

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

(54° incontro, 3-11-'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. Antonietta
Veneziano (Avv. Liberi)

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:
- Nuovo anticorpo monoclonale per la broncopneumopatia cronica ostruttiva? (da S 6)
- Nirsevimab a tutti i nuovi nati per prevenire infezioni da VRS? **No** (da S 8)
- Vaccini antinfluenzali a tutti gli anziani? E ai bambini? E in gravidanza? **No** (da S 20)
- Mio- e pericarditi pediatriche: da COVID-19 più che da vaccino? **No**, anzi... (da S 38)
- Associazione vaccinazioni e mortalità in paesi nordici e Australia (da S 41).
- Calcolatore ISS del rischio cardiovascolare e livelli *ottimali* (?!) cui tendere. Imparare a verificare e «fidarsi delle **prove**, non de *‘la Scienza’*» (da S 46)
- L’OMS chiede soldi e fiducia, e in cambio... censura, vaccini, sorveglianza... Ragionare sui fatti, non in base a pregiudizi e vecchi paradigmi. Il tempo stringe (da S 60).
- Kennedy Jr., difesa dalle malattie croniche, elezioni (Children’s Health Defense) (S 67).



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 →)

Bronchite cronica

Come ritrovare il respiro

In realtà il nome «giusto», specie se si somma l'enfisema, è broncopneumopatia cronica ostruttiva (BpcO)

I trattamenti migliorano ma è fondamentale riconoscere di averla. E soprattutto, prevenirla

«Solo in Italia 3,5 milioni di persone, nel mondo è la 3^a causa di morte, ma pochi la conoscono... Tanti convivono per anni con le difficoltà di respiro, senza andare dal medico, **senza ricevere la diagnosi.**

Capita soprattutto a fumatori ed ex

fumatori, che pensano sia normale tossire spesso avere l'affanno: non è così, mai. Conoscere i sintomi della BPCO e arrivare presto alla diagnosi è **perciò** (?) necessario. Molti negano di fumare anche al medico di famiglia perché si vergognano (!)... prima si intercetta, migliori sono i risultati della cura (!)

Riconoscere la malattia è fondamentale per la qualità di vita

di **Elena Meli**

Occorre **sottoporsi alla spirometria... indispensabile per la diagnosi... potrebbe/dovrebbe diventare di routine**, soprattutto **per chi fuma, ha fumato o è stato esposto a lungo al fumo passivo...**

Come si fanno gli screening per i tumori, bisognerebbe... **spirometria** (*Presidente di 'Respiriamo Insieme'*), ... **intercettare tra i 30 e i 50 anni chi è stato esposto al fumo...**»

... Sono **in arrivo i primi farmaci biologici**... «purtroppo il problema è l'aderenza alle terapie...» (*Micheletto, Direttore Pneumologia AO Universitaria di Verona*)

È importante
seguire con costanza
la terapia anche
quando i sintomi
non si fanno sentire

ORIGINAL ARTICLE

Dupilumab for COPD with Blood Eosinophil Evidence of Type 2 Inflammation

S.P. Bhatt, K.F. Rabe, N.A. Hanania, C.F. Vogelmeier, M. Bafadhel, ...

CONCLUSIONS

In patients with COPD and type 2 inflammation as indicated by elevated blood eosinophil counts, **dupilumab** was associated with fewer exacerbations and better lung function than placebo. «ridotto le esacerbazioni in misura mai vista...» (34%)

(Funded by Sanofi and Regeneron Pharmaceuticals)

The **sponsors, Sanofi and Regeneron Pharmaceuticals, designed the trial and collected and analyzed the data... Medical writing and editorial assistance...were provided by a medical writer, ... funded by the sponsors.**

Table 3. Adverse Events (Safety Population).*

Event	Placebo (N = 464)	Dupilumab (N = 469)
	no. of patients (%)	
Any adverse event	306 (65.9)	313 (66.7)
Any serious adverse event	74 (15.9)	61 (13.0)
Any adverse event leading to death	7 (1.5)	12 (2.6)
Any adverse event leading to permanent discontinuation of trial intervention	12 (2.6)	18 (3.8)

