2,1%

in gran parte come **elevazione troponina** oltre 2 volte sopra il limite max di norma

(NB: tra criteri CDC diagnosi miocardite DOI: [10.1542/peds.2022-057313](https://doi.org/10.1542/peds.2022-057313) basta oltre limite superiore di norma! (senza altra causa). Se ci si limita a questo sarebbero state di più!)

Durata mediana reazioni da 1 a 6 giorni. 3° Grado→impediscono attività giornaliere

13.1 Carcinogenesis, Mutagenesis, Impairment of Fertility. JYNNEOS has not been evaluated for carcinogenic or mutagenic potential, or for impairment of male fertility in animals.



**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

Discussione attivata nella Rete Sostenibilità e Salute rivolta a personale sanitario

InfoVax ci era
arrivato subito.
Perché il CTS no?!



(incontro 21-8-'21)



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 – Consiglio direttivo e Coordinatore
Comitato scientifico della Fondazione e *Allineare Sanità Salute*
www.fondazioneallinearesanitaesalute.org

Anche Lopalco, ai tempi, c'era quasi arrivato, in verità...

Ancora su come evolve l'efficacia vaccinale verso l'infezione

<https://www.iltempo.it/attualita/2021/07/26/news/pierluigi-lopalco-vaccino-giovani-inutile-senza-senso-no-vax-contagi-morte-ospedali-pandemia-28108601/>



*... E poi ve lo dico anche da un punto di vista tecnico/epidemiologico, non ha senso perché questi vaccini sono dei vaccini ottimi per prevenire la malattia grave e per prevenire l'ospedalizzazione. Questi vaccini **non** **prevengono se non in***

minimissima parte la circolazione del virus.



*Quindi se vaccinassi, per esempio, i giovanotti che vanno a prendersi l'aperitivo sui navigli di Milano, io perderei dosi di vaccino, perché non li proteggerei dalla malattia grave, perchè la malattia grave i giovanotti non ne fanno, e **non proteggerei le loro famiglie perché loro vaccinati potrebbero comunque portare il virus in famiglia anche se vaccinati**, se continuano comunque a prendere l'aperitivo sui navigli...*

E persino Fauci, a dirla tutta...



... a delta variant has changed the entire landscape, because when you look at the ***level of virus in the nasopharynx of a vaccinated*** person who gets a breakthrough ***infection with delta***, ***it is exactly the same as the level of virus in an unvaccinated person who is infected.*** ...

Those data were very compelling...



... ***Il Pass è una misura con cui gli italiani*** possono continuare ad esercitare le proprie attività, a divertirsi, ad andare al ristorante, a partecipare a spettacoli all'aperto e al chiuso, con la ***garanzia*** di trovarsi con persone ***che non sono contagiose.***

Chi erano i consulenti del ns Premier?

di CATERINA BELLONI

LA RICERCA DI UN'AGENZIA GOVERNATIVA BRITANNICA

«Immunizzati e non, la carica virale è la stessa»

Uno studio inglese conferma il ruolo dei vaccinati nella trasmissione del virus

■ Chi si oppone al vaccino, convinto che anche coloro che l'hanno ricevuto continuano ad essere portatori del Covid, potrebbe avere ragione. Nei giorni scorsi, infatti, una ricerca condotta da Public Health England ha rilevato che i doppiamente vaccinati hanno un carico virale analogo a quello dei non vaccinati, quindi possono essere allo stesso modo responsabili della trasmissione.

La nuova analisi emerge in un rapporto di 40 pagine diffuso nei giorni scorsi a Londra. Secondo l'indagine, la differenza tra la carica virale riscontrata nella gente immunizzata e nei non vaccinati è

davvero minima, il che fa sospettare che forse nemmeno la campagna vaccinale massiccia di cui il primo ministro Boris Johnson si è fatto vanto sia la vera responsabile della riduzione dei casi.

Una notizia davvero inattesa, dal momento che gli scienziati fino ad oggi avevano sempre detto che i due vaccini da un lato proteggevano i cittadini dal nuovo contagio (e parzialmente anche dalle sue varianti) e secondariamente

che avrebbero prevenuto la trasmissione del virus. Invece, le analisi dei dati recenti raccolti dalla app del governo che traccia i nuovi contagi, hanno fatto rilevare che i valori per tutti i casi affetti da variante delta dal 14 giugno in poi sono simili, con una media di carica virale che diverge di un paio di decimi. Di primo acchito questo sembra significare che mentre la vaccinazione può ridurre il rischio complessivo di un individuo

di infettarsi, una volta che è infettato ci sarebbe una differenza limitata nella carica virale tra coloro che sono vaccinati e non vaccinati. Secondo il dottor Muge Cevik, docente all'università Saint Andrews, intervistato dal *Telegraph*, però, «anche se il carico virale è lo stesso, le persone vaccinate si ammalano meno e quindi risultano meno contagiose delle altre, perché il vaccino riduce il tempo di spargimento e l'infezione sintomatica ol-

tre a produrre una risposta immunitaria che porta alla soppressione della malattia».

Gli esperti hanno dunque spiegato che avere lo stesso carico virale non significa che la trasmissione sia esattamente la stessa, visto che il vaccino può temperare l'effetto finale. Secondo altri epidemiologi, poi, le persone doppiamente vaccinate che si sono contagiate di nuovo, potrebbero presentare un quadro clinico insolito, che non

dovrebbe essere assunto come conferma del fatto che vaccinarsi sia esattamente come non farlo, quando ci si trova di fronte al Covid.

In base alle valutazioni dei medici, insomma, vaccinarsi resterebbe comunque necessario, se si vuole cercare di arginare la nascita di nuove varianti: una posizione che attenua le polemiche scatenate dai dati, ma che non le cancella. Dalla stessa indagine di Public Health England, poi, emerge che al momento nel Regno Unito sono in circolazione quattro varianti che preoccupano (la delta, la alpha, la beta e la gamma) e una decina di altre variazioni sotto osservazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<https://www.ndm.ox.ac.uk/covid-19/covid-19-infection-survey/results/new-studies>



...With Delta, Pfizer-BioNTech and Oxford-AstraZeneca vaccines still offer good protection against new infections, but **effectiveness is reduced compared with Alpha.**

However, **Delta infections after two vaccine doses had similar peak levels of virus to those in unvaccinated people.**

Pfizer-BioNTech have greater initial effectiveness against new COVID-19 infections, but this declines faster compared with two doses of Oxford-AstraZeneca... after 4-5 months effectiveness of these two vaccines would be similar

C.D.C. Internal Report Calls Delta Variant as Contagious as Chickenpox

Infections in vaccinated Americans also may be as transmissible as those in unvaccinated people (CDC) and lead more often to severe illness.

Dr. Walensky, the CDC director, [acknowledged on Tuesday](#) that **vaccinated people with so-called breakthrough infections of the Delta variant carry just as much virus in the nose and throat as unvaccinated people, and may spread it just as readily**, if less often.



There are roughly 35,000 **symptomatic infections** per week [n.d.r.: 147 mila al mese = 1 x 1.100 vaccinati al mese] among 162 million vaccinated Americans, according to data collected by the C.D.C. as of July 24, cited in the internal presentation. **But the agency does not track all mild or asymptomatic infections, so the actual incidence may be higher.**

A recent outbreak in Provincetown, Mass., which began after the town's Fourth of July festivities. By Thursday, that cluster had grown to **882 cases**. About **74% were vaccinated.** ←

People infected with **Delta** carry **enormous amounts of virus in their nose and throat, regardless of vaccination status** ←

Questa è l'ultima slide sul tema, che ho commentato in InfoVax il 21-8-2021...

MMWR / August 6, 2021 / Vol. 70 / No. 31 1059

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

*essenzialmente
al chiuso!*

Catherine M. Brown, DVM¹; Johanna Vostok, MPH¹; Hillary Johnson, MHS¹; Meagan Burns, MPH¹; Radhika Gharpure, DVM²; Samira Sami, DrPH²;

products received by persons experiencing breakthrough infections were Pfizer-BioNTech (159; 46%), Moderna (131; 38%), and Janssen (56; 16%); among fully vaccinated persons in the

Sono implicati
tutti i vaccini

Ct values in specimens from 127 fully vaccinated patients (median = 22.77) were similar to those among 84 patients who were unvaccinated, not fully vaccinated, or whose vaccination status was unknown (median = 21.54) (Figure 2).

Carica alta e
paragonabile
tra vacc. e non

among Massachusetts residents; vaccination coverage among eligible Massachusetts residents was 69%. Approximately three quarters (346; 74%) of cases occurred in fully vaccinated persons (those who had completed a 2-dose course

% casi tra vaccinati
persino maggiore di
% copertura residenti!

July 27, no deaths were reported. One hospitalized patient (age range = 50–59 years) was not vaccinated and had multiple underlying medical conditions.^{††} Four additional, fully vaccinated patients^{§§} aged 20–70 years were also hospitalized, two

1 non vacc. ricoverato!

e anche 4 vaccinati!!

Nell'ottobre 2021 l'ha annunciato in video anche Boris Johnson...

<https://www.youtube.com/watch?v=P-DR4ipz9LE>

22 ottobre 2021



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“

Rapporto annuale sulla sicurezza dei vaccini anti-COVID-19

27/12/2020 - 26/12/2021

E anche l'AIFA, a modo suo,
l'ha ammesso nel
Rapporto annuale 2021 ...

Pag. 10

Tutti i vaccini attualmente disponibili hanno come indicazione terapeutica l'immunizzazione attiva nella prevenzione della malattia da nuovo coronavirus (COVID-19), causata dal virus SARS-CoV-2,



volta, la possibile ricaduta in termini di rischio di interruzione del servizio sanitario", laddove il giudice delle leggi vorrebbe sostenere un assunto fantasioso, ovvero che i vaccinati non si infettino e non siano contagiosi. Per contro, che i vaccinati potessero infettarsi e contagiare, a loro volta, non solo era noto ai tempi dell'emanazione del DL 127/21 (introduzione green pass), ma era stato addirittura rimarcato dal Min. della Salute in una nota, in cui dichiarava "...tassativamente falsa (cd fake new) l'affermazione secondo cui "Se ho fatto il vaccino contro Sars-CoV-2 e anche il richiamo con la terza dose non posso ammalarmi di Covid-19 e non posso trasmettere l'infezione agli altri"

(<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioFakeNewsNuovoCoronavirus.jsp>).



salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioFakeNewsNuovoCoronavirus.jsp
Adobe Acrobat

Ministero della Salute
Pagina Non Disponibile - Page Not Available

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

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

aumento del rischio di contrarre COVID-19 con aumento delle dosi

Variables	Unadjusted HR	P	Adjusted HR ^a	P
	(95% CI)		(95% CI)	
Number of prior vaccine doses (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



SONO STATO INFETTATO (DAL COVID) CIRCA 2 SETTIMANE FA

ANTHONY FAUCI, MD Former Director of NIAID

✓ Fauci: *"Ho preso il covid circa due settimane fa. Era la mia terza infezione, e in totale ero stato vaccinato e avevo fatto richiami sei volte"*

8 dosi!

quindi **orientarsi verso la non vaccinazione anti-COVID per la popolazione generale**, da riservare solo a casi di comprovata necessità per motivi di salute personali.

Con la *logica* finora applicata ai **bambini non vaccinati con i vaccini pediatrici obbligatori**, che non possono frequentare asili nido e scuole dell'infanzia, si potrebbe considerare, finché la normativa attuale rimarrà in vigore, di **proibire ai bambini vaccinati contro COVID l'ammissione alle stesse strutture educative**. Oppure, rivedere la normativa!

L'efficacia vaccinale cala al passare delle settimane sino a diventare negativa, cioè i vaccinati si ammalano e contagiano più dei non vaccinati!

Allora, nell'interesse collettivo, non si dovrebbero limitare tali vaccinazioni?

L'interesse collettivo, in base a questi dati, dovrebbe

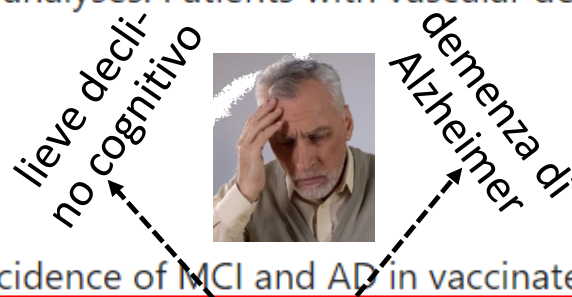
A potential association between COVID-19 vaccination and development of alzheimer's disease

Jee Hoon Roh ^{1 2}, Inha Jung ¹, Yunsun Suh ^{1 3}, Min-Ho Kim ⁴ DOI: 10.1093/qjmed/hcae103



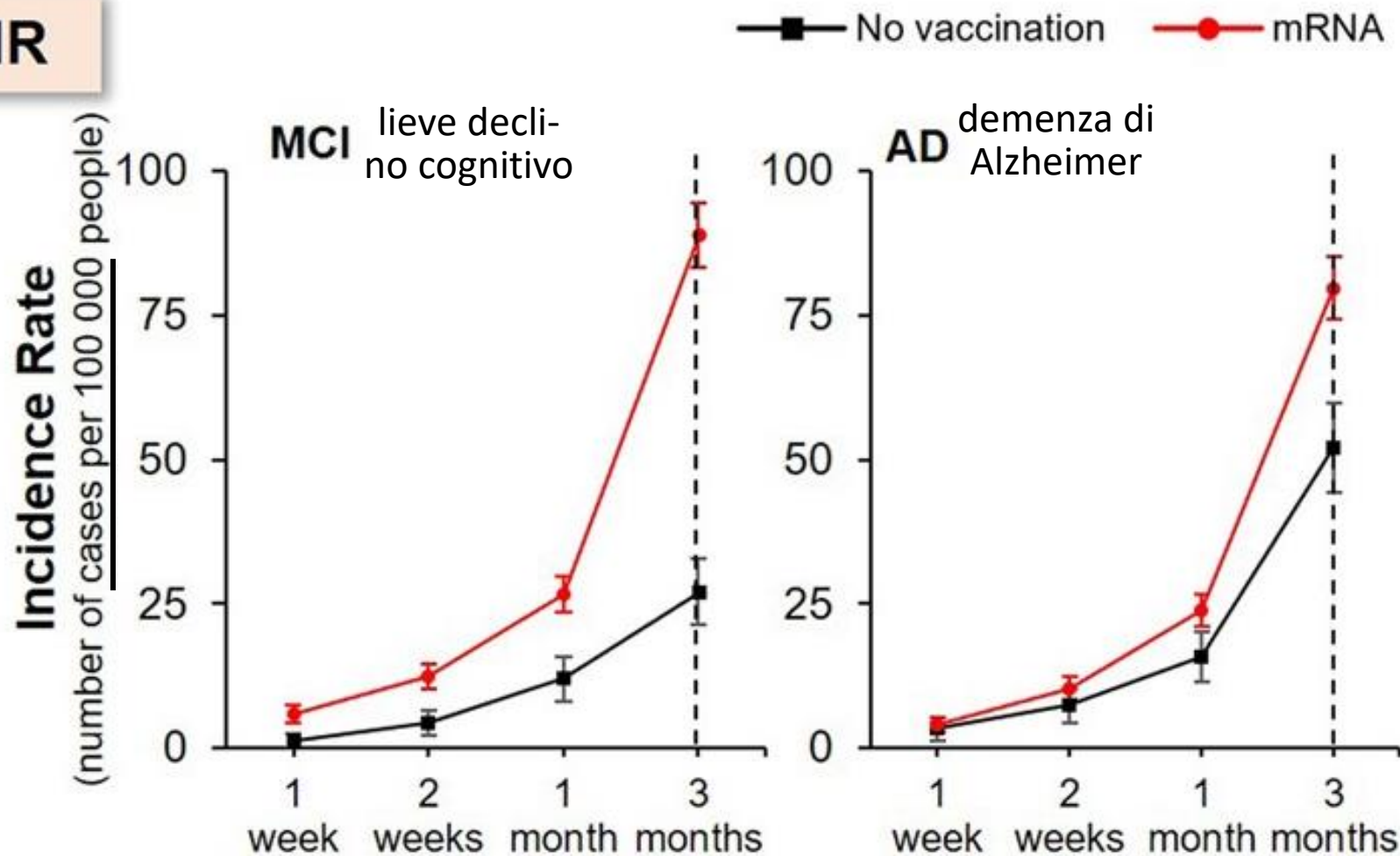
Design: A nationwide, retrospective cohort study leveraging data from the Korean National Health Insurance Service was conducted.

Methods: The study, conducted in Seoul, South Korea, analyzed data from a random 50% sample of city residents aged 65 and above, totaling 558,017 individuals. Participants were divided into vaccinated and unvaccinated groups, with vaccinations including mRNA and cDNA vaccines. The study focused on AD and MCI incidences post-vaccination, identified via ICD-10 codes, using multivariable logistic and Cox regression analyses. Patients with vascular dementia or Parkinson's disease served as controls.



Results: Findings showed an increased incidence of MCI and AD in vaccinated individuals, particularly those receiving mRNA vaccines, within three months post-vaccination. The mRNA vaccine group exhibited a significantly higher incidence of AD (Odds Ratio [OR]: 1.225; 95% Confidence Interval [CI]: 1.025-1.464; p = 0.026) and MCI (OR: 2.377; CI: 1.845-3.064; p < 0.001) compared to the unvaccinated group. No significant relationship was found with vascular dementia or Parkinson's disease.

IR



October 25, 2022 › Biden Launches #VaxUpAmerica Tour, as Latest Research Shows New Boosters No Better Than Old Against New Variants

*President **Biden today urged “all Americans” to get an updated COVID-19 vaccine** and pleaded with Congress to continue funding the vaccines and COVID-19 treatments. Meanwhile, the authors of a new study released Monday found the new bivalent boosters were no better than the old boosters at protecting against the latest Omicron variants.* by [Suzanne Burdick, Ph.D.](#)



Biden fa il richiamo del vaccino anti-Covid: "Seguite il mio esempio"

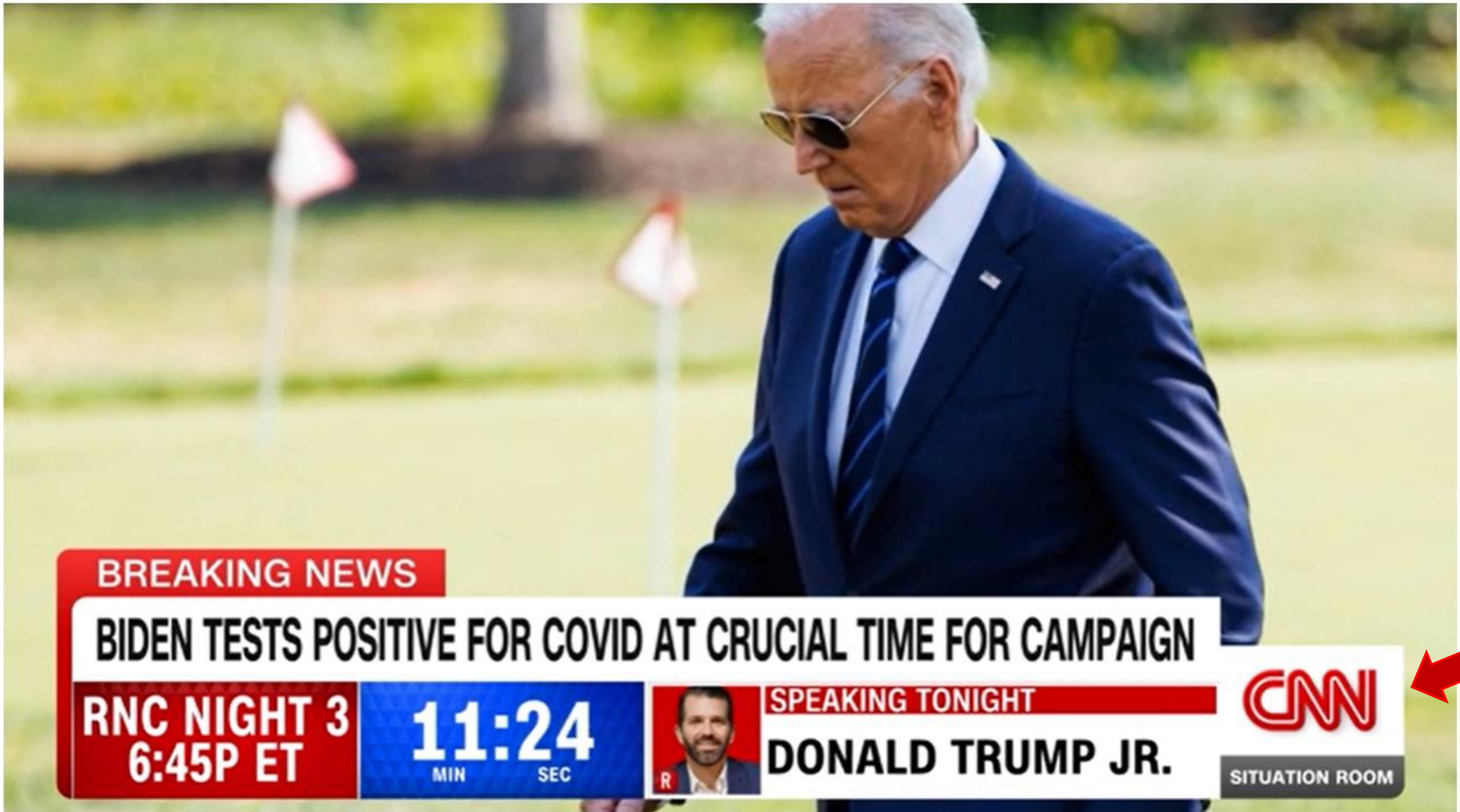
«Il **presidente incoraggia tutti gli americani a seguire il suo esempio e a verificare con il proprio medico o farmacista per garantirsi di essere completamente vaccinati**» (Kevin O'Connor, medico della Casa Bianca) - 24 Set 2023



Ha ricevuto il **vaccino COVID aggiornato** e si è anche sottoposto anche a un **siero antinfluenzale** e alla vaccinazione **contro il virus respiratorio sinciziale**.