► LA RESA DEI CONTI

Vaccino Covid consigliato dai 6 mesi E Giani dà soldi a chi fa più punture

Il ministero raccomanda tre dosi anche ai lattanti e la Toscana si attrezza: fino a 3.000 euro ai pediatri più efficienti. Mosse in linea con l'Oms, tornata alla carica con profilassi di massa e mascherine pure all'aperto

di MADDALENA LOY



■ Non ha insegnato nulla il brusco calo delle vaccinazioni in tutto il mondo, al minimo storico degli ultimi quindici anni dopo la travagliata gestione pandemica e la crescente diffidenza della popolazione a seguito degli obblighi diretti e indiretti all'inoculazione. L'ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della Sanità, diretto da Hans Kluge, ha lanciato la nuova campagna contro i virus respiratori e tra questi, oltre all'influenza, è riapparso il Covid.

«Nessuno conosce i tuoi rischi meglio di te», è l'accattivante slogan dell'operazione,

L'agenzia Omi fa leva sul proteggere gli altri, ma i preparati non evitano i contagi



ZELANTE Il presidente della Regione Toscana, Eugenio Giani (Pd)

[Imagoeconomica]

zero.

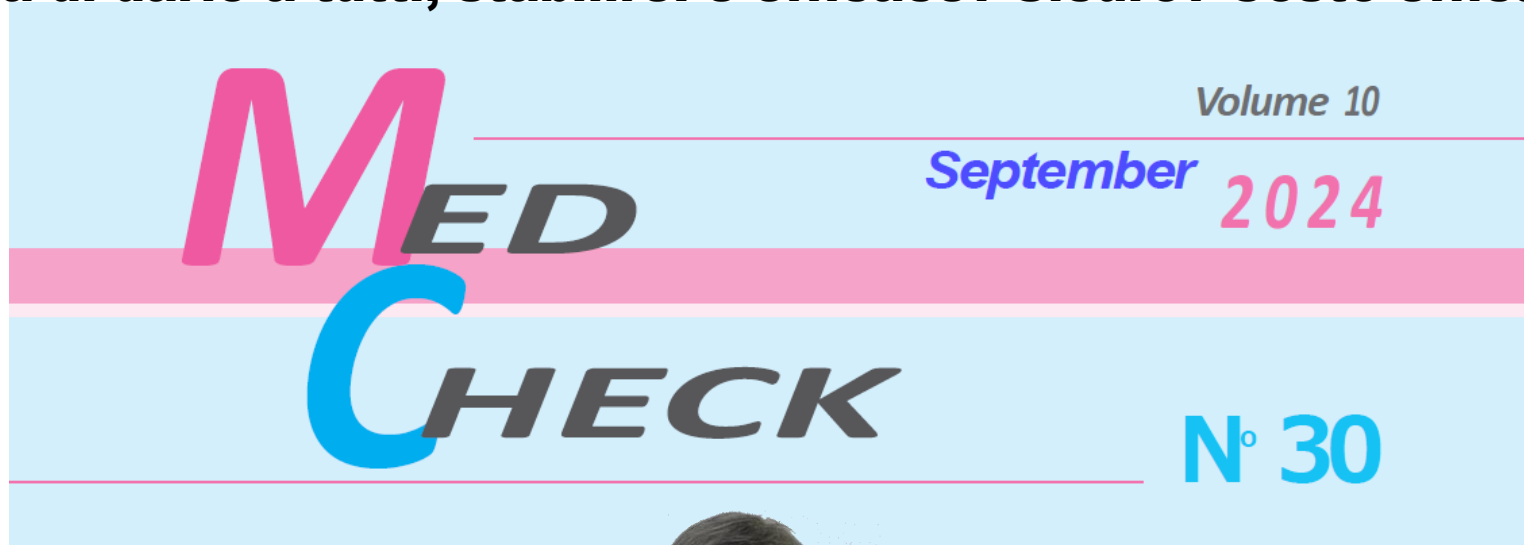
«Come parte della responsabilità condivisa, il ruolo delle autorità governative rimane cruciale», ha esortato l'Oms Europa. L'Italia non se lo è fatto dire due volte: la circolare del ministero della Salute del 23 settembre, a firma del direttore generale Francesco Vaia, ha come oggetto proprio le «indicazioni e raccomandazioni per la campagna di vaccinazione autunnale/invernale 2024/2025 anti Covid» e raccoglie le raccomandazioni dell'Oms e dell'Emergency Task force dell'Emu) sull'aggiornamento dei vaccini rispetto alla variante JN.1 «tenuto conto dell'attuale quadro epidemiologico», che è appunto quello sopra citato. Come noto, gli unici in commer-

Malgrado i bassissimi rischi per i bimbi, si insiste a sottoporli all'inoculazione

vid, anzi: «Per i bambini dai 6 mesi ai 4 anni compresi che non hanno completato un ciclo primario di vaccinazione o senza storia di infezione Covid pregressa», si legge, la vaccinazione prevede nientemeno che «tre dosi (di cui la seconda a tre settimane dalla prima e la terza a otto settimane dalla seconda)». Nella circolare del ministero è specificato che si raccomanda «la valutazione del rapporto benefici/rischi specifico per età e genere», oltre che «l'attenzione nel segnalare tempestivamente qualsiasi sospetta reazione avversa al sistema di farmacovigilanza dell'Aifa [...], sia dagli operatori sanitari che da ogni cittadino». Purtroppo, il format di segnalazione è lo stesso dei tempi pandemici, complicato e farraginoso.

Il dicastero guidato da **Orazio Schillaci** raccomanda alle Regioni di implementare le più opportune misure organizzative e invita alla «collaborazione operativa» i medici di base e i pediatri. La Regione Toscana ha accolto tempestivamente l'invito e ha promesso premi di produzione fino a 3.000 euro ai pediatri che vaccineranno più bambini, istituendo 28 squadre di pediatri vaccinatori. La delibera approvata dalla giunta del governatore toscano **Eugenio Giani** (Pd), a seguito dell'accordo con i pediatri locali, conferma il gettone a chi raggiungerà gli standard di copertura vaccinale per bambini e ragazzini: più bimbi saranno inoculati, più gli operatori guadagneranno.

Prima di darlo a tutti, stabilire: è efficace? Sicuro? Costo-efficace?



New Products related

Palivizumab (Synagis®): in RSV high-risk Children
Is it useful for preventing RSV infection?

19

New Products

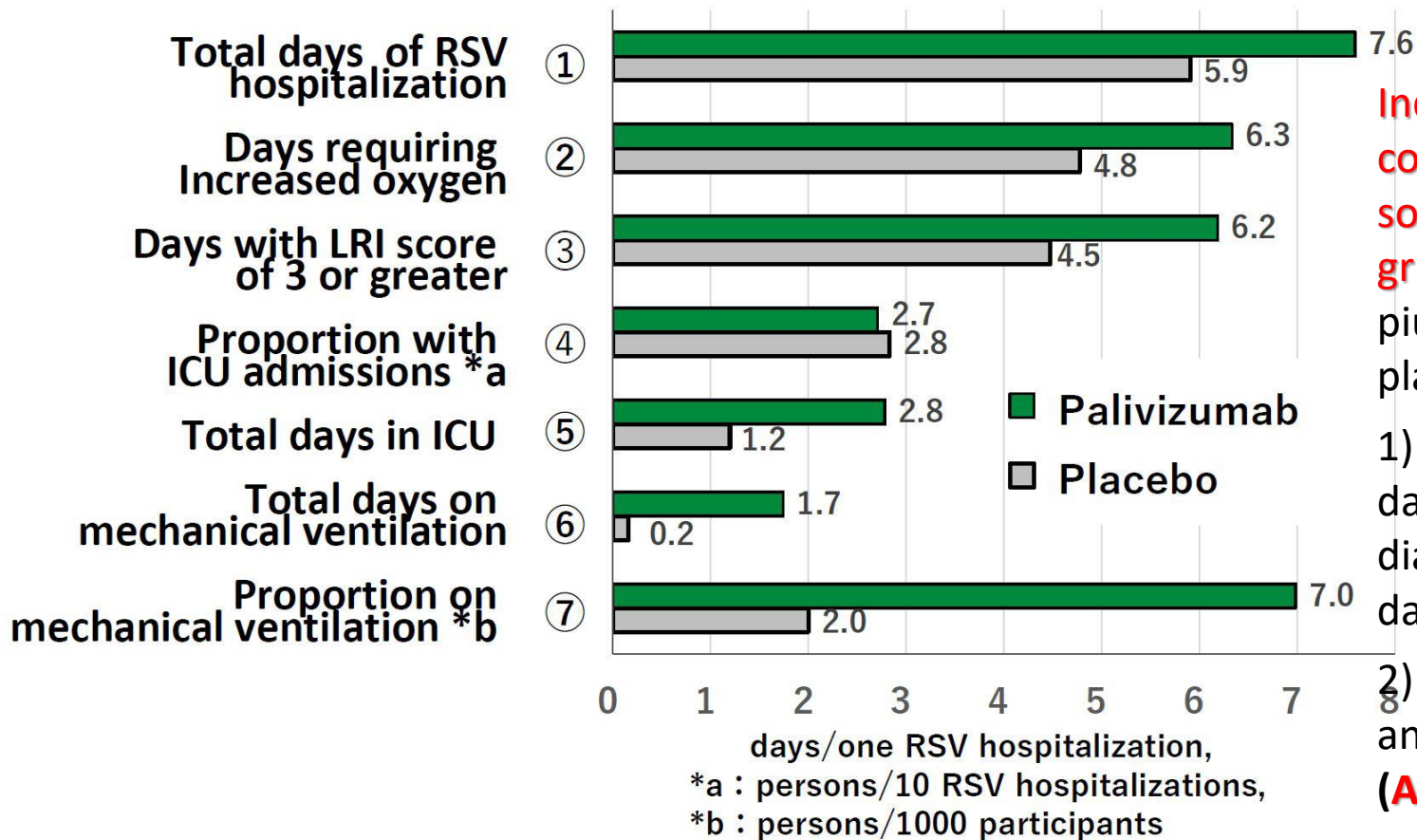
Nirsevimab (Beyfortus®): for RSV infection prevention
RSV-related hospitalizations decrease, but deaths increase