John Campbell said that President Joe Biden has had six COVID-19 shots and three COVID-19 infections





**Il suo esempio
non è stato
oggettivamente
incoraggiante,
se voleva convincere
a ripetere le inoculazioni....**

On June 27, 2024, the CDC Director adopted the ACIP's recommendations for use of 2024–2025 COVID-19 vaccines in people ages 6 months and older as approved or authorized by FDA. The 2024–2025 vaccines are expected to be available in fall 2024. This page will be updated at that time to align with the new recommendations. Learn more:

www.cdc.gov/media/releases/2024/s-t0627-vaccine-recommendations.html

Staying Up to Date with COVID-19 Vaccines

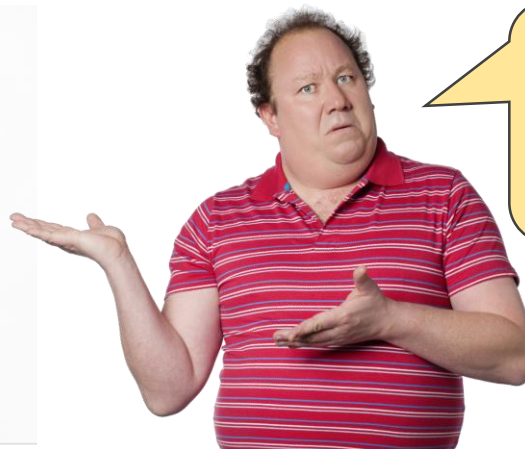
WHAT TO KNOW

- CDC recommends the 2023–2024 updated COVID-19 vaccines—Pfizer-BioNTech, Moderna, or Novavax—to protect against serious illness from COVID-19.
- Everyone aged 5 years and older ⁺ should get **1 dose of an updated COVID-19 vaccine** to protect against serious illness from COVID-19.
- Children aged 6 months–4 years may need multiple doses of COVID-19 vaccines to be up to date, including at least 1 dose of updated COVID-19 vaccine.
- People who are moderately or severely immunocompromised may get additional doses of updated COVID-19 vaccine.
- People aged 65 years and older who received 1 dose of any updated 2023–2024 COVID-19 vaccine (Pfizer-BioNTech, Moderna or Novavax) should receive 1 additional dose of an updated COVID-19 vaccine at least 4 months after the previous updated dose.
- People who are up to date have lower risk of severe illness, hospitalization and death from COVID-19 than people who are unvaccinated or who have not completed the doses recommended for them by CDC.



Calendario della Prevenzione 2024

Vuoi sapere quali vaccini ed esami di screening sono previsti per la tua età? Consulta il Calendario della Prevenzione, in base al tuo sesso e anno di nascita scoprirai quali prestazioni [...]



Stupiti se la gente ormai pensa (come i medici...) a questo come *prevenzione*?

Screening oncologici

L'ATS di Milano propone ai cittadini residenti lo screening del tumore alla mammella, lo screening del tumore colon-retto, lo screening del tumore al collo dell'utero. Guarda tutta la [...] e da novembre in Lombardia del tumore prostatico

Screening gratuito per l'Epatite C (HCV)

Piano di eliminazione del virus dell'epatite C
Screening gratuito per le persone nate tra il 1969 ed il 1989 Regione Lombardia promuove dal 01 giugno 2022 lo screening per l'epatite C, [...]

#iononaspetto "Se davvero ti vuoi bene prenota oggi"

Pubblicato il 10/10/2023 alle 12:39 || Ultima modifica: 10/10/2023 alle 12:42



Regione Lombardia ha avviato la campagna di comunicazione **#iononaspetto "Se davvero ti vuoi bene prenota oggi"** realizzata con lo scopo di sensibilizzare le cittadine lombarde sull'importanza di sottoporsi allo screening mammografico per la prevenzione del tumore al seno e far conoscere la nuova modalità di prenotazione dello screening attraverso la piattaforma **PrenotaSalute**.



[A guide to fall 2024 vaccines - by Katelyn Jetelina \(substack.com\)](#) **A guide to fall 2024 vaccines** And a 1-page PDF summary [KATELYN JETELINA](#) AUG 22, 2024

This fall, we will have vaccines for all three fall respiratory viruses: flu, RSV, and Covid-19. It's getting hard to keep track of all of them. So *here are the what, who, and when for each, informed by the most up-to-date science.*

Seasonal influenza (flu)

WHO: Everyone 6 months and older. Special formulations provide added protection for older adults. Children [should](#) get two shots one month apart during their first flu season.

When: Protection wanes throughout the season, so October is the best time to vaccinate.

COVID-19 vaccine updated formula targeting JN.1 (Novavax) or KP.2 (Pfizer/Moderna)

WHO: Everyone 6 months and older.

When: These are expected to be available soon. *I will be getting mine when it becomes available.*

RSV vaccine for older adults

People 60 and older “may” get the vaccine. **Those over 75 years “should.”**

RSV monoclonal antibody for infants

Who: **All infants under 8 months** should get it for their first RSV season, unless the mother received the RSV vaccine during pregnancy, and high-risk children between 8 to 19 months.



Robert F. Kennedy Jr (20 agosto 2022)

La pandemia da Covid è stata usata per cambiare radicalmente il rapporto tra i cittadini statunitensi e il loro Governo.

La risposta del Governo in materia di salute pubblica non è stata sanitaria, ma **un test del potere tecnocratico**: vedere come la popolazione avrebbe risposto a **editti totalitari mascherati da interventi medico-sanitari**.

Il Governo ha anche selezionato i vincitori e i perdenti del lockdown, trasferendo quasi 4.000 miliardi di dollari di ricchezza da classe media e piccole imprese alla Silicon Valley e ai giganti del commercio elettronico.

Non ci sono state **né correzioni né scuse, perché il governo vuole poterlo rifare di nuovo**.

Ecco perché ora tutto il clamore sul vaiolo delle scimmie, sull'influenza aviaria e su ancora altri vaccini sperimentali.

Non possiamo permettere che accada di nuovo. DOBBIAMO resistere.

Kennedy Jr. sostiene Trump contro la **censura incessante**, le **Agenzie corrotte**, l'**epidemia di malattie croniche nei bambini** (**Children's Health Defense**)



OPEN

Delayed Induction of Noninflammatory SARS-CoV-2 Spike-Specific IgG4 Antibodies Detected 1 Year After BNT162b2 Vaccination in Children

Robin Kobbe^{1D}, MD,*†‡§ Cornelius Rau, MD, MPhil,*† Ulf Schulze-Sturm, MD,‡ Felix Stahl, MD,§ Luis Fonseca-Brito,§ Anke Diemert, MD,¶|| Marc Lütgehetmann, MD,** Marylyn M. Addo, MD,*†‡‡§ Petra Arck, MD,¶|| and Leonie M. Weskamp, PhD*†‡‡§

“The new technology of mRNA-based vaccination proved to be one of the most important tools to fight the SARS-CoV-2 pandemic, allowing safe and effective mass vaccination, saving millions of lives and opening the possibility of developing wide-ranging future therapeutics.^{1...}”

“Irrgang et al⁶ were the first to report an **increased proportion of SARS-CoV-2 spike-specific IgG4** in adults, starting after the 2nd and increasing further after the 3rd mRNA vaccine dose, resulting in up to **19.27% of total specific IgG levels.**”

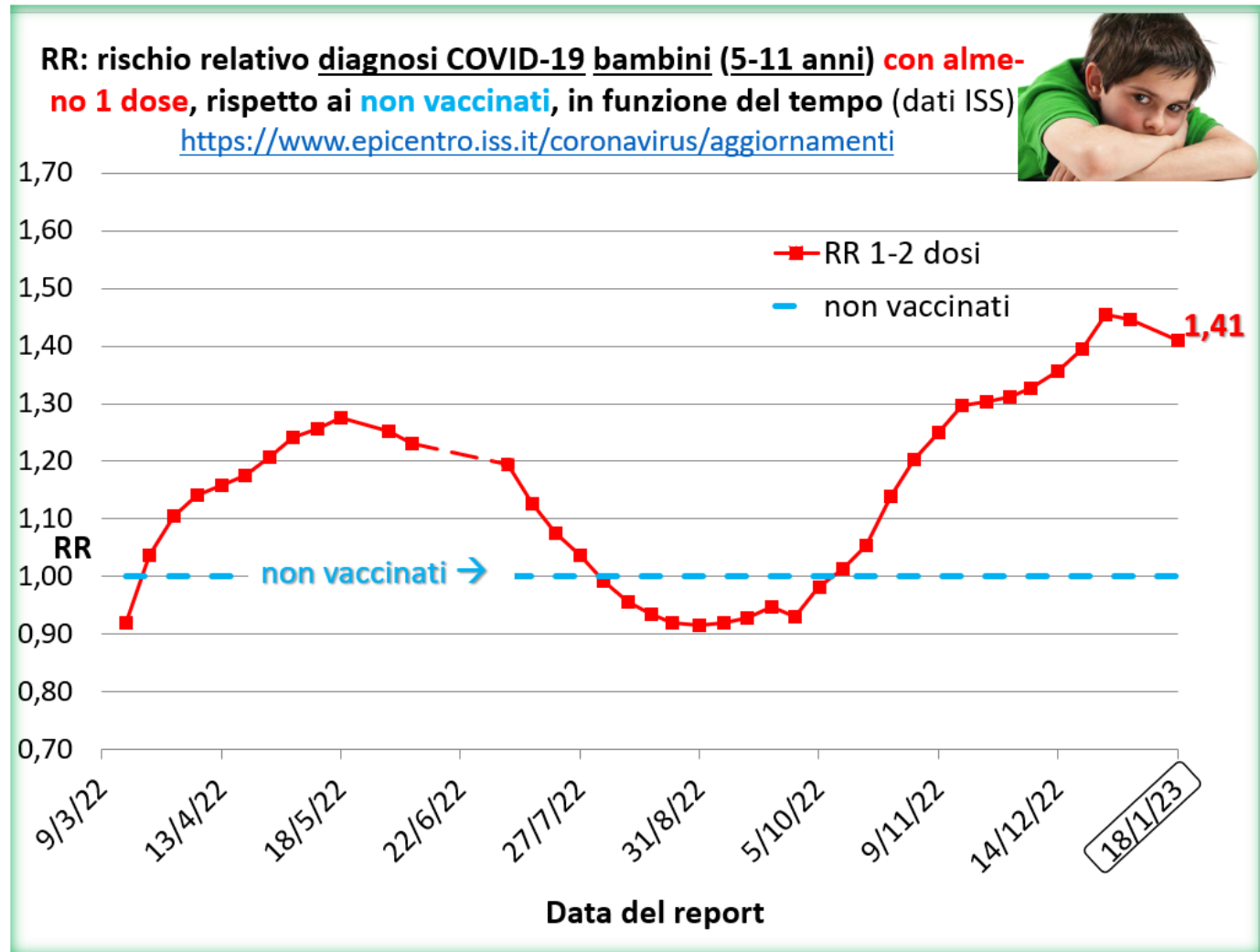


“**IgG4**, the least abundant IgG subclass in humans, being **described as “block-ing”** (other!) **antibodies**...”

The children's antibody response 5 weeks after the second BNT162b2 vaccination was dominated by the IgG1 and IgG3 subclasses, which subsequently decreased over time.

By contrast, IgG2 and **IgG4 levels** were relatively low at week 5 after the second vaccination and **increased in frequency until the late follow-up ...**, as also observed in our adult cohort.¹⁰

Specifically, Spike-specific IgG4 antibody levels increased significantly 1 year after the second vaccination... [Ndr: e **bloccano IgG3** attive contro infezioni, ecc.]



Assessment of Myocardial ^{18}F -FDG Uptake at PET/CT in Asymptomatic SARS-CoV-2–vaccinated and Nonvaccinated Patients

Takehiro Nakahara, MD, PhD • Yu Iwabuchi, MD, PhD • Raita Miyazawa, MD • Kai Tonda, MD •
Tobru Shiga, MD, PhD • H. William Strauss, MD • Charalambos Antoniades, MD, PhD •
Jagat Narula, MD, PhD • Masahiro Jinzaki, MD, PhD

From the Department of Radiology, Keio University School of Medicine, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8572, Japan (Dr. Nakahara); Department of Radiology, Keio University School of Medicine, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8572, Japan (Dr. Iwabuchi); Department of Radiology, Keio University School of Medicine, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8572, Japan (Dr. Miyazawa); Department of Radiology, Keio University School of Medicine, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8572, Japan (Dr. Tonda); Department of Radiology, Keio University School of Medicine, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8572, Japan (Dr. Shiga); Department of Radiology, Keio University School of Medicine, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8572, Japan (Dr. Strauss); Department of Radiology, Keio University School of Medicine, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8572, Japan (Dr. Antoniades); Department of Radiology, Keio University School of Medicine, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8572, Japan (Dr. Narula); Department of Radiology, Keio University School of Medicine, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8572, Japan (Dr. Jinzaki); and Department of Radiology, Keio University School of Medicine, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8572, Japan (Dr. Jinzaki).

Materials and Methods: This retrospective study included 30 asymptomatic patients with myocarditis during the period from July 1, 2021, to March 31, 2022. The patients were divided into two groups: SARS-CoV-2 vaccinated (n = 15) and nonvaccinated (n = 15). Myocardial ^{18}F -FDG uptake was assessed using maximum standardized uptake value (SUV_{max}) and compared between the two groups. The analysis was stratified by age (≤40 years, 41–60 years, >60 years), and the Kruskal-Wallis test with post hoc analysis was used.

Results: The study included 30 asymptomatic patients (mean age, 54.9 [SD]; 157 female, 146 male) and 700 vaccinated patients (mean age, 54.9 [SD]; 157 female, 146 male). Vaccinated patients had overall higher myocardial ^{18}F -FDG uptake compared with nonvaccinated patients (median SUV_{max}, 4.8 g/mL [IQR, 3.0–8.5 g/mL] vs 3.3 g/mL [IQR, 2.5–6.2 g/mL]; $P < .001$). SUV_{max} was higher in vaccinated patients regardless of patient sex (median range, 4.7–4.9 g/mL [IQR, 2.9–8.6 g/mL] vs 3.2–3.9 g/mL [IQR, 2.4–7.2 g/mL]) or age (median range, 4.7–5.6 g/mL [IQR, 2.9–8.6 g/mL] vs 3.3–3.3 g/mL [IQR, 2.3–6.1 g/mL]; $P < .001$ to $P = .015$). Furthermore, increased myocardial ^{18}F -FDG uptake was observed in patients imaged 1–30, 31–60, 61–120, or 121–180 days after their second vaccination (median SUV_{max} range, 4.6–5.1 g/mL [IQR, 2.9–8.6 g/mL]) ($P < .001$ to $P = .001$), and increased ipsilateral axillary uptake was observed in patients imaged 1–30, 31–60, and 61–120 days after their second vaccination (median SUV_{max} range, 1.5–2.0 g/mL [IQR, 1.2–3.4 g/mL]) compared with the nonvaccinated patients ($P < .001$ to $P < .001$).

Conclusion: When compared with nonvaccinated patients, asymptomatic patients who received their second vaccination 1–180 days prior to imaging showed increased myocardial ^{18}F -FDG uptake on PET/CT scans.

Gran parte degli asintomatici mostra
eccesso di infiammazione cardiaca
(ma anche di fegato e milza!)
ancora almeno 6 mesi dopo la 2^a dose

Lo studio **inglese, dell'Imperial College di Londra** (*Lancet Infect Dis*, giugno '22) usa algoritmo e calcolo probabilistico e **modellistico**. Per avere valore ed essere credibile, un **modello** dovrebbe attuare una stima partendo da uno o meglio più studi ben progettati con un protocollo (consultabile prima!) e chiare definizioni dei casi, su cui formulare le assunzioni, su cui si fonda la **credibilità** di un modello. Se mancano queste condizioni, **garbage-in, garbage-out!**

Quello canadese di Rancourt (<https://correlation-canada.org/covid-excess-mortality-125-countries> Correlation, 19 luglio 2024) è una ricerca formidabile, ma di disegno ecologico, cioè è osservazionale e mostra frequenza e distribuzione di eventi sanitari in popolazioni o gruppi, non su singoli individui. Non può provare causalità, e occupa un gradino basso nella **Piramide dell'Evidence**.

LaVerità 22 agosto '24

di **FRANCO CORBELL**
Leader del Movimento diritti civili

■ È arrivato il momento di fare finalmente chiarezza su quelli che sono due studi, diversi per il tipo di analisi e dati reali considerati, e letteralmente contrapposti nei risultati finali, sull'effetto dei vaccini anti Covid-19 e delle inoculazioni indiscriminate di massa. Studi che vengono spesso citati a sostegno di diverse, contrastanti tesi, tra chi sostiene che i vaccini anti Covid hanno salvato milioni di vite umane e chi invece afferma esattamente il contrario, ovvero che hanno provocato la morte di milioni di persone in tutto il mondo.

Il primo studio (inglese), dei ricercatori dell'Imperial College di Londra, pubblicato nel giugno 2022 sulla rivista *The Lancet Infectious Disease*, utilizzando un algoritmo e un calcolo probabilistico e mo-

Due studi sui sierì, risultati opposti All'Oms toccherebbe fare chiarezza

Quello inglese parla di 20 milioni di vite salvate, quello canadese di 17 milioni di decessi

dellistico, parla di quasi 20 milioni di vite salvate (ma c'è chi li stima in 10 milioni o, ancora meno, 6; un dato che varia tra i cosiddetti stessi esperti virologi!) grazie ai vaccini anti Covid; un altro studio (canadese), invece, redatto, in un rapporto di 100 pagine, da **Rancourt, Ph.D.**, ex professore di fisica e prezioso capo per oltre due decenni all'Università di Ottawa, insieme a **Marine Baudin, Ph.D.**, **Joseph Hickey, Ph.D.** e **Jérémy Mercier, Ph.D.** e pubblicato su *Correlation*, il 17 settembre

(non viene citato, penso per una disattenzione, l'anno che dovrebbe essere il 2023), esaminando il dato reale dell'eccesso di mortalità tra il 2020 e il 2023, in 125 Paesi, calcola quasi 17 milioni di decessi, seguito dall'modellazione del vero perimetro, e i vaccini anti Covid-19.

Tralascio qui le spiegazioni mediche scientifiche di questo studio, così come evito di riportare la immediata risposta e la totale bocciatura dello studio inglese da parte del gruppo britannico Hart (Healt

Advisory & Recovery Team), un pool di professionisti altamente qualificati composto da medici, scienziati, economisti, psicologi e altri esperti accademici britannici che l'8 luglio 2022 ha pubblicato sul proprio sito, hartgroup.org, un articolo intitolato «La fantasia imperiale delle 20 milioni di vite salvate», ricordando anche tutte le altre fallimentari previsioni, in passato, dei ricercatori dello stesso Imperial College. La domanda che, credo, tutti si fanno, di fronte a questi due studi in così totale

contraddizione tra di loro, è sicuramente quella di sapere dove sta la verità.

È della stabilità al computer, con calcoli matematici e modellistici, dei 20 (o 6) milioni di vite salvate o è l'altra, più tragica, che viene fuori analizzando i dati reali e certificati dei morti in eccesso nel periodo 2020-2023 in ben 125 Paesi, che rappresentano il 35% della popolazione mondiale? C'è chi può, anzi ha il dovere di rispondere a queste semplici, legittime domande per fugare ogni dubbio ed evi-

tare il diffondersi di notizie che non siano rispondenti al vero. È l'Oms che, anziché continuare a lanciare allarmi, ad oggi del tutto ingiustificati, su nuove pandemie, dovrebbe dare questa risposta con, naturalmente, delle motivazioni chiare e indiscutibili e una documentazione ineccepibile. Anche se dubitiamo fortemente che lo faccia e pur non avendo alcuna fiducia e nessuna stima per questa Organizzazione privata (finanziata da ben noti personaggi!) formuliamo comunque la nostra domanda e chiediamo che ad essa venga data una risposta univoca e incontestabile. Questa domanda la formuliamo con la premessa che, come abbiamo sempre sostenuto, sin dall'inizio della pandemia, siamo sempre stati convinti sostenitori dell'importanza dei vaccini, di tutti quelli adeguatamente sperimentati.

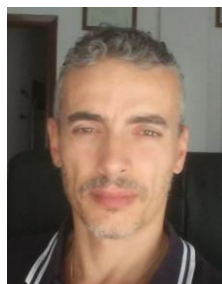
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Article

A Critical Analysis of All-Cause Deaths during COVID-19 Vaccination in an Italian Province

Marco Alessandria ^{1,†}, Giovanni M. Malatesta ^{2,†}, Franco Berrino ³ and Alberto Donzelli ^{4,*}
e autore di queste slide



Conflitti di Interessi: gli autori dichiarano di non avere conflitti d'interessi

¹ Department of Life Sciences and Systems Biology, University of Turin, Turin 10123, Italy; marco.alessandria@unito.it

² Scientific Committee of the Foundation “Allineare Sanità e Salute”, Pistoia, Italy; info@villapacinotti.it

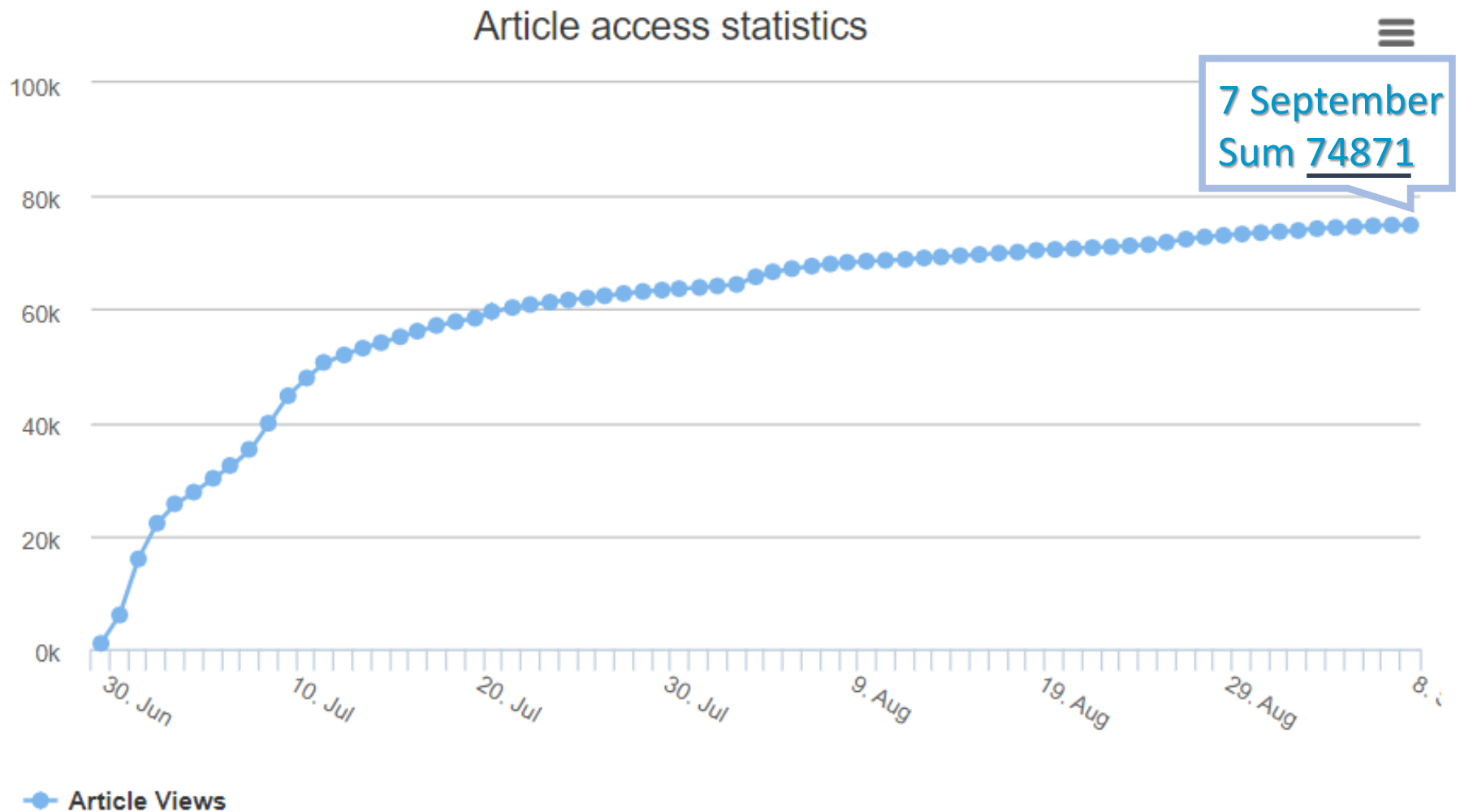
³ Department of Predictive and Preventive Medicine, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milan 20133, Italy; francoberrino@gmail.com

⁴ Independent Medical-Scientific Commission, Foundation “Allineare Sanità e Salute”, Milan 20131, Italy

* Correspondence: info@fondazioneallinearesanitaesalute.org

† These authors contributed equally to this work.