23

Palivizumab (Synagis®): in High-Risk Children

Is it useful for Preventing RS Virus Infection ?

Translated and revised from Med Check (in Japanese) Sep. 2024; 24 (115) : 111-113



Indicatori per paziente con VRS ospedalizzato sono aumentati nel gruppo palivizumab più che nel gruppo placebo. Motivi?

1) **Test inattendibili** da test Antigenic per diagnosi di infezione da VRS?

2) Potenziamento anticorpo-dipendente (**ADE**)?

Conclusion: There is no conclusive evidence that palivizumab effectively prevents severe RSV infections in high-risk children. Therefore, its use is not recommended.

Nirsevimab (Beyfortus[®]): for RSV infection prevention

RSV-related hospitalizations decrease, but deaths increase

Translated and revised from Med Check (in Japanese) Sept. 2024; 24(115):108-110

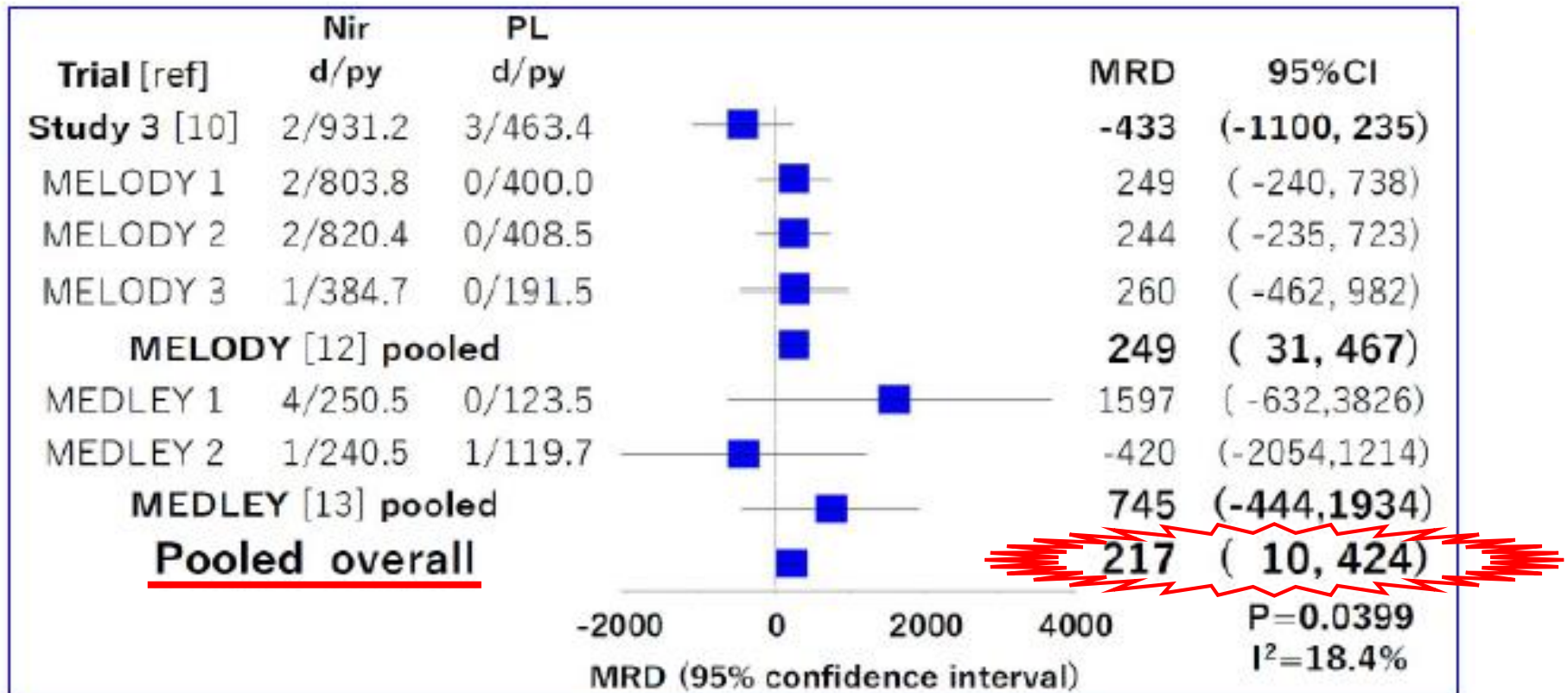
MedCheck Editorial team

Abstract

- Respiratory syncytial virus (RSV) causes respiratory tract infections, but severe cases are rare in infants. A monoclonal antibody against RSV, palivizumab, has been administered monthly to high-risk children.
- Nirsevimab (Beyfortus[®]), available since May 2024, maintains effective blood concentrations for several months after a single injection. It was approved for use in both high-risk children and full-term healthy infants.
- Approval for full-term healthy infants is based on a randomized controlled trial (RCT), which showed reduced RSV-related hospitalizations compared with the placebo group. However, while no deaths occurred in the placebo group, five deaths were reported in the nirsevimab group, indicating a higher mortality rate.
- In an RCT comparing nirsevimab with placebo in preterm infants, and in another RCT comparing it with palivizumab in high-risk infants having congenital heart disease (CHD), RSV related hospitalizations were reduced. However, the mortality rate tended to increase.
- A combined analysis of three major RCTs by us revealed a significantly higher mortality rate, likely due to an increase in non-RSV related conditions, particularly thrombosis.

Conclusion: Nirsevimab should not be used in any infants including for universal immunization

Figure 1: All-cause mortality rate differences in three pivotal RCTs of nirsevimab