Quasi 75.000 visualizzazioni nei primi 70 giorni
da parte di studiosi di tutto il mondo





Article

COVID-19 Vaccination Effectiveness in the General Population of an Italian Province: Two Years of Follow-Up

Annalisa Rosso ^{1,†}, Maria Elena Flacco ^{1,*}, Graziella Soldato ², Giuseppe Di Martino ², Cecilia Acuti Martellucci ¹, Roberto Carota ², Marco De Benedictis ², Graziano Di Marco ², Rossano Di Luzio ², Matteo Fiore ³, Antonio Caponetti ² and Lamberto Manzoli ^{3,*}

Lo studio originale (Università di Ferrara e Bologna)

¹ Department of Environmental and Prevention Sciences, University of Ferrara, 44121 Ferrara, Italy; annalisa.rosso@unife.it (A.R.); cecilia.martellucci@unife.it (C.A.M.)

² Local Health Unit of Pescara, 65124 Pescara, Italy; graziella.soldato@ausl.pe.it (G.S.); giuseppe.dimartino@ausl.pe.it (G.D.M.); roberto.carota@ausl.pe.it (R.C.); marco.debenedictis@ausl.pe.it (M.D.B.); graziano.dimarco@ausl.pe.it (G.D.M.); rossano.diluzio@ausl.pe.it (R.D.L.); antonio.caponetti@ausl.pe.it (A.C.)

³ Department of Medical and Surgical Sciences, University of Bologna, 40100 Bologna, Italy; matteo.fiore7@studio.unibo.it

* Correspondence: mariaelena.flacco@unife.it (M.E.F.); lmanzoli@post.harvard.edu (L.M.); Tel.: +39-3398238492 (M.E.F.); +39-3474727282 (L.M.)

† These authors contributed equally to this work.

Abstract: (....)

found among the elderly: 22.0% of the unvaccinated, infected individuals died, as opposed to less than 3% of those who received greater than or equal to three vaccine doses. No protection against infection was observed, although this finding was certainly influenced by the Italian restriction policies to control the pandemic. Importantly, during the Omicron predominance period, only the group who received at least a booster dose showed a reduced risk of COVID-19-related death.



Article

COVID-19 Vaccination Effectiveness in the General Population of an Italian Province: Two Years of Follow-Up

Annalisa Rosso ^{1,†} , Maria Elena Flacco ^{1,*,†}, Graziella Soldato ², Giuseppe Di Martino ² , Cecilia Acuti Martellucci ¹ , Roberto Carota ², Marco De Benedictis ², Graziano Di Marco ², Rossano Di Luzio ², Matteo Fiore ³ , Antonio Caponetti ² and Lamberto Manzoli ^{3,*} 

Table 3. Adjusted hazard ratios (HR; 95% confidence interval—CI) ^A of the outcomes of vaccination effectiveness, overall and by age category.

Outcomes	SARS-CoV-2	COVID-19 ^B	COVID-19-Related Death ^B	All-Cause Death
	HR (95% CI)	HR (95% CI)	HR (95% CI)	HR (95% CI)
Vaccine doses				
Unvaccinated	1 (Ref. cat.)	1 (Ref. cat.)	1 (Ref. cat.)	1 (Ref. cat.)
1 dose ^C	1.26 (1.21–1.32) *	0.47 (0.37–0.60) *	0.36 (0.28–0.47) *	1.40 (1.24–1.58) *
2 doses ^D	2.41 (2.37–2.46) *	0.27 (0.24–0.30) *	0.38 (0.32–0.44) *	1.36 (1.28–1.45) *
3/4 doses ^E	1.27 (1.25–1.29) *	0.12 (0.11–0.13) *	0.15 (0.14–0.17) *	0.22 (0.20–0.23) *

Rispetto ai non vaccinati, gli autori han riportato un **significativo aumento di mortalità per tutte le cause nella popolazione vaccinata con 1 o 2 dosi**, ma avevano insistito sul fatto che ci fosse un'importante riduzione di mortalità con **≥3 dosi, 4 volte minore** (tuttavia, essi non hanno corretto per il cosiddetto *immortal-time bias*...!) ⁴²

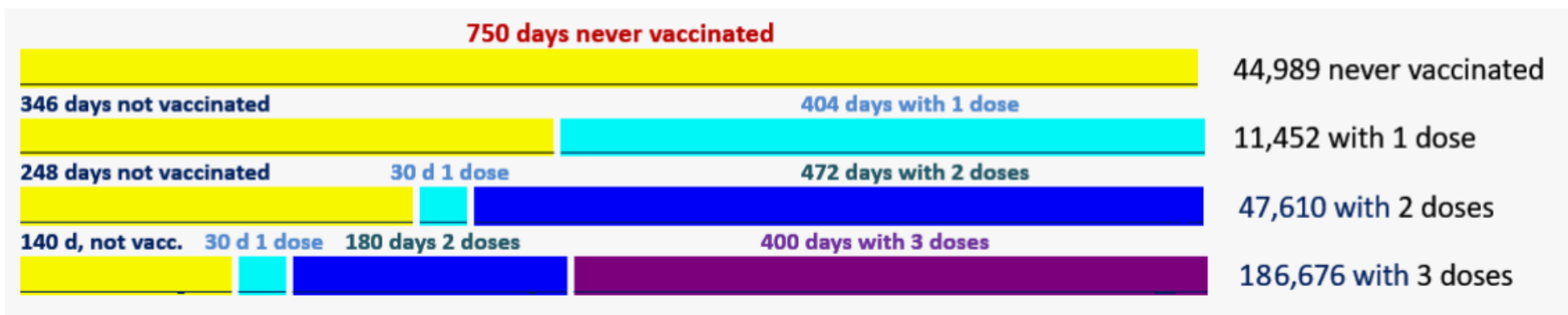
È di importanza fondamentale correggere per l'*Immortal-time bias*, un errore sistematico che affligge la maggior parte degli studi osservazionali sulla mortalità da COVID-19 (e non solo).

In effetti, gli autori dello studio originale hanno trascurato il fatto che i “vaccinati”... per parte del tempo di osservazione sono stati “non vaccinati”!

E che le persone categorizzate come vaccinate con 2 o 3 dosi hanno trascorso una parte del loro tempo di osservazione nello stato precedente con 1 o 2 dosi.

La correzione di questo bias riduce il denominatore delle persone con ≥ 3 dosi e, al tempo stesso, il denominatore delle persone nei precedenti stati vaccinali aumenta, specialmente quello dei non vaccinati. Pertanto il numero di morti si diluisce in un denominatore molto più ampio, e i tassi si riducono.

Solo per vedere un esempio del funzionamento di questo ricalcolo, osservate la simulazione sottostante.



[A reanalysis of an Italian study on the effectiveness of COVID-19 vaccination suggests that it might have unintended effects on total mortality - E&P Repository \(epiprev.it\)](https://repo.epiprev.it/2862)

Gli autori dello studio di Pescara ci hanno dato il dataset, permettendoci di attuare un'analisi multivariata.

Per questa ragione, questo può essere ora lo studio più avanzato disponibile, ed esso mostra:

A reanalysis of an Italian study on the effectiveness of COVID-19 vaccination suggests that it might have unintended effects on total mortality

Publication date: 11/04/2024 - **E&P Code:** repo.epiprev.it/2862

Authors: Alessandria M.¹, Malatesta G.², Donzelli A.³, Berrino F.⁴.

SOTTOMESSO A 

Abstract: Immortal-time bias (ITB) is known to be common in cohort studies and distorts the association estimates between treated and untreated groups. We used data from the last of two large studies in an Italian province on COVID-19 vaccines safety and effectiveness incurred this bias, and aligned the entire population on a single index date, to correct the ITB. We considered the "all-cause deaths" outcome to compare the survival outcomes between the unvaccinated group and the various vaccination statuses. The all-cause deaths Hazard Ratios in univariate analysis for unvaccinated (reference) versus vaccinated with 1, 2, 3/4 doses were 0.88 (CI95: 0.78 - 1.00; p-value 0.044), 1.23 (1.16 - 1.32; p-value ≤ 0.001) and 1.21 (1.14 - 1.29; p-value ≤ 0.001), respectively. The multivariate values were 2.40 (2.00 - 2.88; p-value < 0.001), 1.98 (1.75 - 2.24; p-value < 0.0001), 0.99 (0.90 - 1.09; ns). The possible explanations of the trend of the Hazard Ratios as vaccinations increase could be a harvesting effect; a calendar-time bias, accounting for seasonality and pandemic waves; a case-counting windows bias; a healthy-vaccinee bias. Persons in their combination with two and even with 3/4 doses the calculated Restricted Mean Survival Time and Restricted Mean Time Lost have shown a small but significant downside for the vaccinated populations.

Cite as: Alessandria M., Malatesta G., Donzelli A., Berrino F. (2024). A reanalysis of an Italian study on the effectiveness of COVID-19 vaccination suggests that it might have unintended effects on total mortality. E&P Repository <https://repo.epiprev.it/2862> 

Topic: [COVID-19](#)

Key words: [all-cause deaths](#), [COVID-19 vaccines](#), [Healthy-vaccinee bias](#), [immortal-time bias](#).

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



[A reanalysis of an Italian study on the effectiveness of COVID-19 vaccination suggests that it might have unintended effects on total mortality](#)

 Download  387.83 KB

SCARICA

Gli HR per persone vaccinate con 2, o ≥ 3 dosi possono non essere accurati, e per questi due stati vaccinali abbiamo anche calcolato i **Restricted Mean Survival Time (RMST)** e i **Restricted Mean Time Lost (RMTL)**, confrontandoli con gli stessi tassi per i non vaccinati.

Le differenze nei RMST tra vaccinati e non vaccinati sono significative sia per il gruppo con 2 dosi che per quelli con ≥ 3 dosi.

Possono apparire irrilevanti (pochi giorni), ma si riferiscono a un periodo di tempo limitato (739 giorni per i vaccinati con 2 dosi, 579 giorni per quelli vaccinati con ≥ 3 dosi).

Estrapolando il risultato all'intera aspettativa di vita della popolazione di Pescara (82,6 anni, cioè 30.149 giorni; posto che ad es. I CDC USA raccomandano una vaccinazione annuale iniziando dai 6 mesi...), ci sarebbe **una perdita media di aspettativa di vita:**

- di **$\sim 3,6$ mesi** per i vaccinati con **2 dosi**
- di **$\sim 1,3$ mesi** per i vaccinati con **≥ 3 dosi**.

Per le ragioni spiegate nel nostro lavoro, però, la perdita di aspettativa di vita di chi si è vaccinato ripetutamente potrebbe essere maggiore.



Italian study calculates Covid-19 vaccine reduces average life expectancy by four months by adjusting for significant biases in observational data

[MARTIN NEIL](#) [NORMAN FENTON](#) APR 19, 2024

Background

One week ago, on 11th April, a pre-print paper appeared in the repository of "Epidemiology and Prevention", the in-house Journal of the Italian Association of Epidemiology. The



«Selection biases addressed and unaddressed

What makes this paper interesting and exciting is that, **unlike almost all observational studies of vaccine effectiveness and safety, two critical sources of bias are avoided:**

Immortal time bias (ITB) (...) and **[Confounding by indication]**

Conclusions

Even though the data suffers from the miscategorisation bias, as well as some other potential confounding effects, which they carefully note, **this is clearly the best quality study we have available on Covid-19 vaccination to date»**

Che cosa fa di questa ricerca un avanzamento così importante? Il fatto che i risultati sono stati conseguiti:

- usando i **dati di mortalità per tutte le cause, suddivisi per stato vaccinale**.

In poche parti del mondo i dati sono stati presentati in questo modo fondamentale: l'esempio più noto è quello dei dati dell'Ufficio per le Statistiche Sanitarie del Regno Unito (ONS), che ha pubblicato i dati di mortalità totale inglesi, divisi per classi di età e per stato vaccinale COVID-19, con follow-up reso pubblico fino a Maggio 2023, quando l'ONS ha dato l'annuncio shock che avrebbe smesso di pubblicarli!



- **correggendo per l'*Immortal-time bias***, un errore sistematico che affligge la maggior parte degli studi osservazionali sulla mortalità da COVID-19 (e non solo).

Infatti, gli autori dello studio originale hanno trascurato il fatto che i vaccinati... per parte del tempo di osservazione erano **non** vaccinati!

- ha inoltre corretto per il **Confounding by indication bias**, considerando il meglio delle informazioni correntemente disponibili nel data set relativo alla popolazione analizzata, grazie a un'analisi multivariata che ha tenuto conto delle patologie presenti in ciascun individuo prima della morte.

Tale correzione ci consente di rispondere alla comune obiezione sollevata per esempio anche rispetto ai dati scioccanti delle ultime pubblicazioni ONS. Infatti, le morti in Inghilterra si sono concentrate in modo crescente tra i vaccinati, con percentuali che eccedono drammaticamente le percentuali di popolazione inglese effettivamente vaccinata.



~~«è molto chiaro che ciò accade perché i soggetti più fragili e malati, che per questo sono più esposti alla morte, sono vaccinati e rivaccinati in modo prioritario!»~~

Al contrario, la nostra analisi multivariata non ha confermato tale comune credenza!

La ricerca di Pescara, consentendo di correggere i risultati in base alle patologie di ciascuno dei deceduti, ha smentito la suddetta giustificazione: infatti, nell'analisi multivariata i **vaccinati con una dose** hanno presentato un Hazard Ratio (HR) di morte di **2,40** (con intervalli di confidenza da **2,00** a **2,88**) rispetto ai non vaccinati, dopo aggiustamento per l'età e altri fattori di confondimento.

I **vaccinati con due dosi** hanno mostrato un rischio di morte circa doppio: HR **1,98** (da **1,75** a **2,24**), peggiorando l'aumento di mortalità comunque statisticamente significativo che gli autori della ricerca originaria avevano anch'essi trovato dopo una e due dosi, pur non avendo attuato la correzione per l'*Immortal-time bias*.

Questa correzione ci ha anche consentito di confutare l'implausibile riduzione di mortalità di oltre quattro volte che quegli autori avevano attribuito ai soggetti con 3 o più dosi di vaccino. In realtà, è risultato che i vaccinati con booster sono morti allo stesso tasso dei non vaccinati, e questo soltanto correggendo il sopra menzionato macroscopico errore sistematico.

Analisi più sofisticate di quest'ultimo risultato hanno evidenziato una **piccola ma significativa perdita di aspettativa di vita anche nei vaccinati con booster**.

Table 3. All-cause deaths and hazard ratios (HRs) according to vaccination status in univariate and multivariate analyses.

Covariate	1 Dose	2 Doses	3/4 Doses
	Multivariate	Multivariate	Multivariate
	HR (95% CI)	HR (95% CI)	HR (95% CI)
Groups	2.40 (2.00–2.88) **	1.98 (1.75–2.24) **	0.99 (0.90–1.09)
Hypertension	1.49 (1.23–1.82) **	/	1.24 (1.11–1.39) **
Diabetes	2.00 (1.60–2.49) **	1.74 (1.38–2.20) **	1.68 (1.48–1.90) **
CVD	1.60 (1.31–1.96) **	1.78 (1.44–2.20) **	1.86 (1.65–2.09) **
Kidney disease	1.77 (1.35–2.34) **	2.44 (1.84–3.24) **	2.47 (2.11–2.89) **
Cancer	/	/	/
Infection	/	/	/
Age	/	/	/
Sex	1.50 (1.27–1.78) **	/	1.37 (1.24–1.51) **
COPD	2.01 (1.56–2.60) **	2.89 (2.18–3.84) **	1.85 (1.59–2.15) **

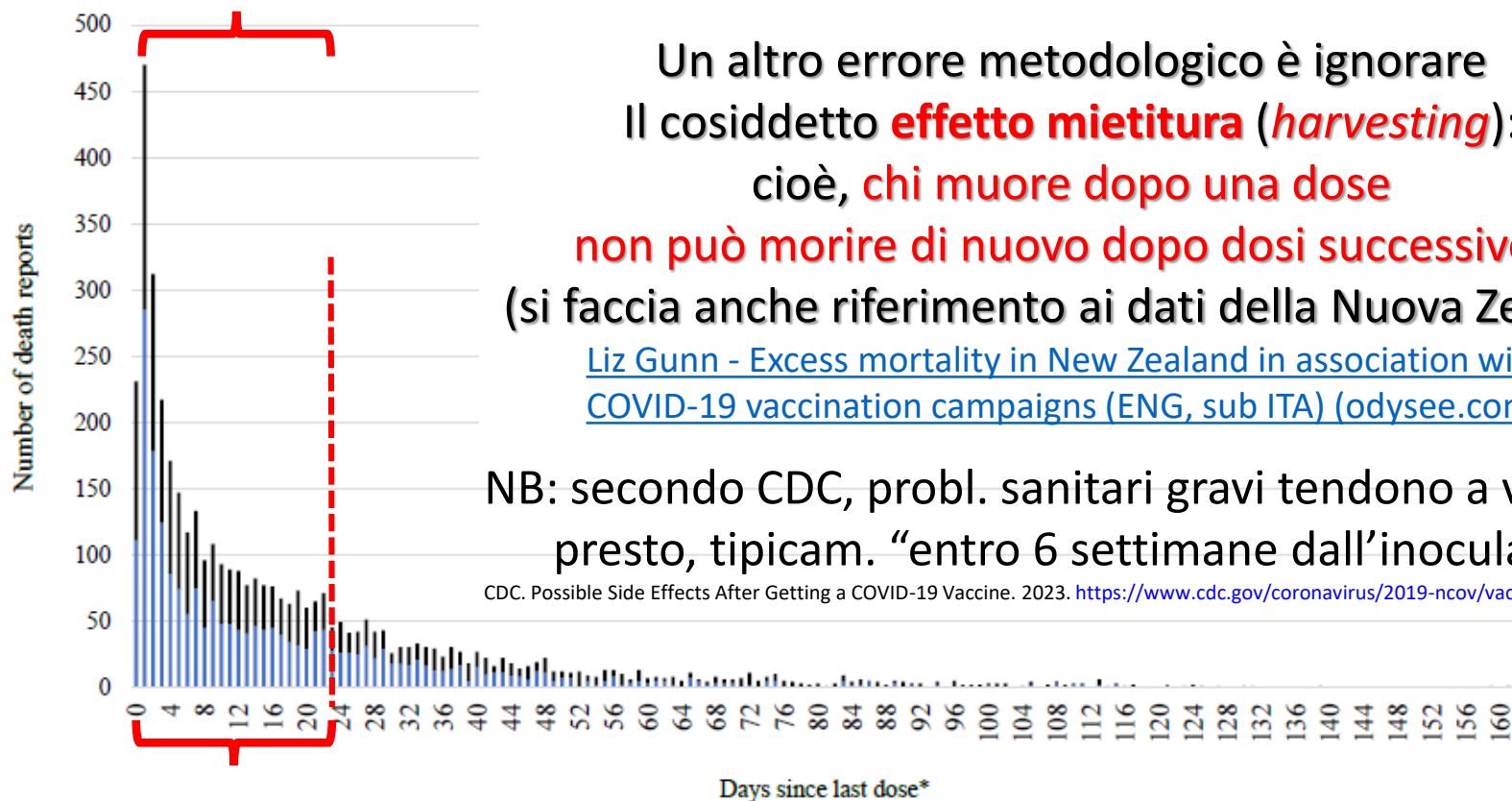
HRs = hazard ratios; CI = Confidence Interval; † p -value = 0.044; * significance with p -value ≤ 0.001 ; ** significance with p -value < 0.0001 . The HRs indicated with “/” are the covariate stratified in order to correct the assumptions of the Proportional Cox Mode.

Supplement to: Rosenblum HG, Gee J, Liu R, et al. Safety of mRNA vaccines administered during the initial 6 months of the US COVID-19 vaccination programme: an observational study of reports to the VAERS and v-safe. ***Lancet Infect Dis* 2022**; published online March 7. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00054-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00054-8).

2)



Figure S1: Number of reports of death per day following vaccination, by manufacturer, to Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)—December 14, 2020–June 14, 2021

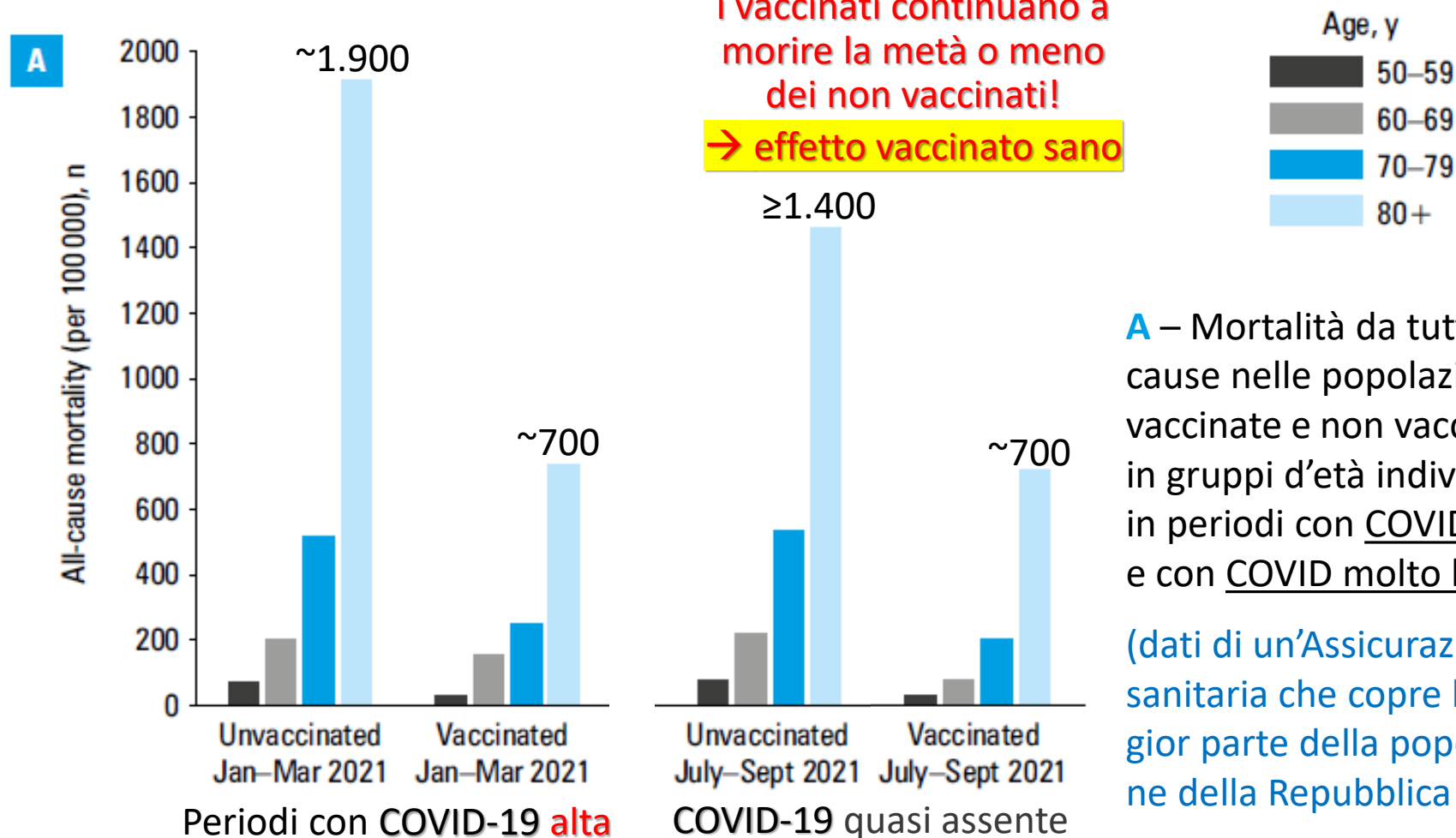


Healthy vaccinee effect: a bias

not to be forgotten in observational studies
on COVID-19 vaccine effectiveness

POLISH ARCH INTERN MED 2024; 134 (2)

Tomas Furst, Robert Straka, Jaroslav Janosek



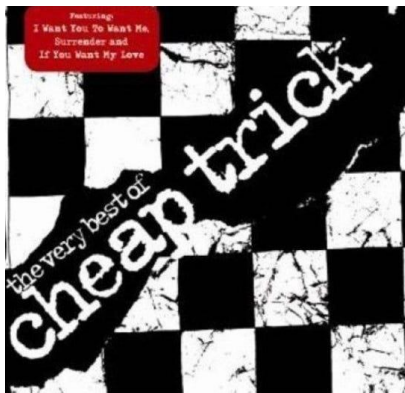
A – Mortalità da tutte le cause nelle popolazioni vaccinate e non vaccinate in gruppi d'età individuali in periodi con COVID alta e con COVID molto bassa (dati di un'Assicurazione sanitaria che copre la maggior parte della popolazione della Repubblica Ceca)

Che cosa spiega il **bias del vaccinato sano** (***healthy-vaccinee bias***)?

- 1) Nel breve periodo, chi non si sente bene (ad es. per un'infezione respiratoria acuta) rimanda la vaccinazione; di solito, chi si vaccina al momento sta bene
- 2) nel breve (medio termine): i malati terminali hanno meno probabilità di essere vaccinati. Così il loro (probabile) decesso peserà sulle morti dei non (ri)vaccinati
- 3) dal breve al lungo termine: le persone con svantaggio socioeconomico, disabili o senza tetto, più a rischio di morte) possono aver meno accesso ai vaccini
- 4) nel breve-medio termine: chi è più convinto dell'efficacia di un intervento riceve un **effetto placebo positivo** (tanto maggiore quanto più l'intervento è presentato come *salvavita*)
- 5) nel medio-lungo termine: le persone con un livello di scolarità maggiore tendono ad adottare comportamenti più prudenti (alla guida, etc.), accedono a una miglior assistenza sanitaria (e perciò possono essere più in salute), e di solito aderiscono maggiormente alle vaccinazioni raccomandate da medici, società scientifiche-professionali, autorità sanitarie, media *main stream*
- 6) nel medio-lungo termine: chi aderisce a interventi preventivi è più probabile che adotti stili di vita sani: dieta, esercizio, moderazione nel consumo di alcol, meno farmaci e droghe...: caratteristiche non riportate nei database amministrativi standard, e associate con meno malattie/mortalità negli studi osservazionali.

[\(PDF\) The extent and impact of vaccine status miscategorisation on covid-19 vaccine efficacy studies \(researchgate.net\)](#) **4) Cheap Trick** • DOI: [10.13140/RG.2.2.15216.67846](#)
(Trucco a buon mercato)

The extent and impact of vaccine status miscategorisation on covid-19 vaccine efficacy studies



Martin Neil (m.neil@qmul.ac.uk)
School of Electronic Engineering and Computer Science
Queen Mary, University of London



Norman Fenton (n.fenton@qmul.ac.uk)
School of Electronic Engineering and Computer Science
Queen Mary, University of London



Scott McLachlan (scott.mclachlan@kcl.ac.uk)
School of Nursing, Midwifery and Palliative Care
Kings College London

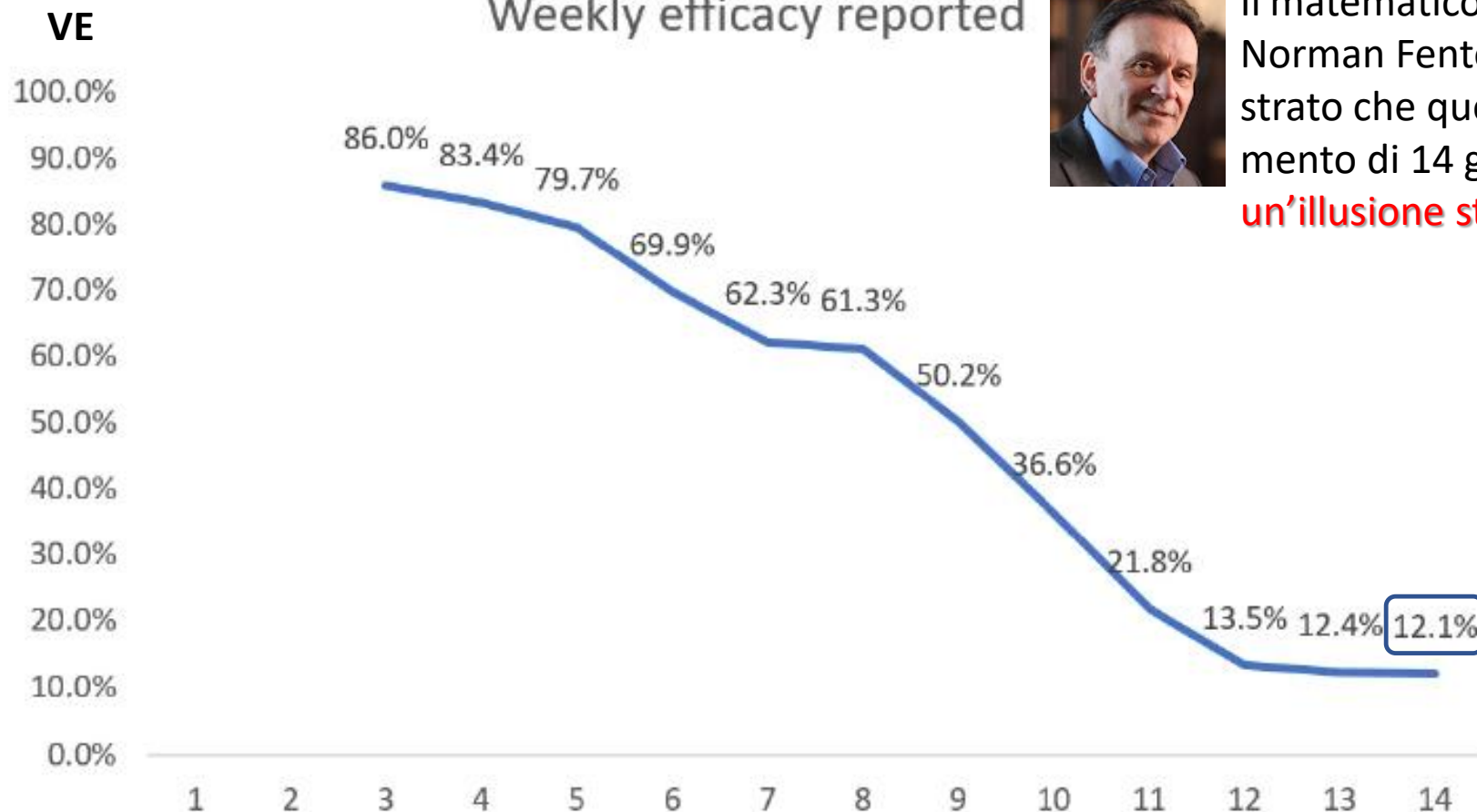
A systematic review of covid vaccine studies claiming high efficacy and/or safety

Simulation demonstrates that this miscategorisation bias artificially boosts vaccine efficacy and infection rates even when a vaccine has zero or negative efficacy. Furthermore, simulation demonstrates that repeated boosters, given every few months, are needed to maintain this misleading impression of efficacy. Given this, any claims of Covid-19 vaccine efficacy based on these studies are likely to be a statistical illusion.

Weekly efficacy reported



Il matematico e informatico Norman Fenton ha dimostrato che questo spostamento di 14 giorni crea **un'illusione statistica**.



Con lo spostamento dei 14 giorni, **un vaccino completamente inutile (con reale VE 0%) sembra avere una VE molto alta nelle prime settimane**. Pur diminuendo di continuo, la VE sembra ancora sopra il 50% a due mesi. **Alla settimana 14** la VE è ancora positiva, ma **solo al 12.1%... da cui discende la necessità di una nuova dose booster**!

Questi risultati simulati sono in realtà molto simili ai tassi di VE osservati nel mondo reale nei primi tre mesi di un nuovo inoculo vaccinale o di booster.

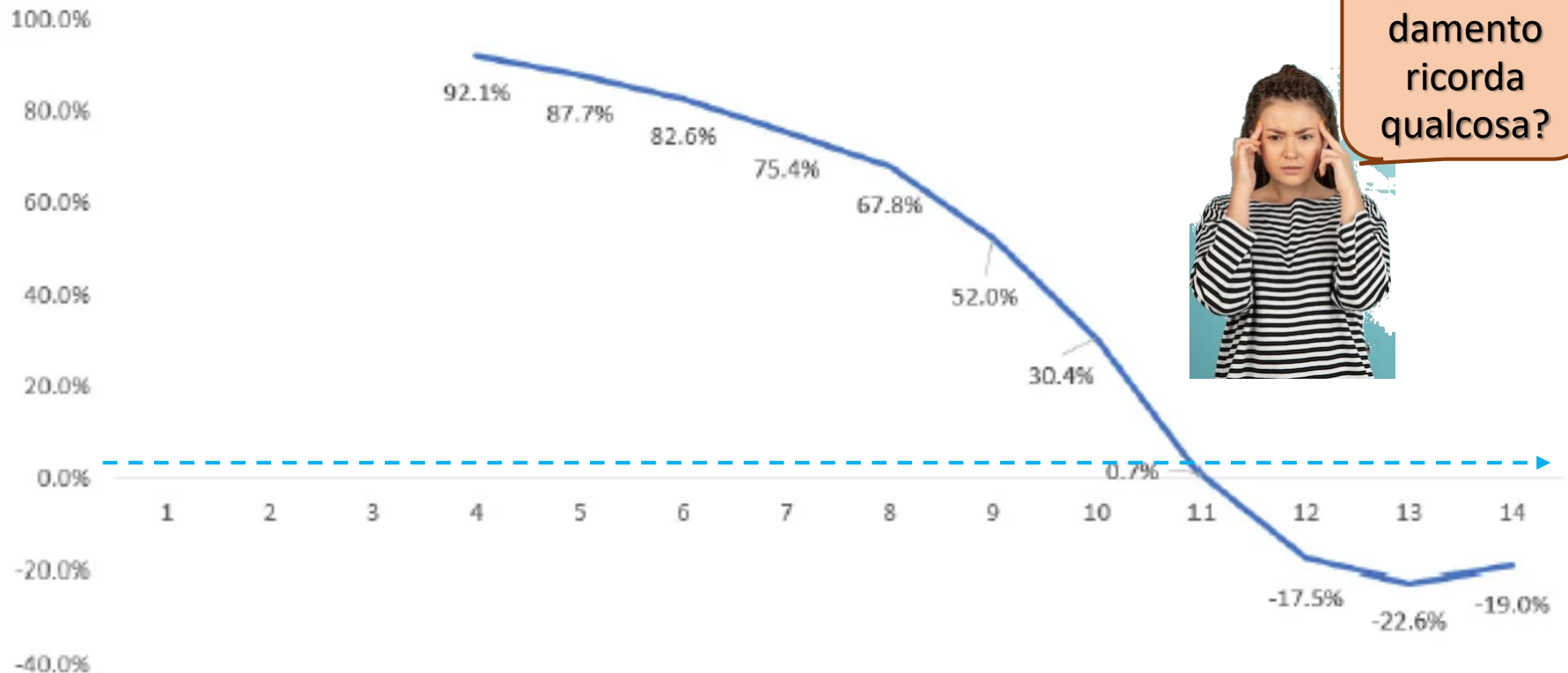
Persino un vaccino con VE negativa può apparire efficace al 90%!

Un vaccino 'placebo' non può davvero raggiungere una VE negativa. Ma, se gli effettivi tassi di infezione fossero un po' più alti con il vaccino che senza (→ vaccino dannoso), la regola dei 14 (o 21) giorni produrrebbe ancora un'alta efficacia iniziale, prima di arrivare a zero e di diventare negativa.

Ecco la simulazione dei risultati di **un vaccino che aumenti del 50% il tasso di infezione nei vaccinati**:

VE

Weekly efficacy reported



Questo andamento ricorda qualcosa?

Conclusione

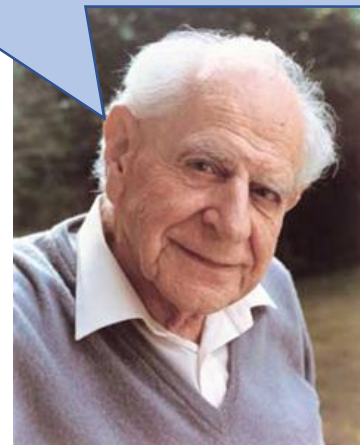
Alla luce dei risultati descritti, chi desidera continuare con le attuali politiche vaccinali dovrebbe fare prima i conti con la nostra ricerca.

Non è detto che abbiamo per forza ragione. Siamo ricercatori, e abbiamo fiducia nelle prove. Perciò siamo aperti a considerare almeno queste due possibilità:

- una dimostrazione che abbiamo commesso errori di metodo o di calcolo. In tal caso saremmo pronti a riconoscerli pubblicamente
- la presentazione di una o più ricerche più ampie, estese fino e oltre il 2023, con caratteristiche di validità almeno pari, ma che mostrino risultati differenti od opposti.

In questo caso, però, al nostro e ad altri gruppi di ricerca indipendenti dovrebbe essere consentito di replicare le analisi sugli stessi dataset.

(tradotto) Una Scienza che eviti di fare i conti con i suoi possibili errori, immunizzando se stessa contro le critiche per apparire sempre vera, **non è una scienza**



(Karl R. Popper, *La scienza, congetture e confutazioni*, in *Congetture e Confutazioni*, Bologna, Il Mulino, pp. 68-69)



RESEARCH ARTICLE

All-cause mortality according to COVID-19 vaccination status:

An analysis of the UK office for National statistics public data

[version 1; peer review: awaiting peer review]

ONS

Marco Alessandria¹, Giovanni Malatesta², Giovanni Di Palmo³,
Marco Cosentino^{id}⁴, Alberto Donzelli⁵

¹Department of Life Sciences and Systems Biology, University of Turin, Torino, Italy

²Physics Graduate, Member of the Scientific Committee of the Fondazione Allineare Sanità e Salute, Pistoia, Italy

³B.E., Data Analysis Specialist, Taranto, Italy

⁴Center for Research in Medical Pharmacology, University of Insubria, Varese, Italy

⁵MD, Specialist in Hygiene and Preventive Medicine, independent Medical-Scientific Commission; President, Fondazione Allineare Sanità e Salute, Milano, Italy



Results ... in tutte le fasce d'età, i rapporti standardizzati di mortalità (SMR) totale dei vaccinati, all'inizio molto minori di 1 (vs i non vaccinati), sono aumentati tutti progressivamente. Per tale aumento, prima della fine del follow-up (maggio 2023) gli SMR nelle fasce d'età 18-39, 80-89 e 90+ hanno superato 1, cioè la mortalità dei non vaccinati.

Se il trend si manterrà, si è previsto quando la mortalità supererà i non vaccinati anche nelle altre età.

I trend degli SMR di mortalità non-COVID-19 erano molto simili. I loro valori iniziali molto <1 fanno pensare a bias importanti nei dati ONS, che fanno sottostimare i rischi per i vaccinati, poiché è implausibile che i vaccini COVID proteggano anche dai decessi non-COVID.

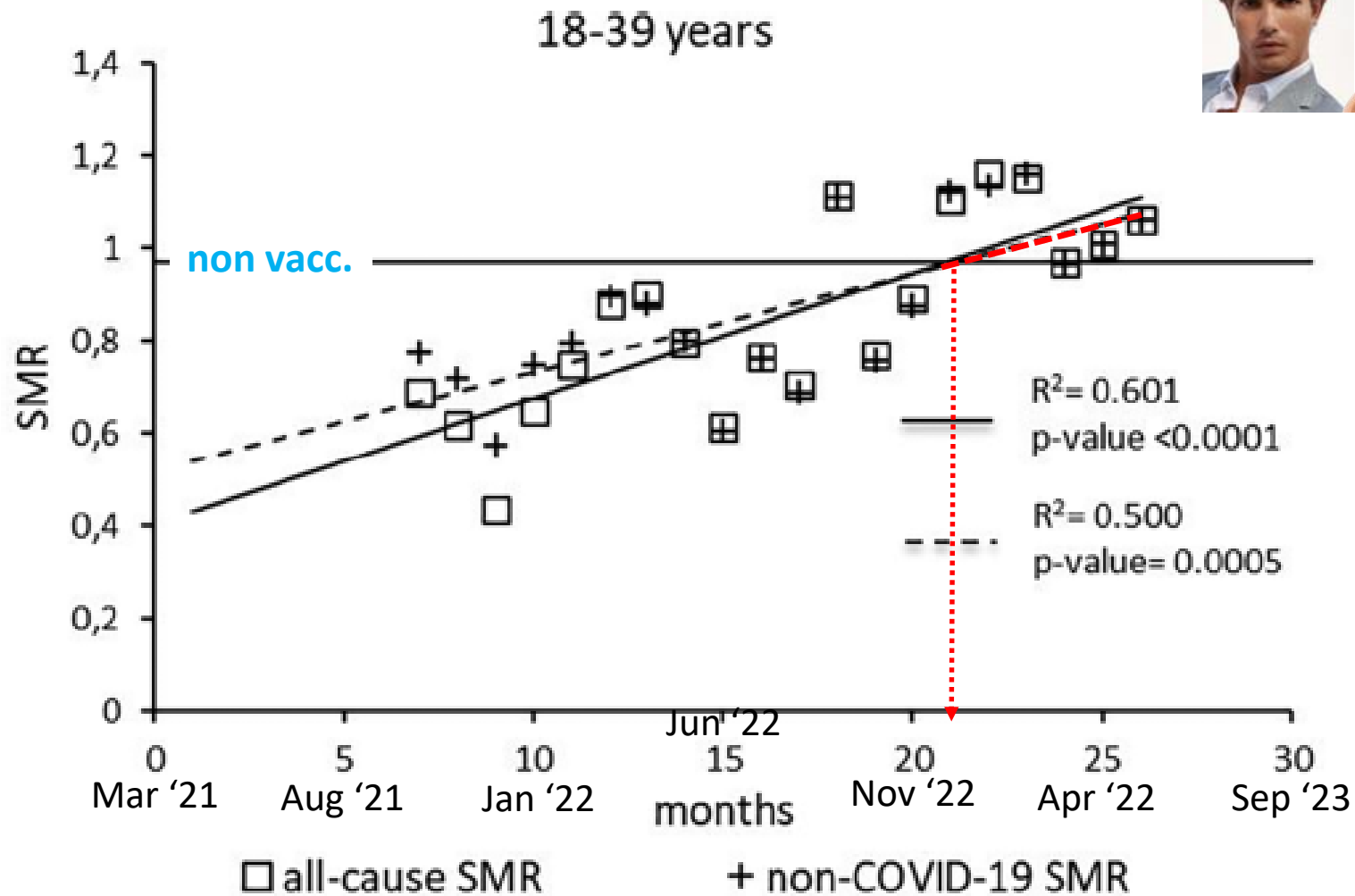


Figure 1. Regression line of the SMR trend of the 18-39 age group.