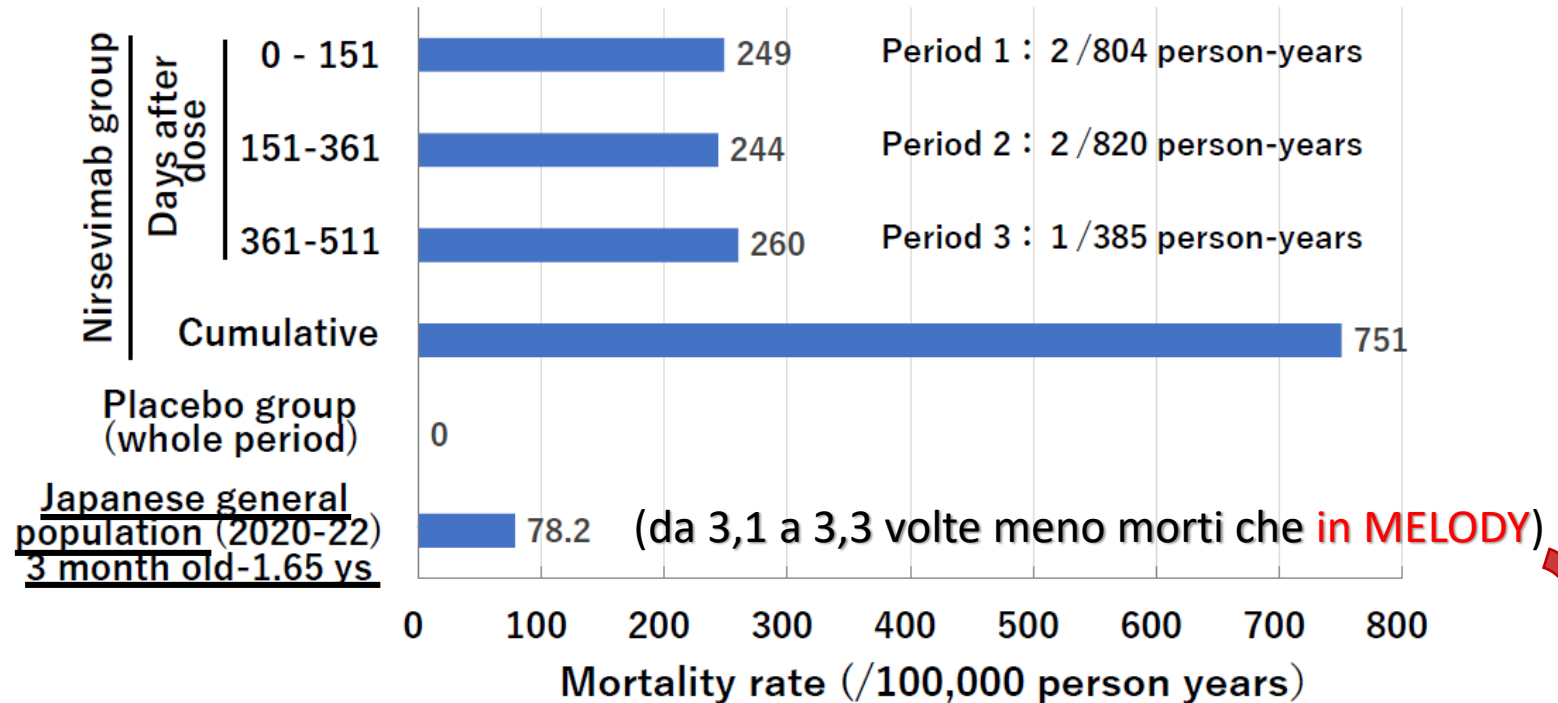
Nir: nirsevimab, PL: placebo, d: number died, py: person-years (x 100.000),
MRD: mortality rate difference, 95%CI: 95% confidence interval,
All pooled MRD were calculated as Fixed effects by StatsDirect 3.3.6.

P value for pooled MELODY trial was 0.0254 (I²=0%),