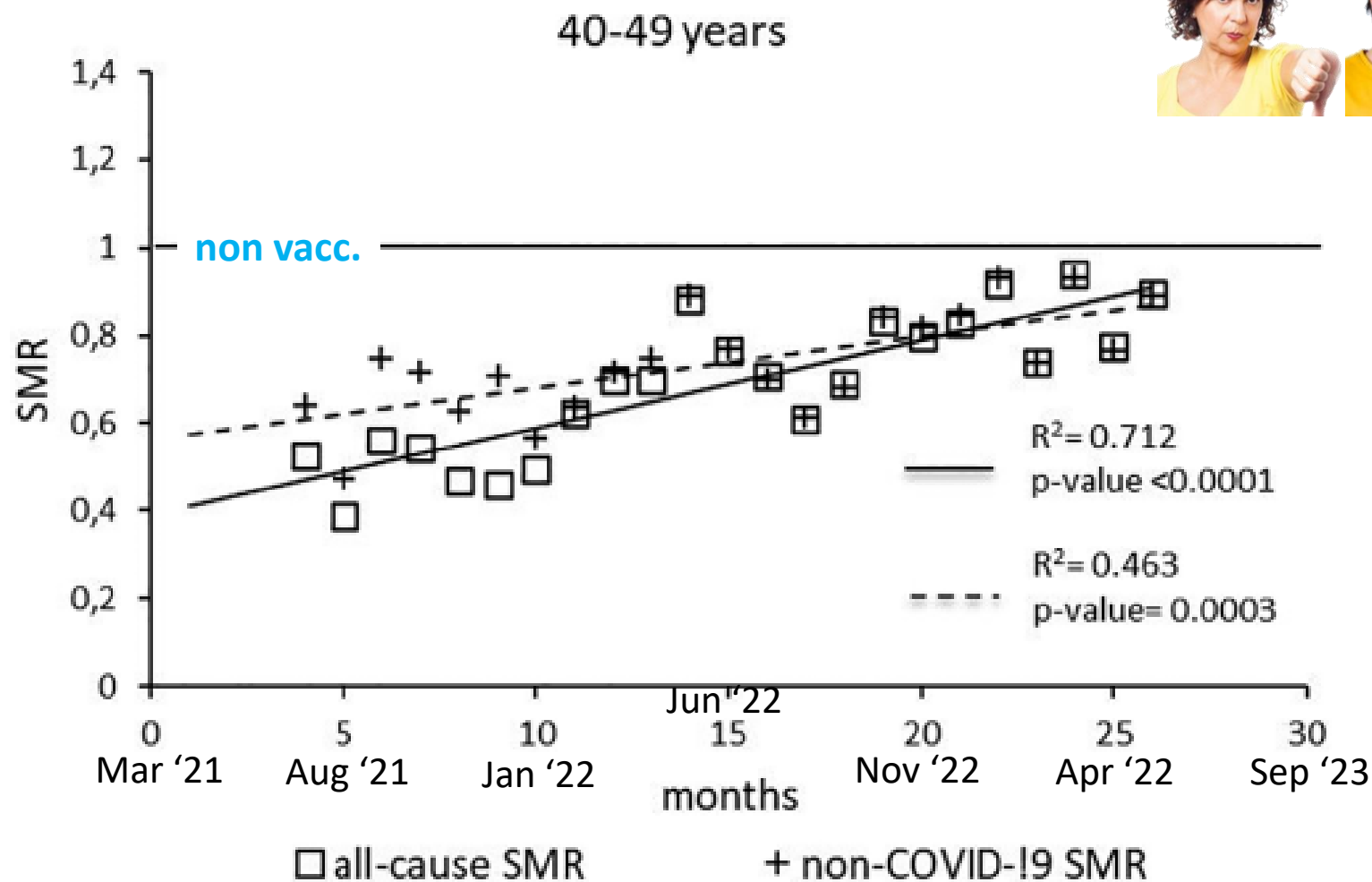


Figure 2. Regression line of the SMR trend of the 40-49 age group.

50-59 years

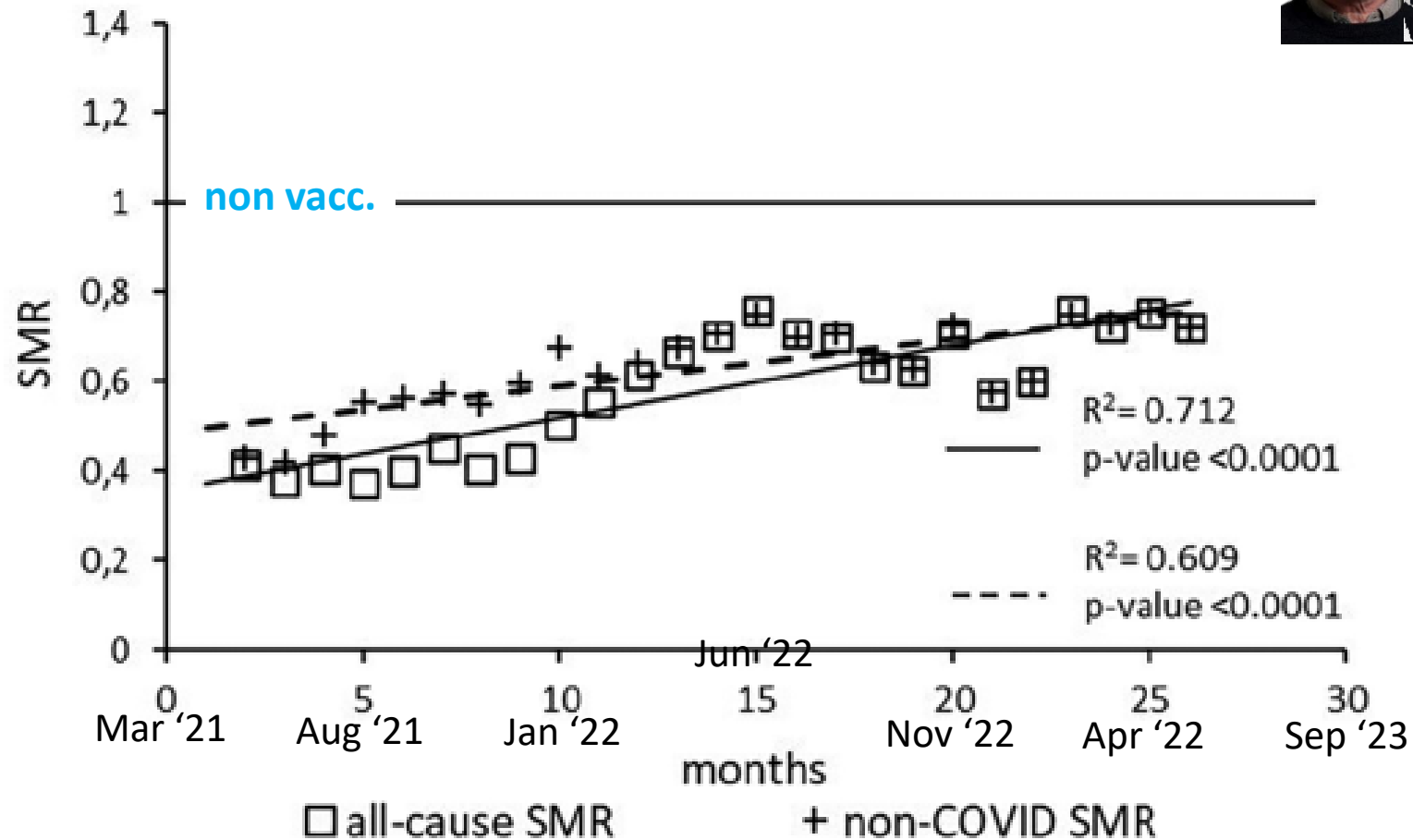


Figure 3. Regression line of the SMR trend of the 50-59 age group.

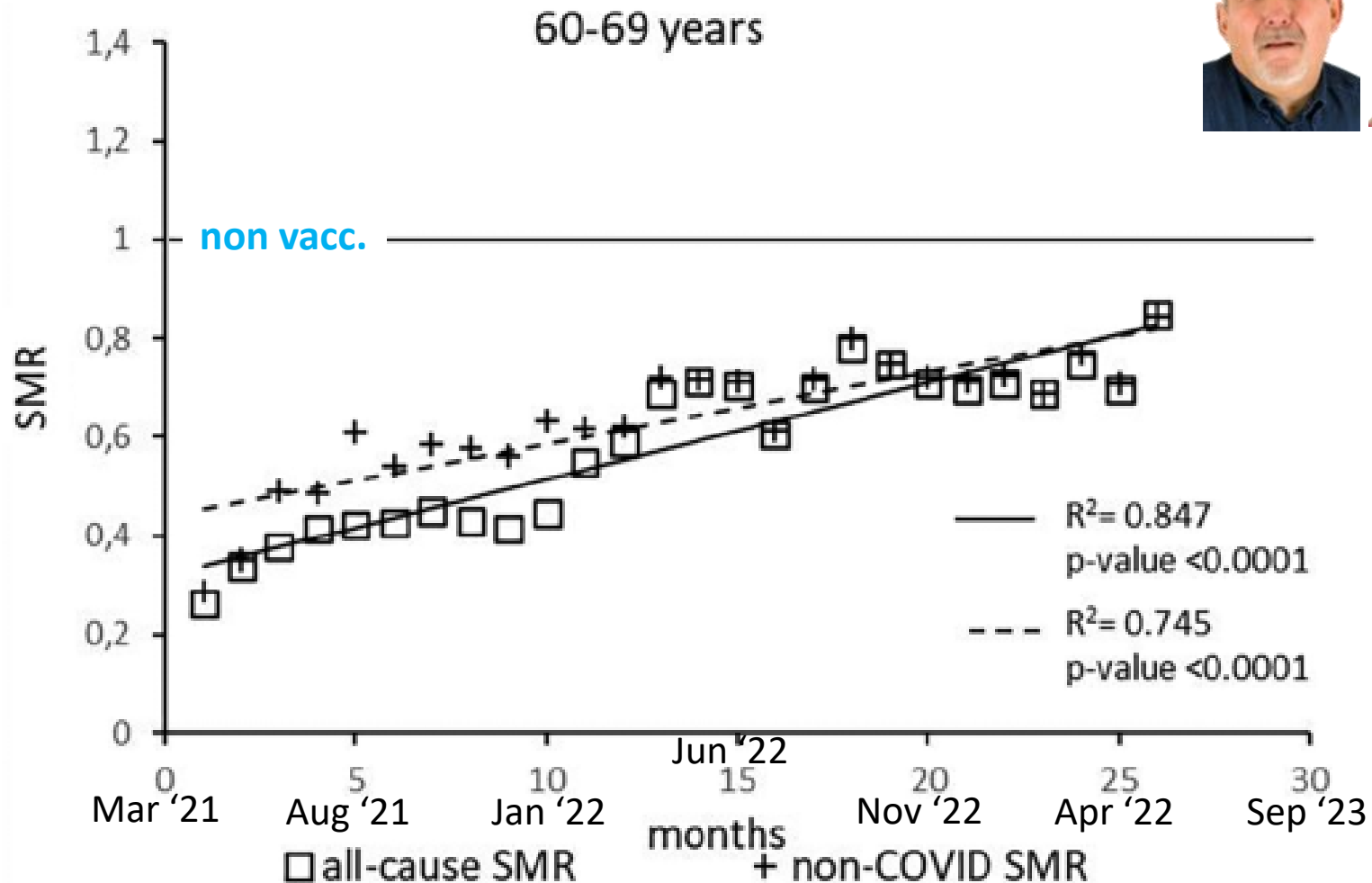


Figure 4. Regression line of the SMR trend of the 60-69 age group.

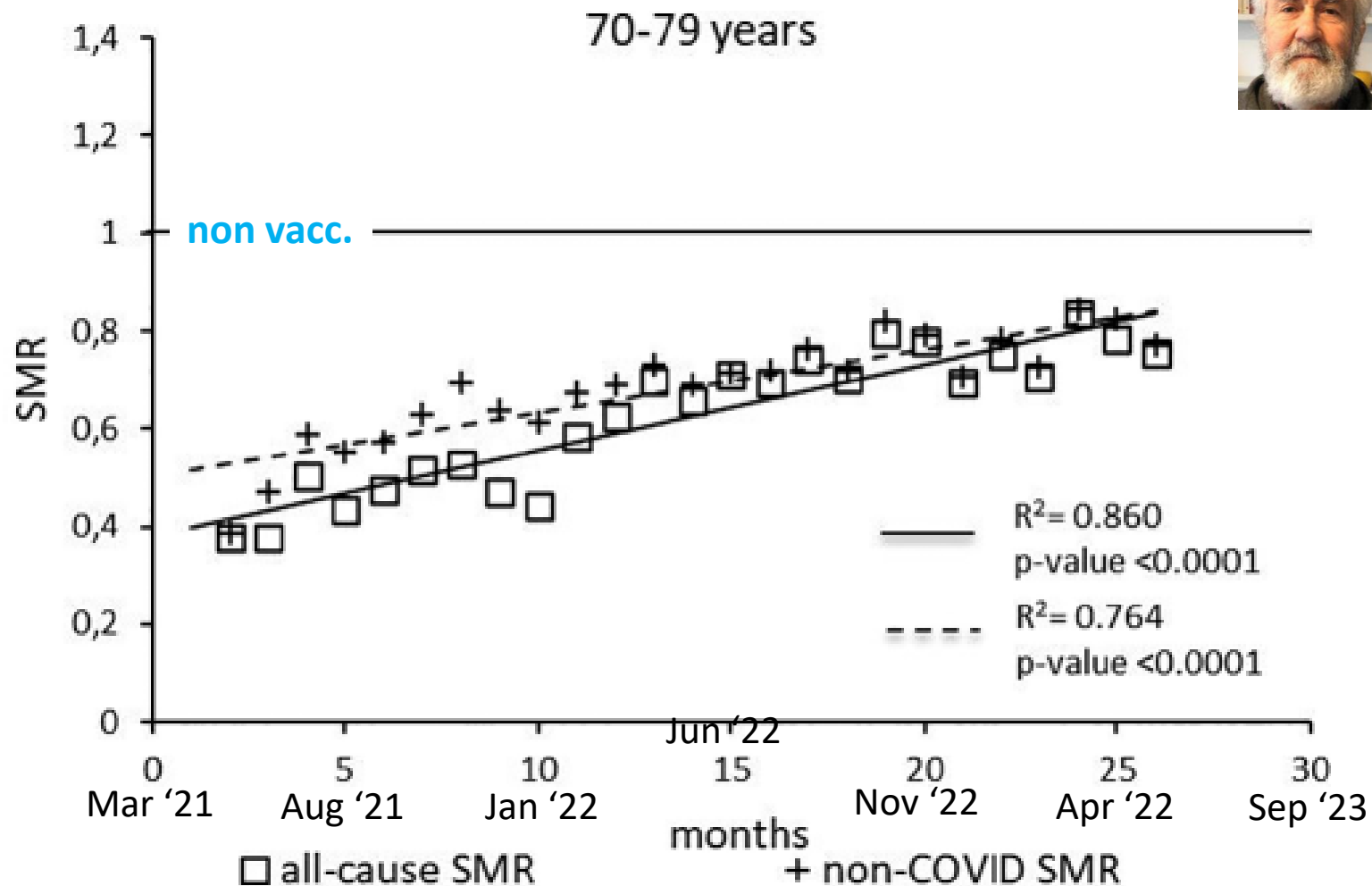


Figure 5. Regression line of the SMR trend of the 70-79 age group.

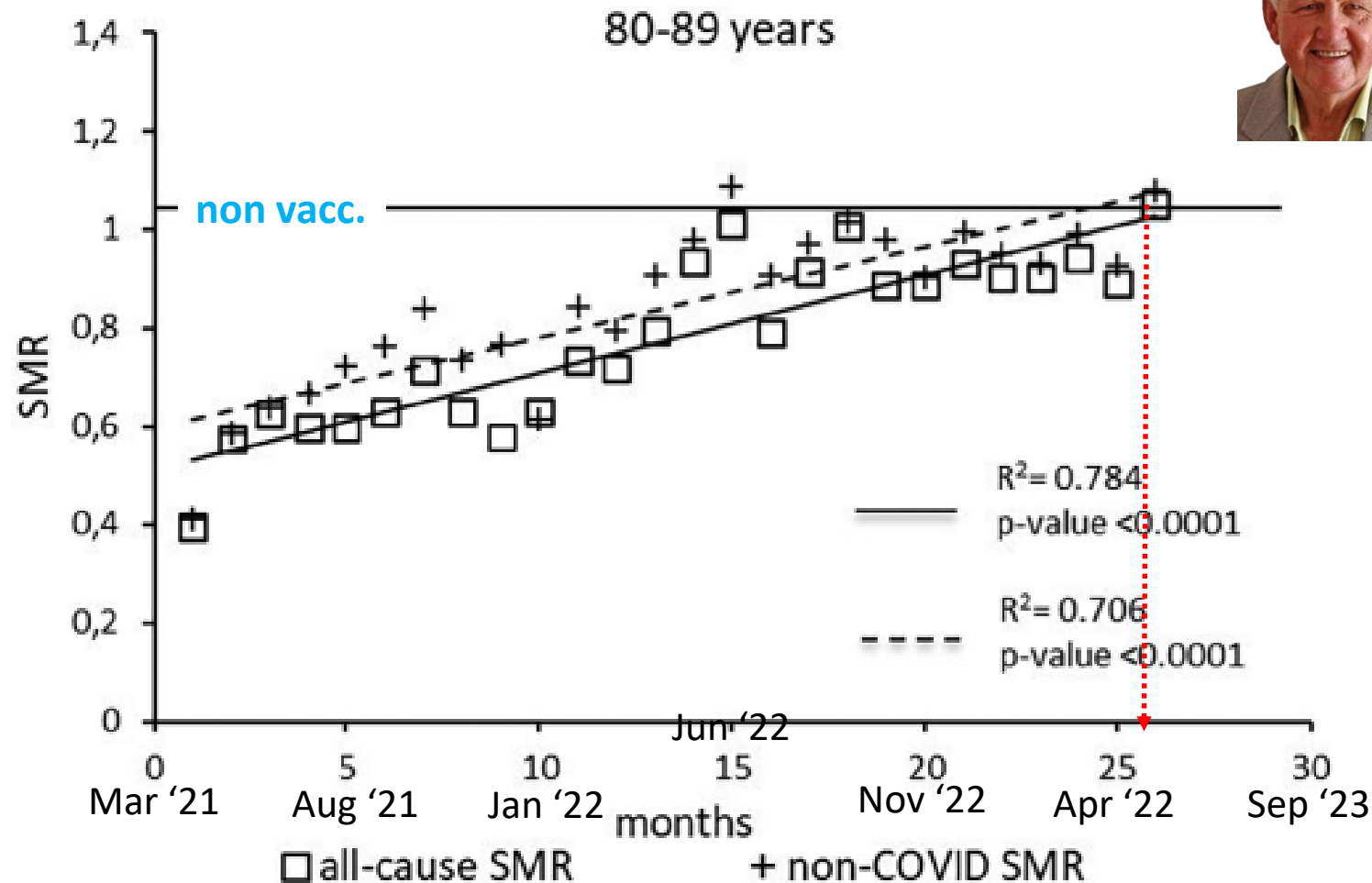


Figure 6. Regression line of the SMR trend of the 80-89 age group.

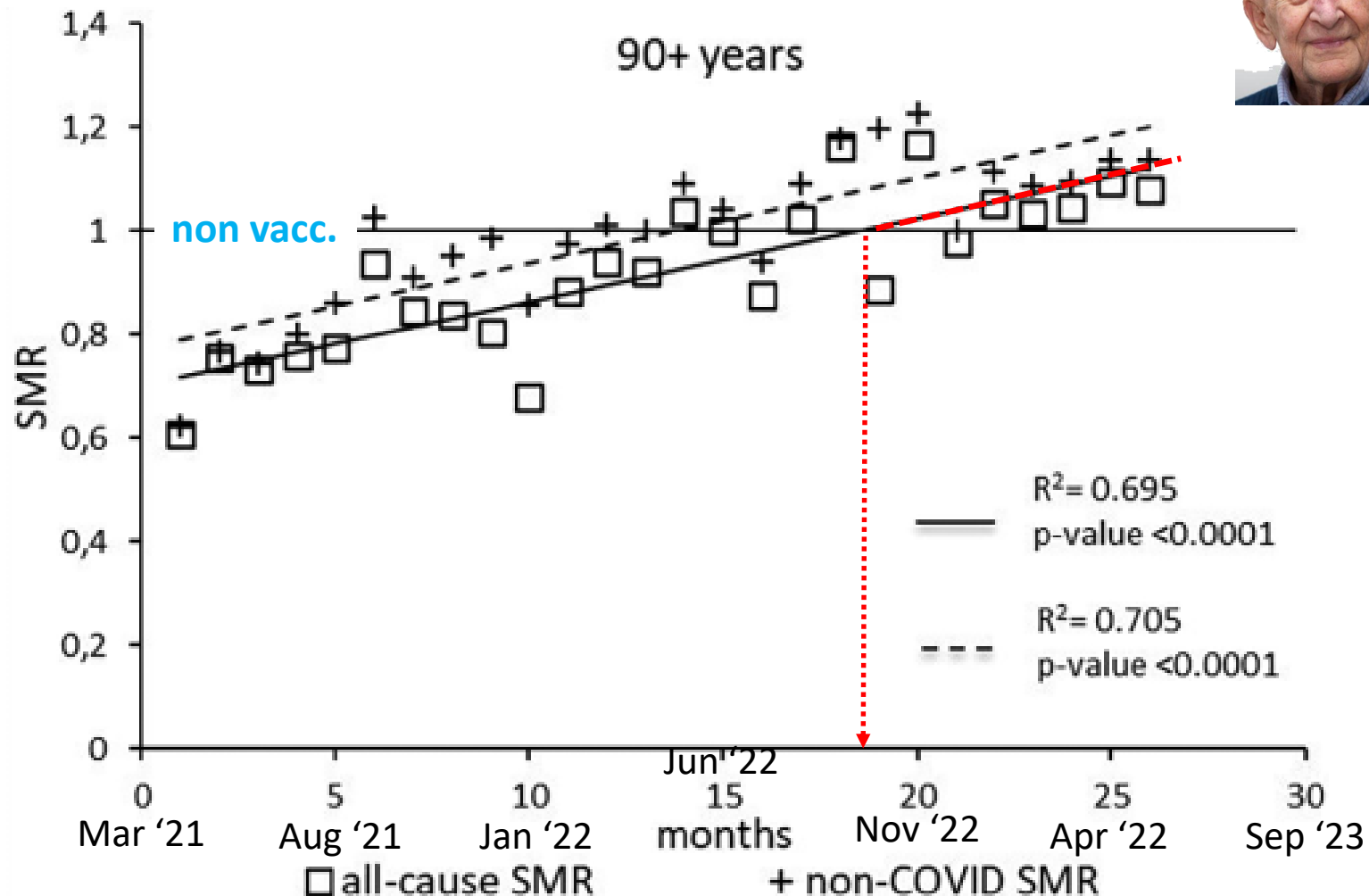
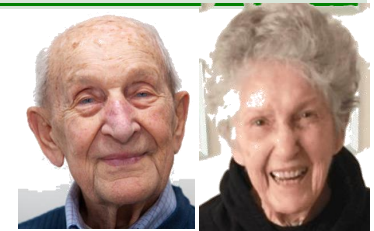


Figure 7. Regression line of the SMR trend of the 90+ age group.

Table 1. Coefficient of determination (R^2) and p-value of the regression line for each age group and for the All-causes death and Non-COVID-19 deaths variable; intersection: intersection of the regression line with the reference line for the unvaccinated ($y=1$).

Age group	Variables	R^2	p-value	Intersection
18-39	All-causes death	0.601	<0.0001	January, 2023
	Non-COVID-19 deaths	0.500	0.0005	January, 2023
40-49	All-causes death	0.712	<0.0001	September, 2023
	Non-COVID-19 deaths	0.463	0.0003	April, 2023
50-59	All-causes death	0.734	<0.0001	July, 2024
	Non-COVID-19 deaths	0.609	<0.0001	January, 2025
60-69	All-causes death	0.847	<0.0001	February, 2024
	Non-COVID-19 deaths	0.745	<0.0001	May, 2024
70-79	All-causes death	0.860	<0.0001	January, 2024
	Non-COVID-19 deaths	0.764	<0.0001	May, 2024
80-89	All-causes death	0.784	<0.0001	April, 2023
	Non-COVID-19 deaths	0.706	<0.0001	January, 2023
90+	All-causes death	0.695	<0.0001	September, 2022
	Non-COVID-19 deaths	0.705	<0.0001	May, 2022

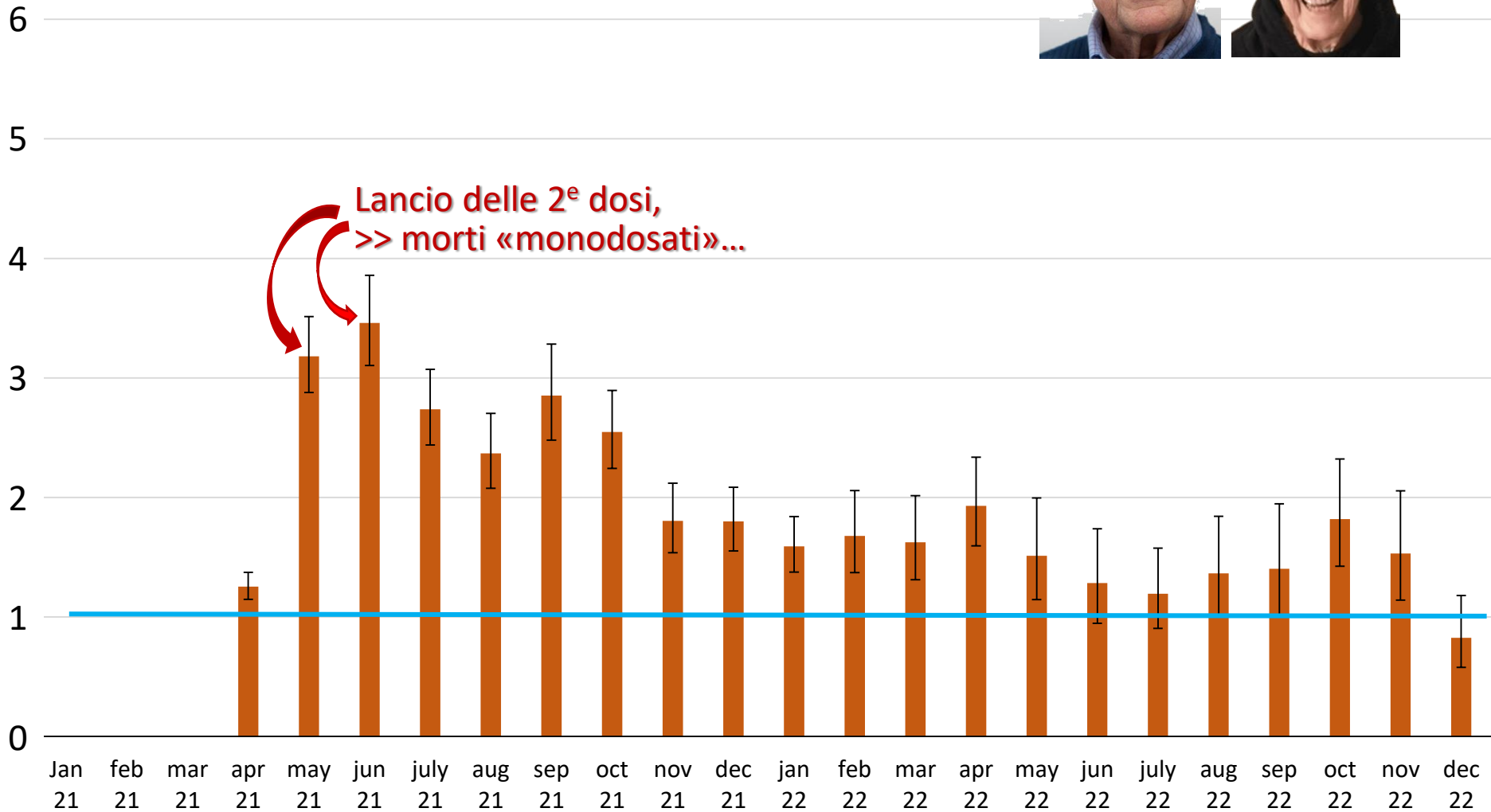
era già avvenuta!

È chiaro ora perché l'ONS non pubblica più dati dal maggio 2023 ?!

era già avvenuta!

Decessi tutte le cause **90+**

■ 1D ≥ 21 days



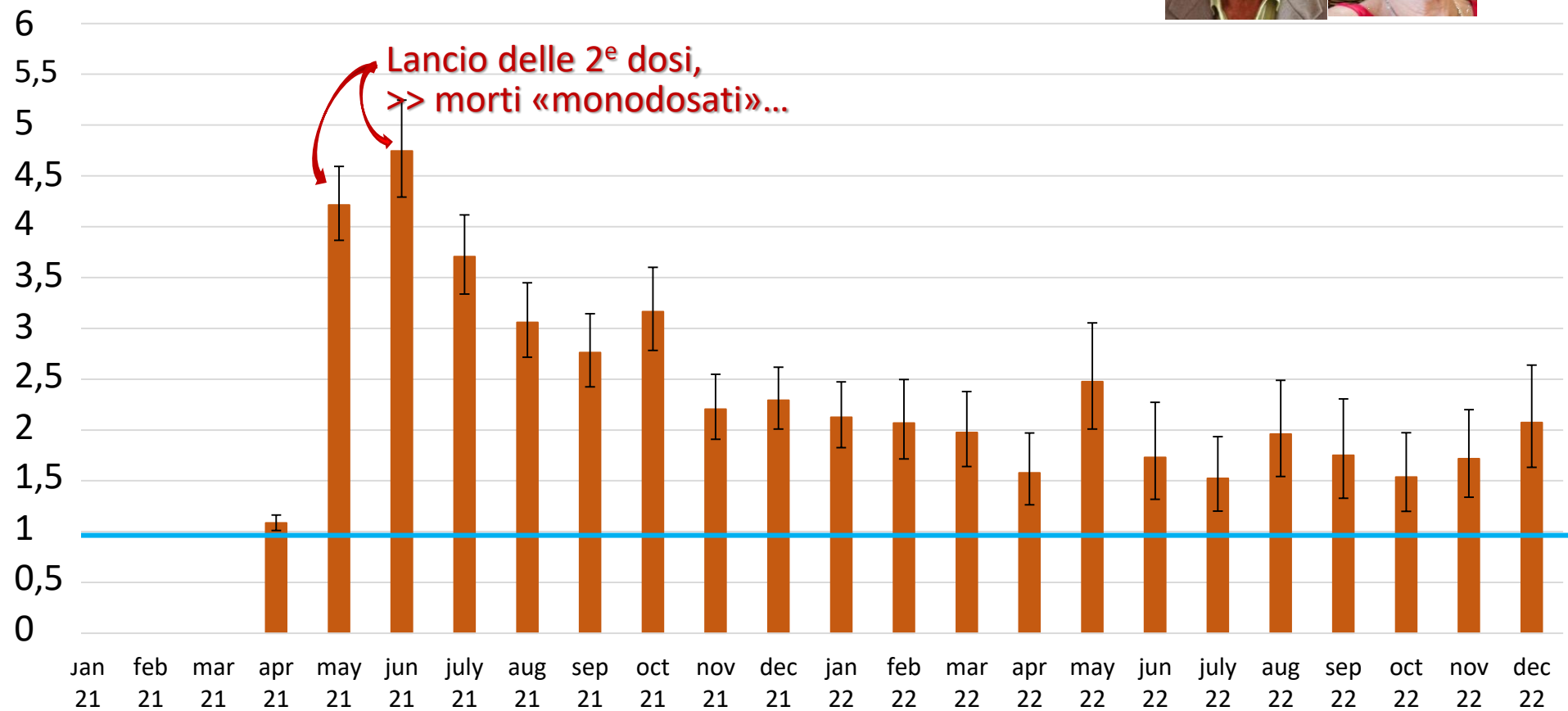
Decessi tutte le cause **90+**

■ 2D ≥ 21days



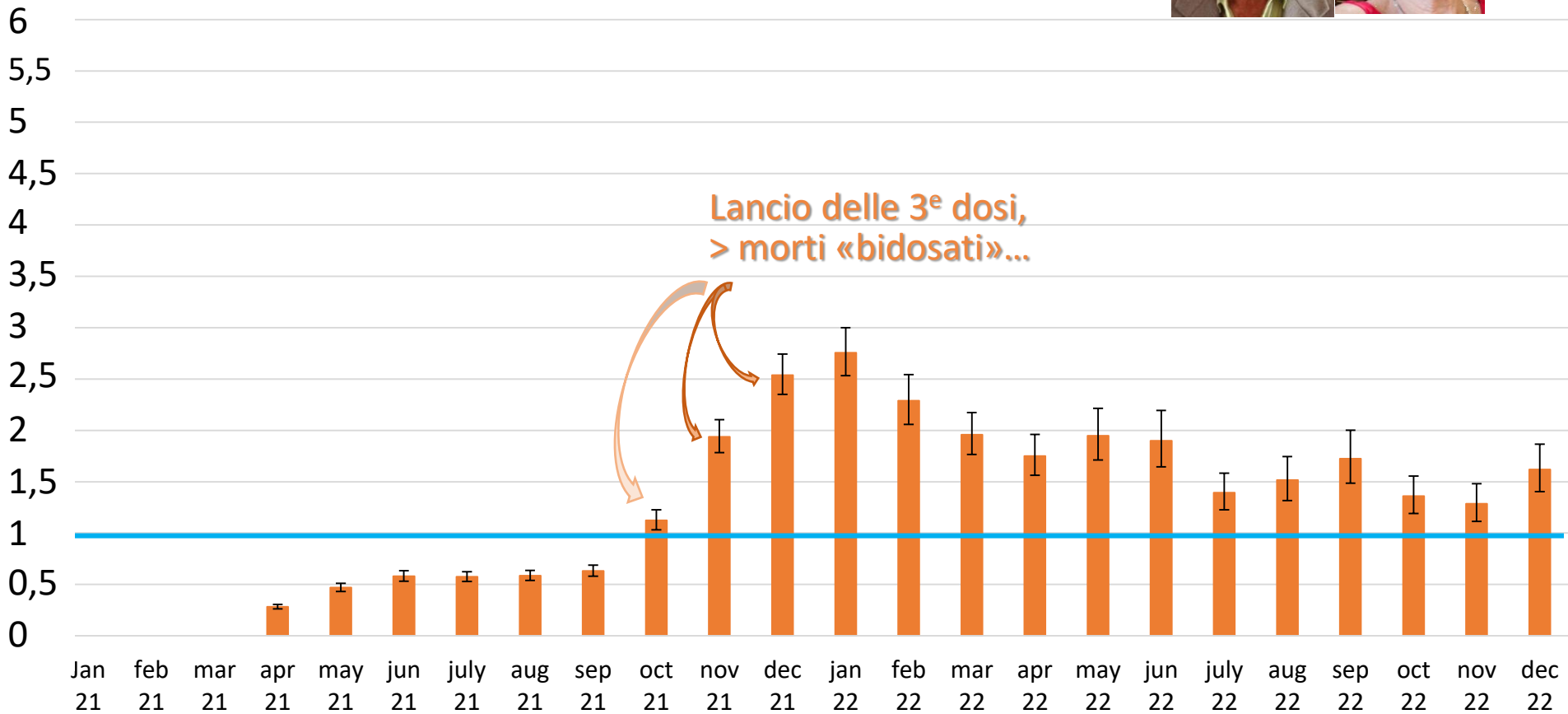
Decessi tutte le cause **80-89**

■ 1D ≥ 21days



Decessi tutte le cause **80-89**

■ 2D ≥ 21days

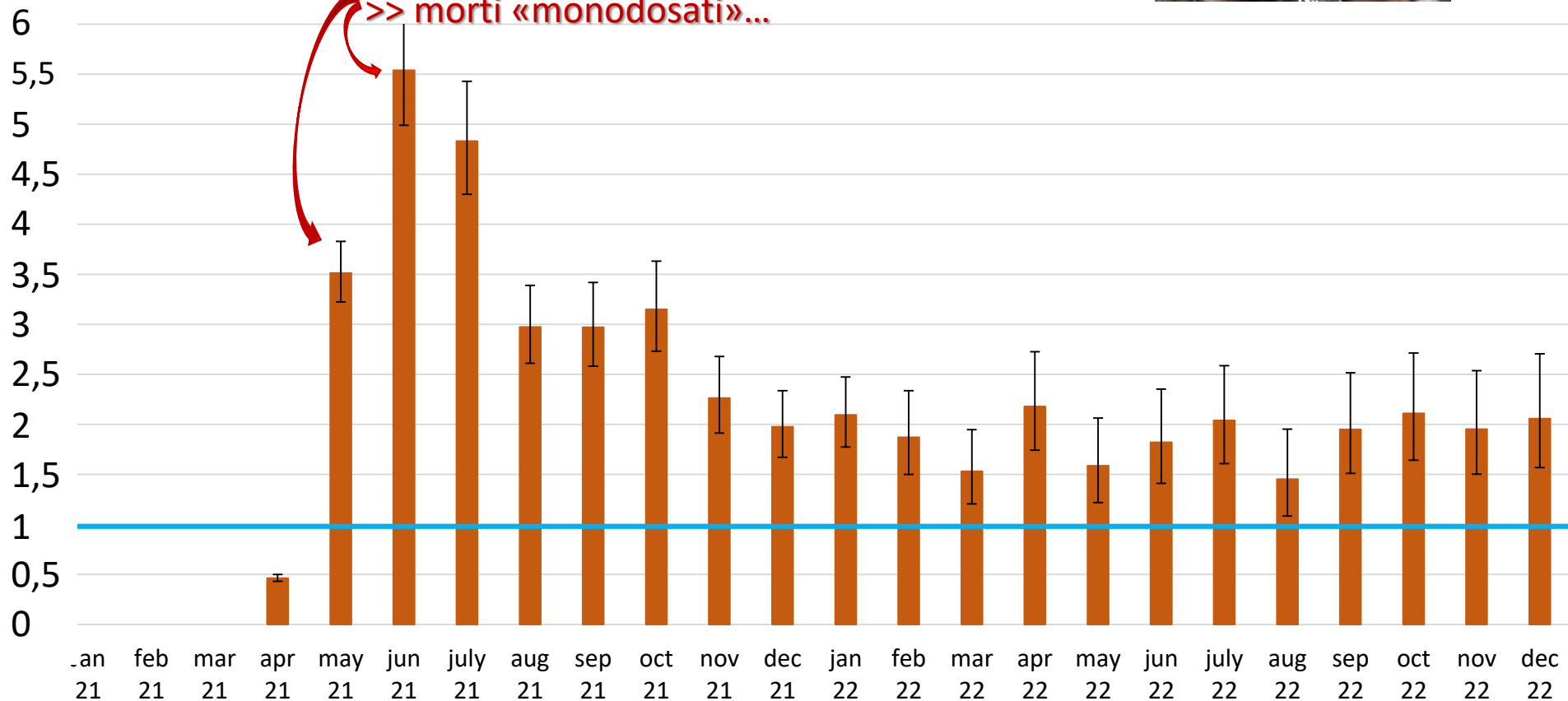


Decessi tutte le cause **70-79**

■ 1D ≥ 21days

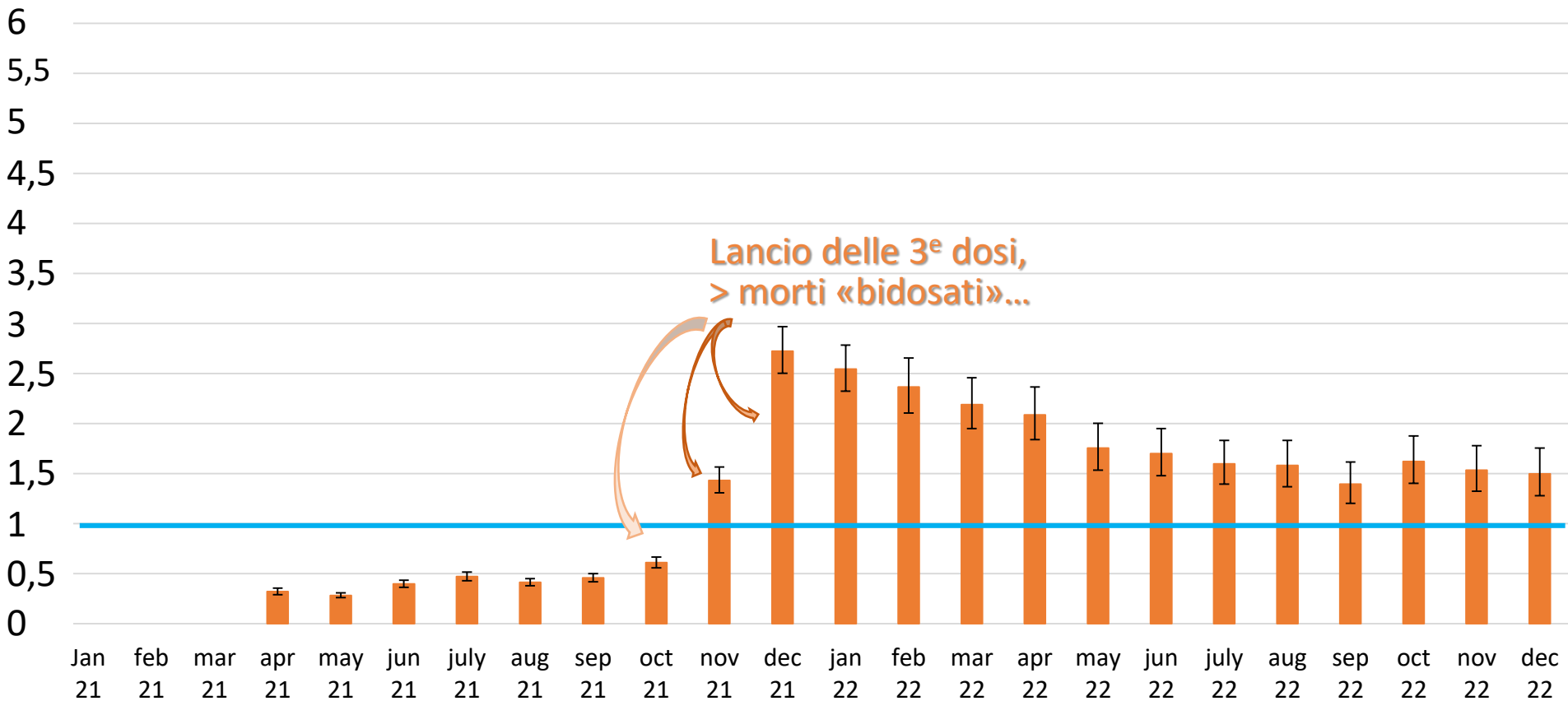


Lancio delle 2^e dosi,
>> morti «monodosati»...