P value for pooled MEDLEY trial was 0.2197 (I²=62.9%).

Created by MedCheck using data from 3 pivotal RCTs of nirsevimab [10-13].

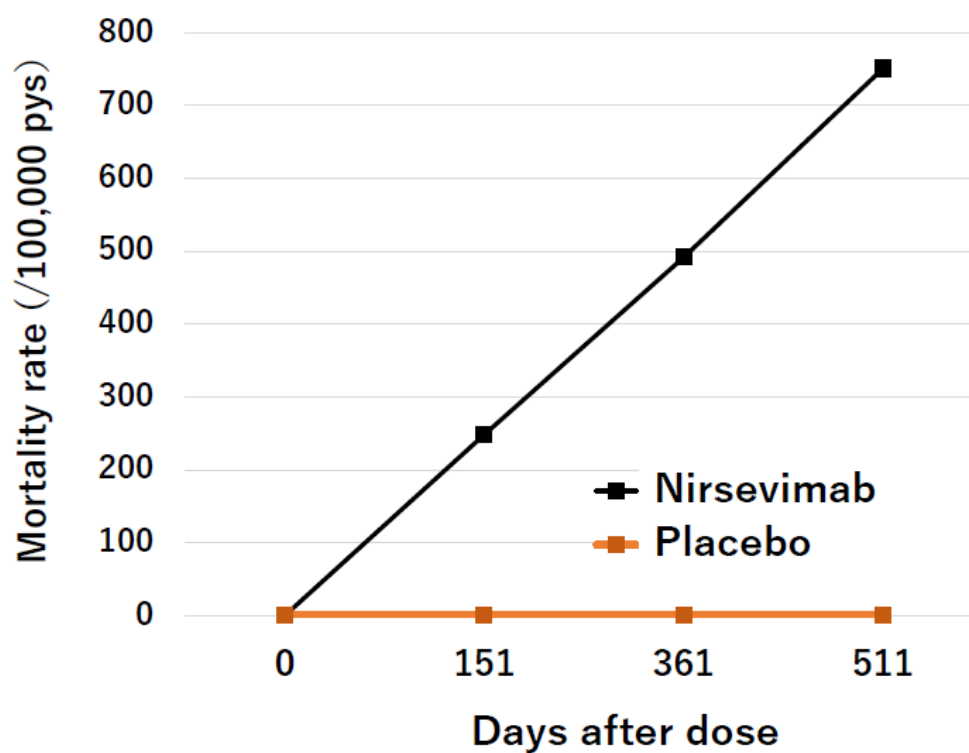
Appendix 6 : Mortality rate by period and cumulative mortality rate in MELODY trial