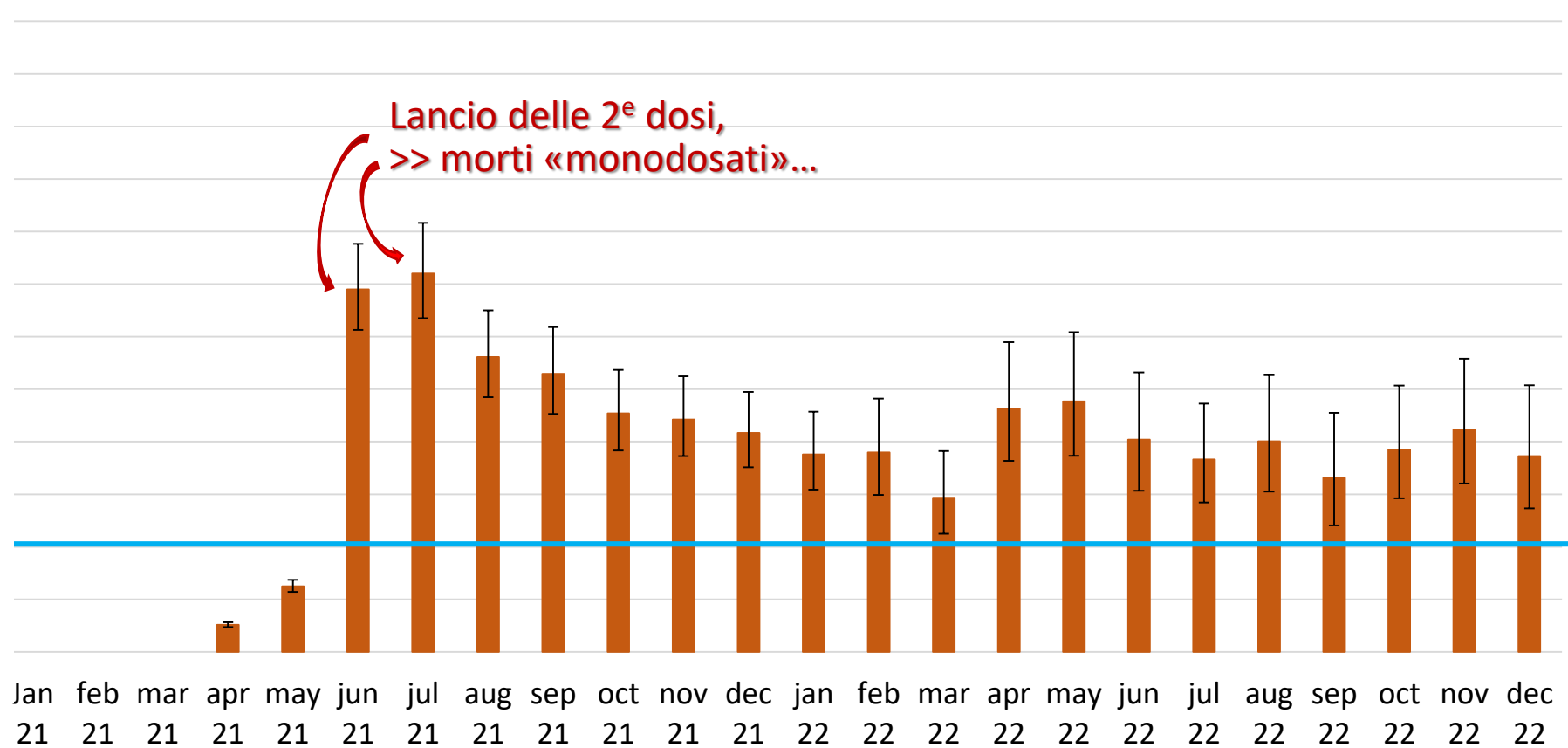
Decessi tutte le cause **70-79**

■ 2D ≥ 21days



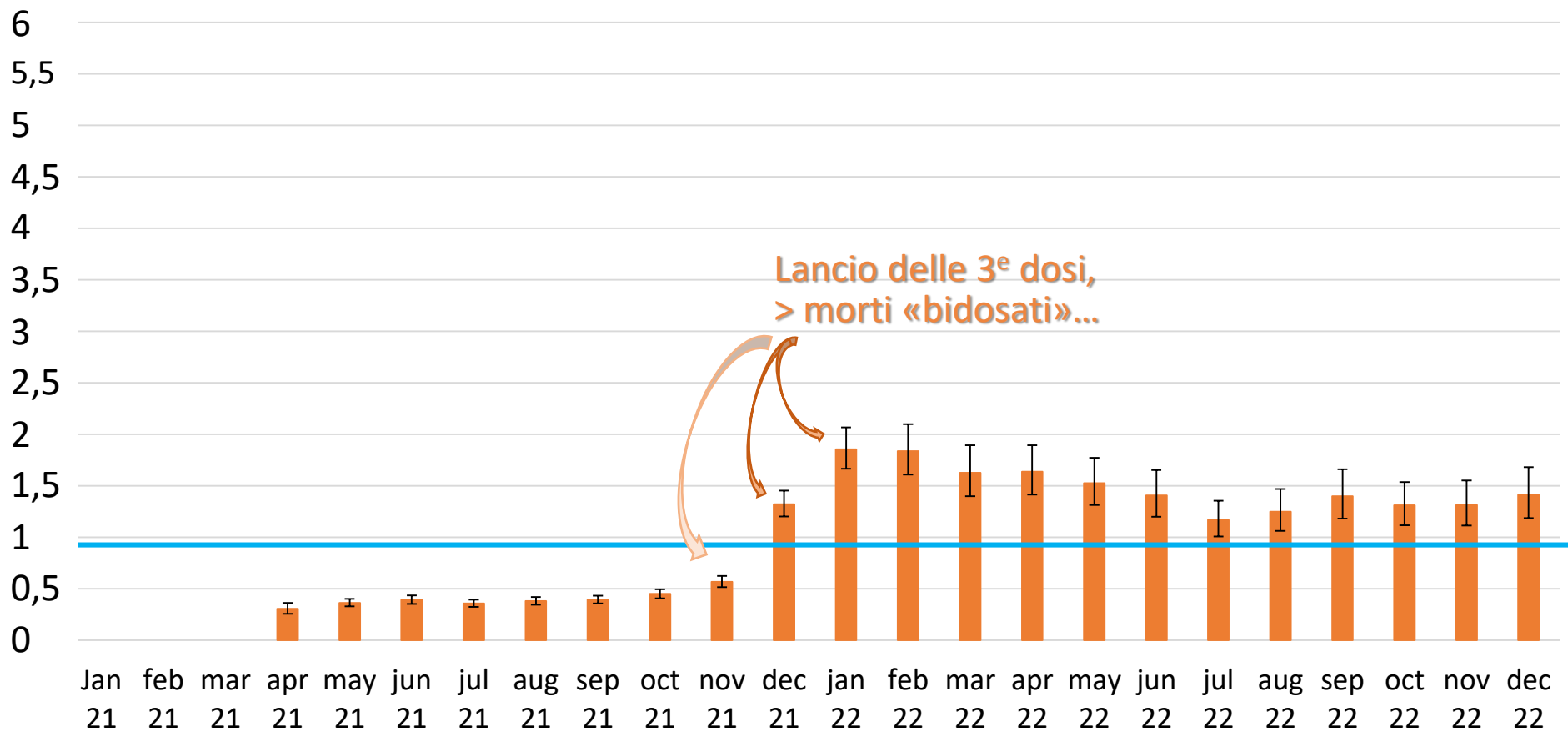
Decessi tutte le cause **60-69**

■ 1D ≥ 21days



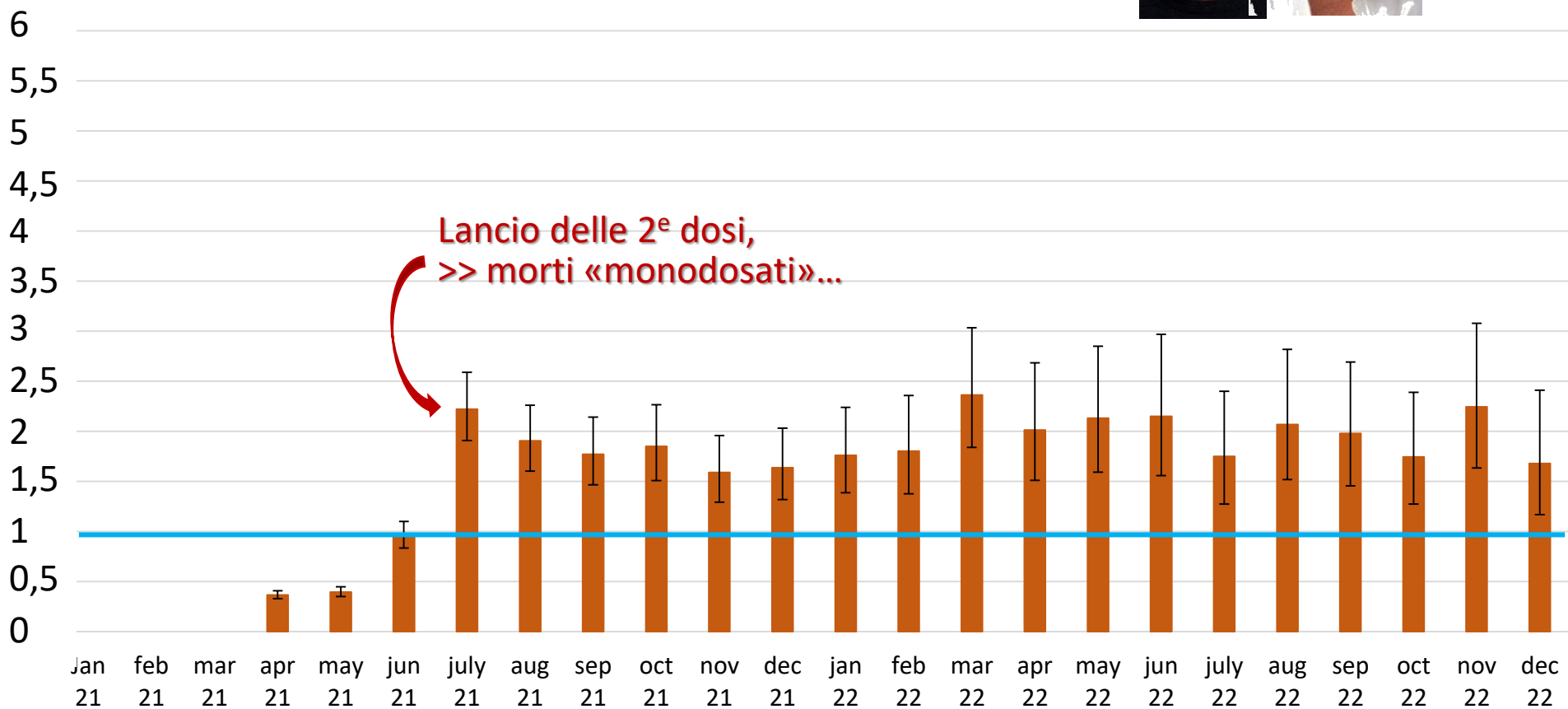
Decessi tutte le cause **60-69**

■ 2D ≥ 21days



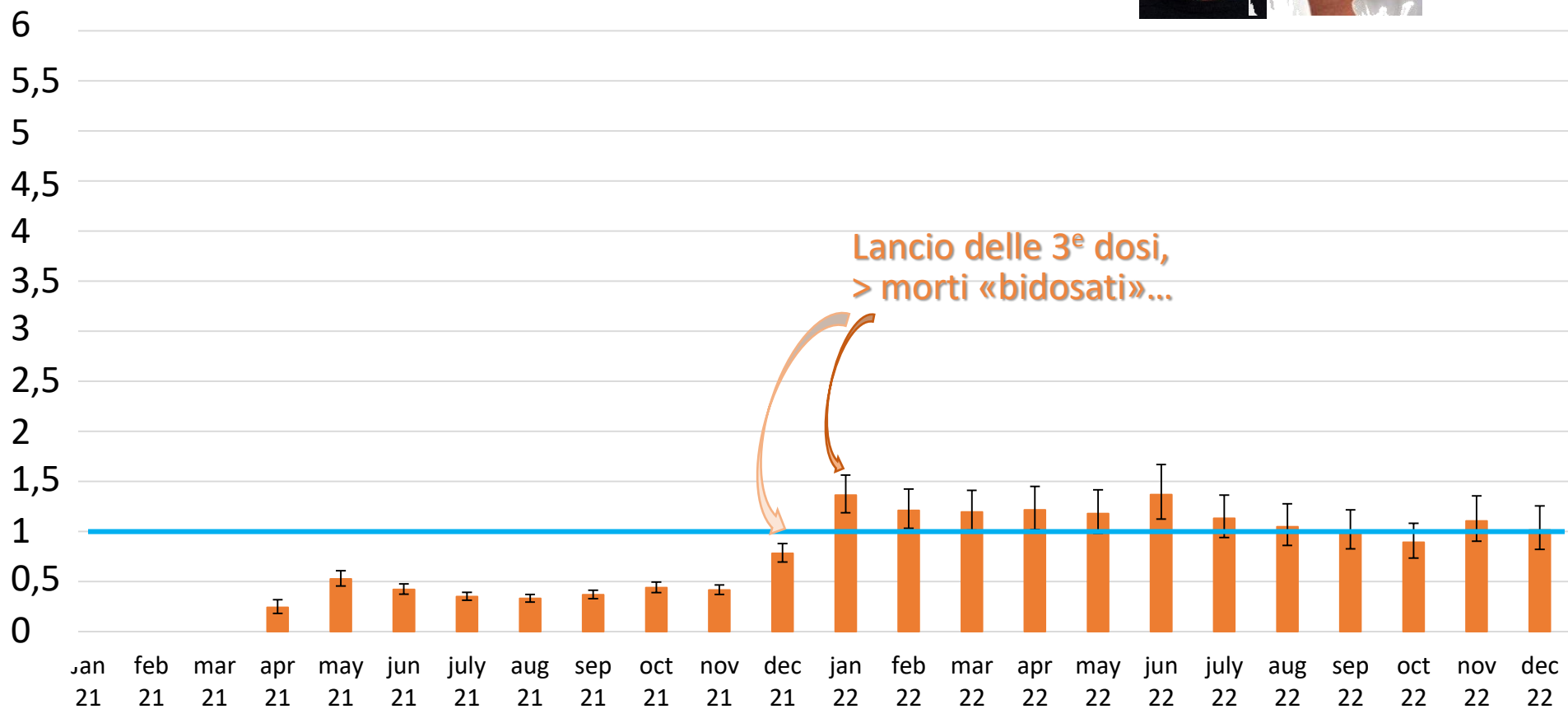
Decessi tutte le cause **50-59**

■ 1D ≥ 21days



Decessi tutte le cause **50-59**

■ 2D ≥ 21days



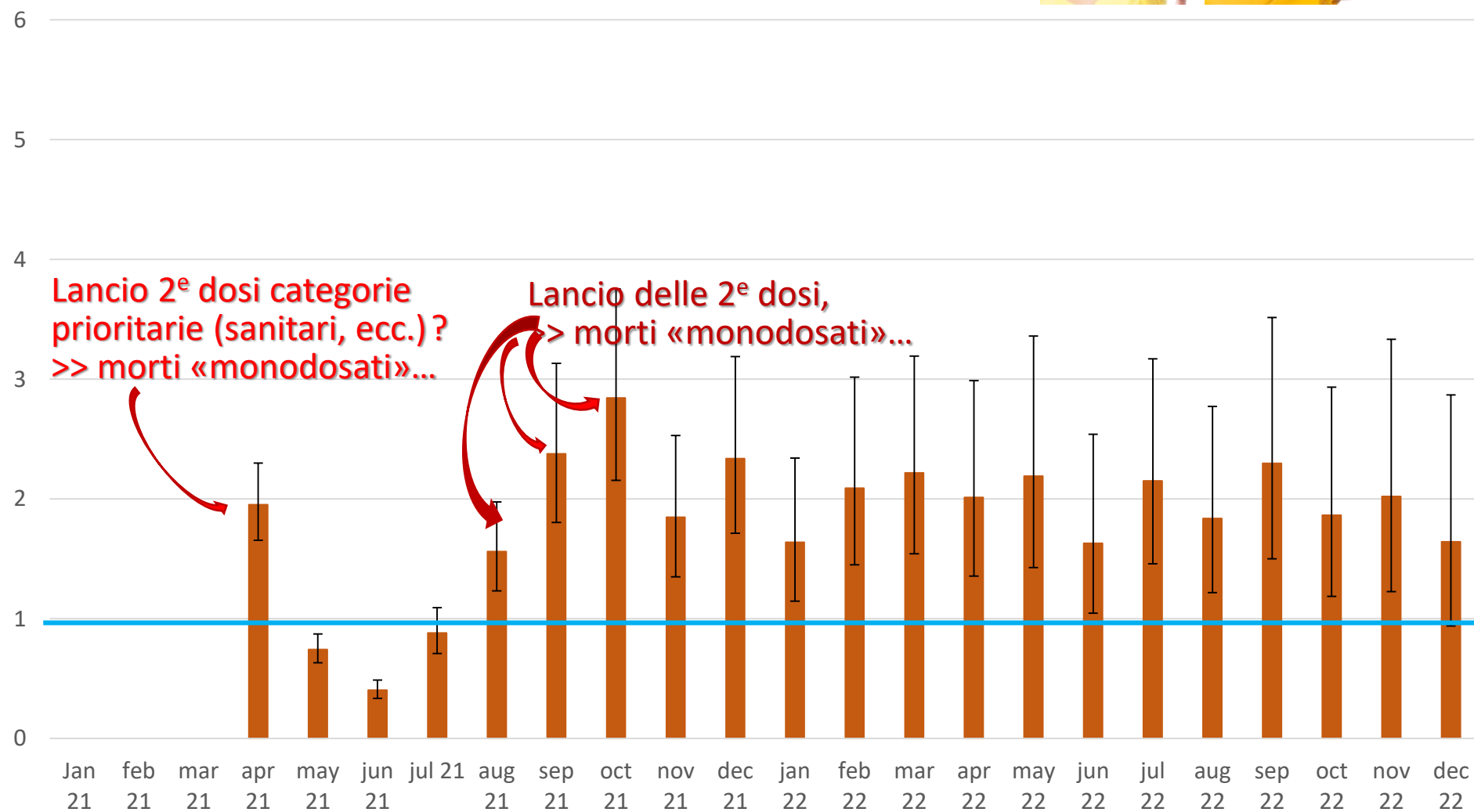
Decessi tutte le cause **40-49**

■ RR 1D ≥ 21days



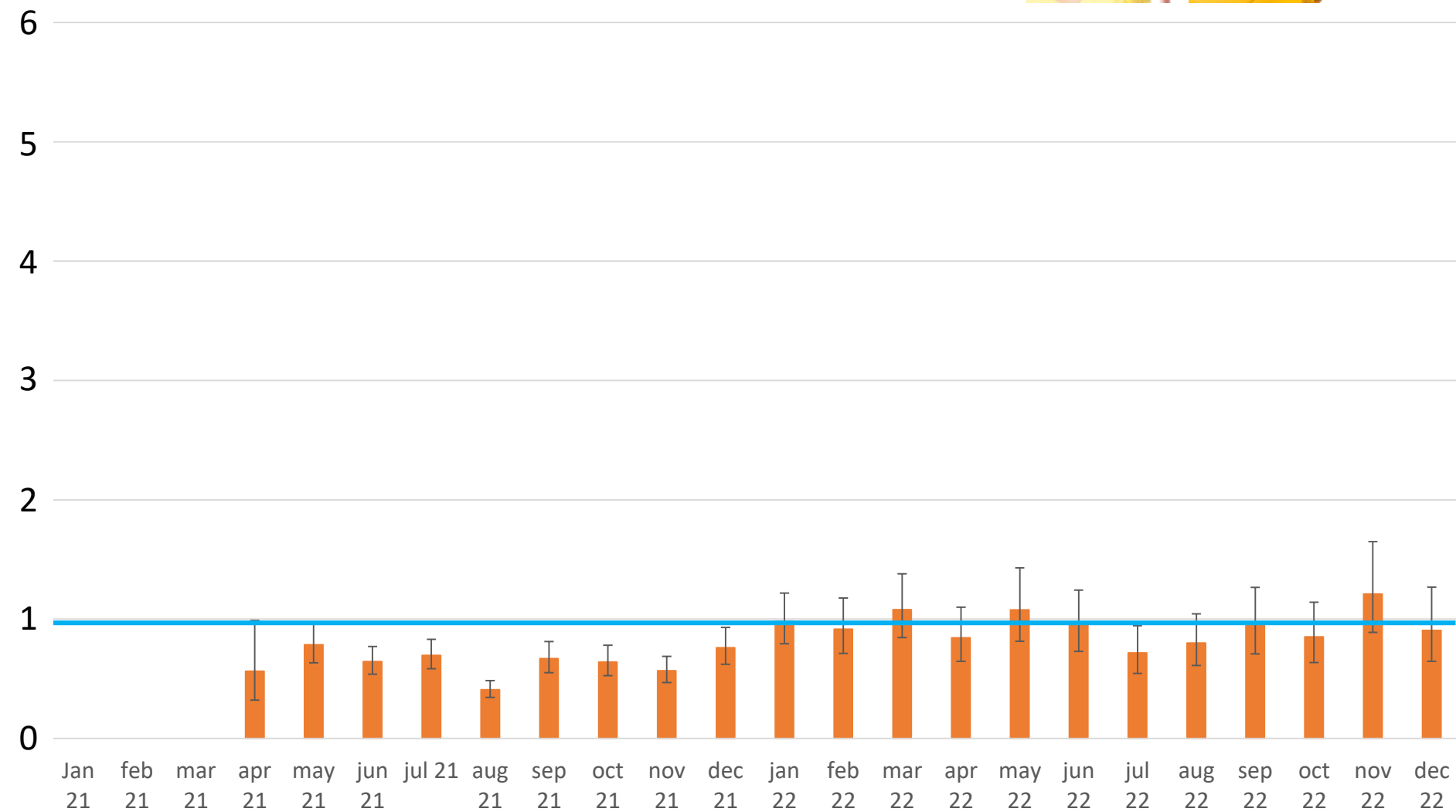
Lancio 2^e dosi categorie
prioritarie (sanitari, ecc.)?
>> morti «monodosati»...

Lancio delle 2^e dosi,
> morti «monodosati»...



Decessi tutte le cause **40-49**

■ RR 2D ≥ 21days



Decessi tutte le cause **18-39**

■ RR 1D≥21days



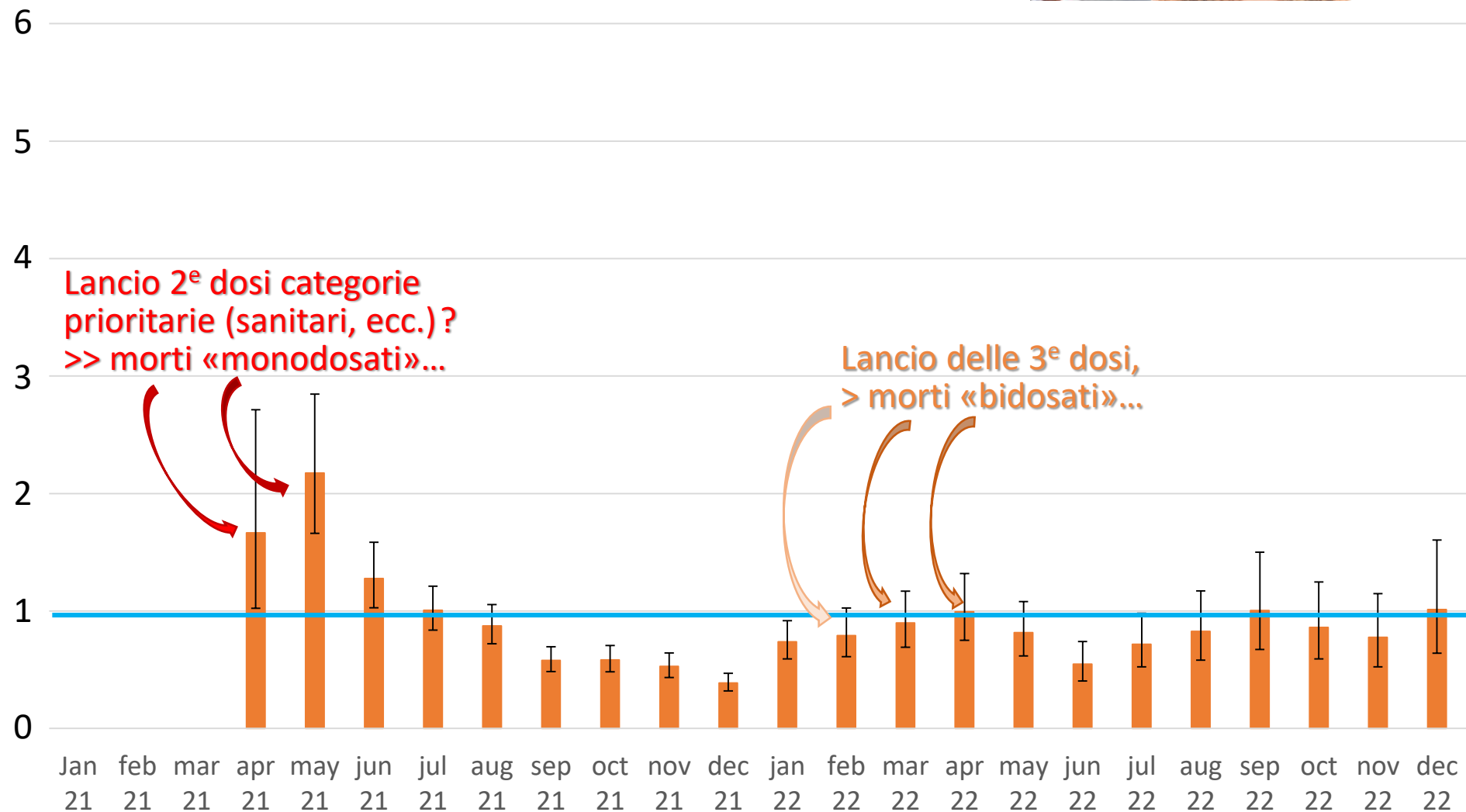
Lancio 2^e dosi categorie
prioritarie (sanitari, ecc.)?
>> morti «monodosati»...

Lancio delle 2^e dosi,
>> morti «monodosati»...

Jan 21 feb 21 mar 21 apr 21 may 21 jun 21 jul 21 aug 21 sep 21 oct 21 nov 21 dec 21 jan 22 feb 22 mar 22 apr 22 may 22 jun 22 jul 22 aug 22 sep 22 oct 22 nov 22 dec 22

Decessi tutte le cause **18-39**

■ RR 2D ≥ 21days



The simplest way to show the COVID shots increase ACM (from a New Zealand FOIA request)

Vaccines are supposed to lower all-cause mortality. The COVID shots don't do that. Here's the clearest evidence I've seen to date.



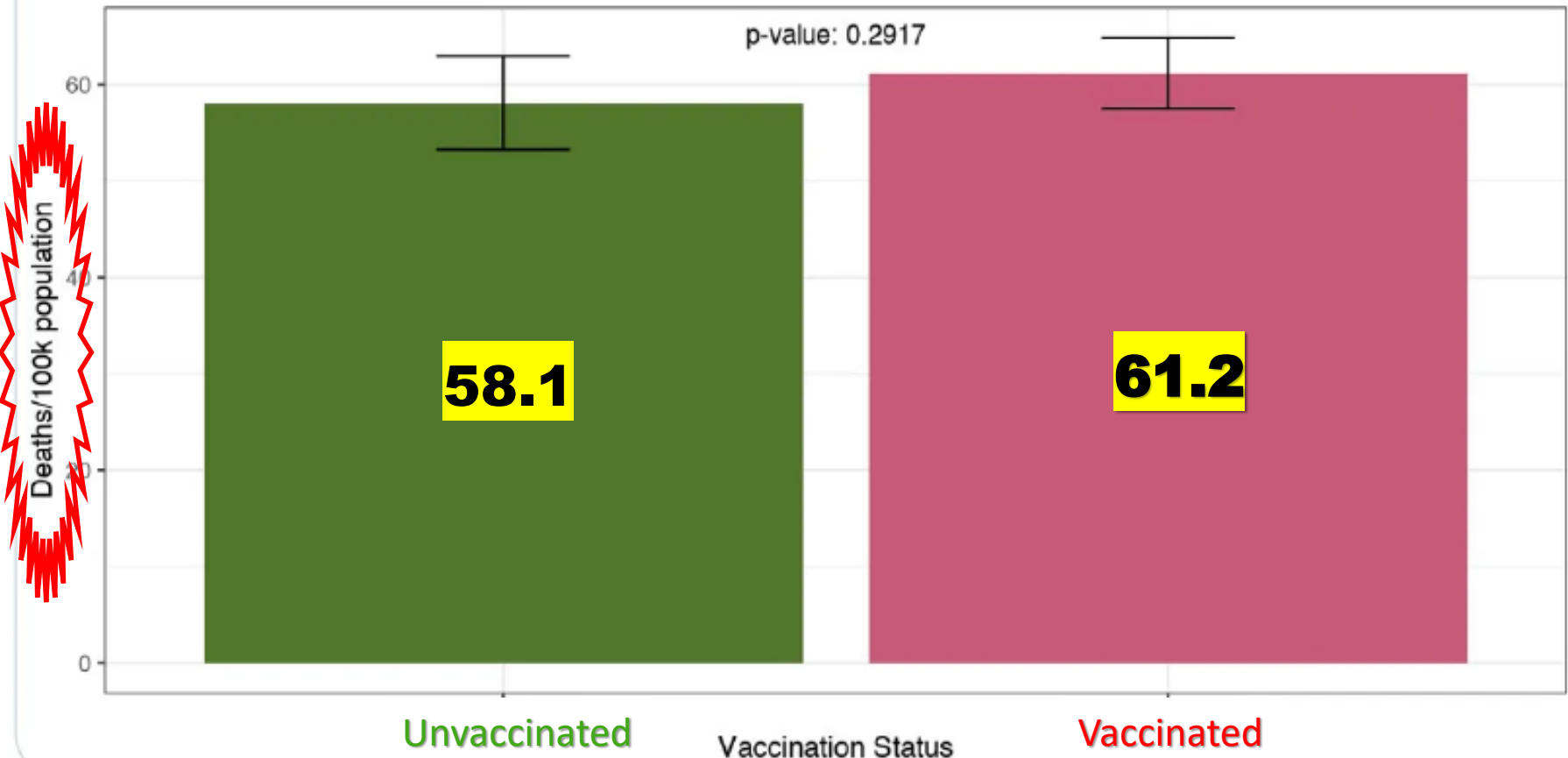
STEVE KIRSCH
AUG 27, 2024

Nonostante i bias pro-vaccinati:

- healthy-vaccinee
- cheap-trick
- harvesting
- ecc.

All-Cause ASMR by COVID-19 Vaccination Status [New Zealand]

Jan 2022 - Apr 2023 · Source: usmortality.substack.com



Corsera 4 settembre 2024

Due visioni dell'America

Le differenze sulle questioni culturali,
sul ruolo del governo, sulla politica estera

Elettori che supportano

● Kamala Harris

● Donald Trump

Harris

Trump

Fonti: PewResearch Center, New York Times, Real Clear Politics



Nei 18 punti di
dissenso elencati,
in che ordine (di
priorità) vengono
citati:

- La **libertà di parola**/no a **censura**?
- Politiche USA nella **guerra in Ucraina**?
- Gli **obblighi vaccinali**?
- **Restrizioni** vs minacce **pandemiche**?
- Politiche Green per crisi climatica?

Non compaiono proprio!
Vi sono invece



L'identikit
dei sostenitori

Gli elettori neri, ispanici, asiatici e più giovani sostengono Harris con ampi margini,
mentre Trump è in testa tra gli elettori più anziani e quelli non laureati

% di elettori registrati che affermano che se le elezioni presidenziali del 2024 si tenessero oggi, voterebbero per...

*L'eredità della schiavitù influisce in modo
significativo/discreto sulla **posizione dei neri**?*

*L'apertura degli americani verso persone
provenienti da tutto il mondo è **essenziale**?*

*Ognuno **può essere uomo o donna** anche se
non è il sesso che gli è assegnato alla **nascita**?*

*È molto positivo che **matrimoni fra persone
dello stesso sesso** siano legali negli USA?*

*La **fecondazione in vitro** è una buona cosa?*

Preferred Skills & Qualifications

- 1-2+ years of experience as a data engineer, engineering-focused analyst, or database administrator
- 1-2+ years using SQL, Python, and other scripting languages professionally
- Experience deploying or monitoring data pipelines
- Strong organizational skills and attention to detail
- A desire to thrive in a fast-paced work environment and implement creative solutions to unique problems

Additional Useful Skills & Qualifications

- Experience using dbt
- GCP experience (in particular BigQuery, Google Cloud Storage)
- Experience with marketing, political fundraising, digital analytics, or business analytics
- Experience volunteering or working on a political campaign data team or with the Voter File

\$90,000 - \$100,000 a year

Harris for President requires all employees to be "up to date" on COVID-19 vaccination status as prescribed by the CDC as a condition of employment, unless otherwise prohibited by applicable law. If you seek a reasonable accommodation in relation to the campaign's COVID-19 policy, you should speak to the HR Department prior to reporting to an office location.

Harris for President requires all employees to be "up to date" on COVID-19 vaccination status

as prescribed by the CDC as a condition of employment

... In the event that any information... are found to be untruthful, the campaign reserves the right to disregard applications or take immediate disciplinary

action, up to and including termination, and also reserves the right to take legal action for related damages.



È la promessa di libertà, libertà personale di credere, di pensare quello che si vuole, libertà di parola, di dire quello che si vuole e libertà di protestare, di mostrare le proprie opinioni.

*In materia di disinformazione, libertà dei media... è giunto il momento di portare la nostra azione a un livello superiore... **la Commissione proporrà uno scudo demografico europeo come una delle priorità principali...** dobbiamo **costruire un'immunità sociale nei confronti della manipolazione delle informazioni**, perchè la ricerca ha dimostrato che il prebunking ha molto più successo del debunking.*

*Il prebunking è sostanzialmente l'opposto del debunking: prevenire è meglio che curare. Forse, **se si pensa alla manipolazione dell'informazione come a un virus, invece di curare l'infezione una volta che ha preso piede** (questo è il debunking), **è molto meglio vaccinare in modo che il corpo sia inoculato.***

*Il prebunking è lo stesso approccio, perché **la disinformazione si basa sul fatto che le persone la trasmettano ad altri.***

■ Non è certo un caso che le questioni decisive riguardanti la libertà di parola passino per **Elon Musk** e più passa il tempo più siamo in grado di comprendere il significato di quella che, quando fu pronunciata dallo stesso Musk, appariva una frase altisonante usata per giustificare un esborso di denaro spropositato: «Quarantamila miliardi di dollari non sono il costo di Twitter, sono il costo della libertà di parola».

Il commento di Musk è necessario alla Concorrenza della uscente Commissione europea, **Margrethe Vestager**, ha dichiarato che il social di proprietà di **Elon Musk** rischia di essere multato in quanto non in linea con i principi del *Digital Service Act*, la legge europea che impone la «gestione trasparente» dei contenuti online e che si concentra sulla possibilità di rimozione dei contenuti definiti come «fuorvianti». In maniera anticonvenzionale, come ci ha abituati, il miliardario sudamericano ha risposto pubblicamente lanciando un'accusa di enorme gravità: «La Commissione europea ci ha offerto un accordo segreto illegale: se censurassimo silenziosamente i contenuti non ci multerebbero. Le altre piattaforme hanno accettato l'accordo».

Se le accuse di Musk fossero provate saremmo di fronte ad una vera e propria azione censoria di tipo sistematico, messa in atto da un'istituzione politica, finalizzata al controllo della libertà di espressione e di pensiero dei cittadini europei, una vera e propria assimilazione alle modalità di controllo presenti nei Paesi non democratici.

Se il costo della Rete «pulita» è la censura di Bruxelles meglio qualche fake news

Le accuse di Musk alla Vestager hanno svelato il lato oscuro dell'eurocontrollo: il flusso dei pensieri digitali va bonificato a priori per il bene degli utenti. Evviva chi non ci sta



re tali selezioni. Questa cosa si chiama «censura occulta» e non è certo da confondere con il necessario lavoro delle forze dell'ordine che devono vigilare sui reati commessi in Rete i quali sono atti precisi, commessi da qualcuno contro qualcun altro, descritti dalle leggi e suscettibili di giudizio da parte dei tribunali preposti. La selezione dei contenuti, dei pensieri, delle espressioni, in particolare quelli ritenuti «sensibili» o «controversi», attiene invece alla censura, alla propaganda ed al controllo e sono tutte azioni giustificate da una supposta «vulnerabilità» delle persone nei confronti di vaghe «azioni di propaganda» portate avanti da misteriosi nemici, in un costante e subdolamente implicito stato di guerra. In quanto molte posizioni ideologiche vengono ormai date per scontate - ad esempio: se c'è caldo o freddo è colpa tua - sono proprio i più giovani, quelli che un tempo animavano le «contestazioni», a ritenere normale che tutto ciò che contrasta le opinioni istituzionali debba essere ritenuto pericoloso e quindi da rimuovere. Una generazione che accetta con noncuranza sia le narrazioni imposte dall'alto sia l'essere considerata incapace di pensiero critico ritiene normale affidare la selezione delle informazioni ad oscuri funzionari europei quando non addirittura ad autonominati e grotteschi «fact checker» collezionisti di errori, smentite e penose inadeguatezze culturali.

La società occidentale aveva tra i suoi elementi costitutivi la libertà di pensiero ma oggi ritiene accettabile che chi ha costruito fino a ieri la favola di **Joe Biden** perfetta-



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]



In Nuova Zelanda vaccini imposti con la forza

Il piano pandemico autorizza la polizia a fare «qualsiasi cosa ragionevolmente necessaria», compreso l'uso della coercizione, per somministrare «trattamenti sanitari preventivi» o eseguire tamponi e quarantene. La protesta: «Così si distrugge la democrazia»



The power to prescribe preventive treatment allows a medical officer of health, in respect of any person who has been isolated or quarantined, to require people to remain where they are isolated or quarantined until they have been medically examined and found to be free from infectious disease, and until they have undergone such preventive treatment as the medical officer of health prescribes (section 70(1)(h)).

The power to requisition premises allows a medical officer of health to requisition premises and vehicles for the accommodation, treatment and transport of patients (section 71(1)).

The closure of premises such as schools can be required under sections 70(1)(1a) and 70(1)(m). This can be made by way of written order to the person in charge of the premises or order published in a newspaper or broadcast by television or radio and able to be received by most households in the district. If specified in the order, premises operating certain infection control measures may be exempted from closure.

Section 71A states that a member of the police may do anything reasonably necessary (including the use of force) to help a medical officer of health or any person authorised



I media (es. DOTTONET 03/07/2024) hanno annunciato una versione in arrivo, del *Piano Nazionale di Preparazione Pandemica 2024-'28*,

anche questa volta **senza previo dibattito pubblico**.

Ne abbiamo visto in successione due copie non ufficiali, e e anche l'ultima visionata è **ancora piena di criticità**, che ho esposto in un'intervista a LaVerità in uscita domattina.

Anticiperò due delle criticità maggiori:

- scotomizzare nella «**preparazione**» l'**enorme potenziale di stili di vita con provate capacità di prevenire malattie croniche e infezioni**
- perseverare nell'**errore fatale** di non prevedere un confronto con posizioni scientifiche critiche, continuando ad **affidarsi solo alle vecchie burocrazie ministeriali** e a qualche consulente magari profilato e selezionato da poteri sovranazionali

Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico
Nuova versione...
2024-2028

Documento di (226 →) **210** pagine - Termini ricorrenti:

- Vaccin- (247 →) **182** volte
- Mascherin- e DPI (20 →) **18** e **60** volte
- Restrizion- (11 →) **3** volte
- Distanziam- (10 →) **4** volte
- Discriminazion- (3 →) **4** volte
- Confronto/dibattito scientifico (0 →) **0** volte
- Indipendent- (0 →) **0** volte
- OMS+Organizz Mond San (57+12 →) **54+10** volte

- Stil- di vita
- Alimentazione
- Attività fisica
- Esercizio fisico
- Fumo
- Abuso farmac-

zero volte!

quotidianos**sanità**.it

Lunedì 03 APRILE 2023

Schillaci: “Puntare sulla prevenzione unica via per mantenere gratuita la sanità”. Poi l’impegno

Per mantenere gratuito il Ssn bisogna “fare in modo che la gente si ammali poco. Con l’educazione alla salute, fin nelle scuole. Insegniamo ai ragazzi i corretti stili di vita, per farne degli anziani sani. Ci vorrebbe almeno un’ora la settimana nell’orario scolastico, molto più importante di altri insegnamenti oggi di moda”. Sul



Ciò che è peggio, dalle 213 pagine del Piano non traspare l'atteggiamento corretto: **far riferimento alle prove** («[Trust the Evidence](#), not *The Science*», secondo l'aureo motto del Gruppo di Oxford di Jefferson e Heneghan), ma al contrario l'ossequio a riferimenti *autorevoli*, cattivo esempio di appello al “*Principio di Autorità*”, distante anni luce dal riferimento all'*Evidence Based Medicine, EB Health Care, EB Public Health*.



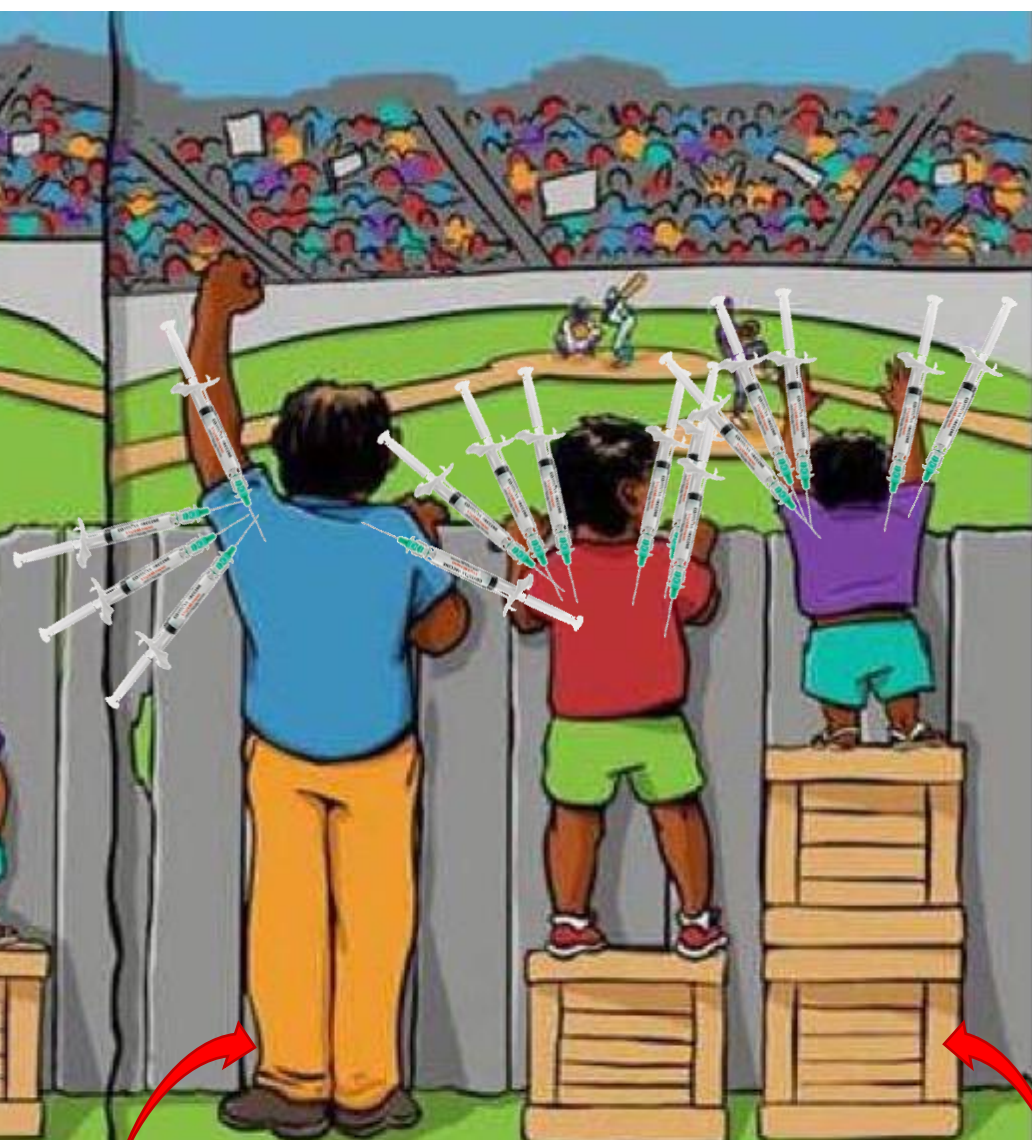
Il *Principio di Autorità* (della serie “lo dicono le Linee Guida dell'OMS, dell'Europa, della EMA, dell'ECDC, nonché della FDA o dei CDC USA; o quelle delle Società Professionali”) serve spesso da copertura a posizioni più che discutibili, e che si dovrebbero comunque poter verificare in base alle prove addotte a supporto.

Se l'atteggiamento di base è “responsabilizzare persone e istituzioni, ma seguendo le linee guida internazionali che nelle malattie infettive sono il faro per tutti i Paesi, come abbiamo imparato durante la pandemia”, ci si preclude già una valutazione critica basata sui dati, che potrebbe portare a conclusioni ben diverse.

Va finalmente aperta una **discussione scientifica nel merito di scelte concrete, ascoltando e vagliando anche le prove** di chi (noi tra questi) sostiene di averne, ed è critico rispetto a quanto chiederebbero linee guida *autorevoli*



EQUALITY



EQUITY

questa l'equità che ora conta per l'OMS

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



Bozza Piano Nazionale Preparazione Pandemica (pag. 15)

La **distribuzione delle dosi vaccinali** deve rispondere a criteri trasparenti e motivati, nel pieno **rispetto dei principi etici e costituzionali** di **uguaglianza** ed **equità** a livello **nazionale** e **internazionale**, affinché **nessuno sia escluso (...!)**