Created by MedCheck using data from 12) Muller WJ et al N Engl J Med 2023; 288 (16): 1533-1534 + supplementary appendix

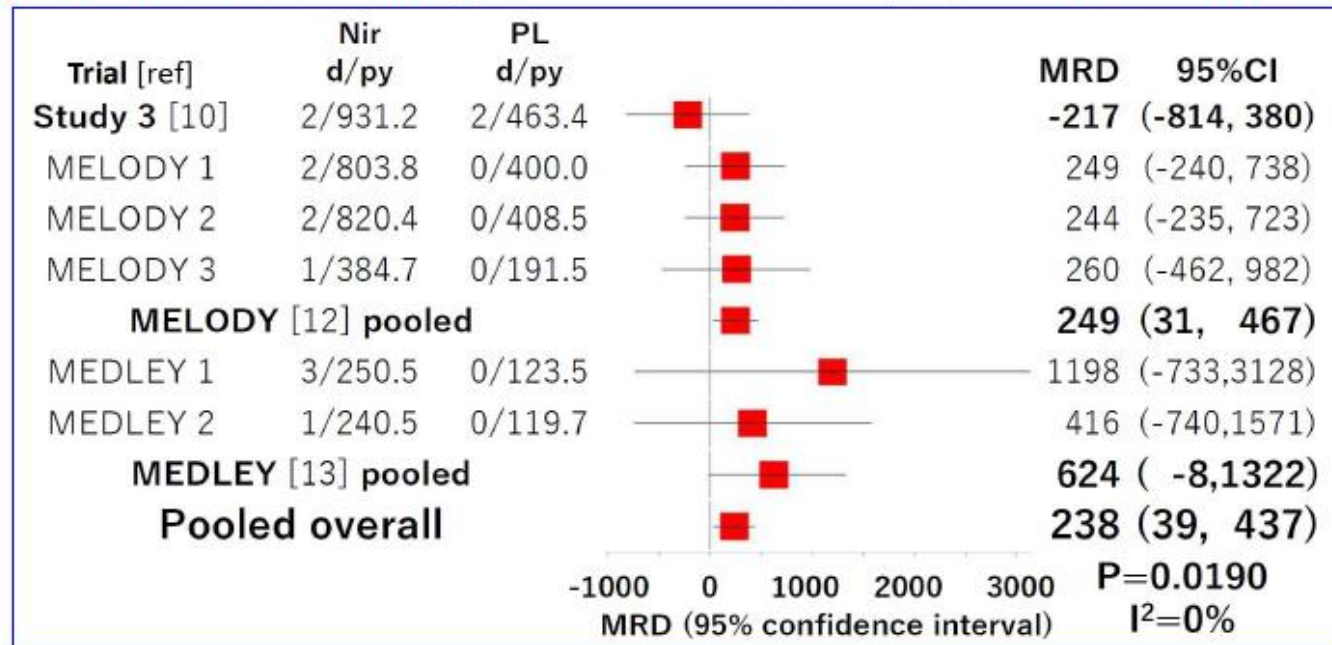
Ma **avrebbe dovuto essere l'opposto**, perché in MELODY erano sani, mentre nella popolazione generale ci sono anche i malati (che muoiono di più...)

Appendix 6 : Cumulative mortality rate of MELODY trial



Created by MedCheck using data from 12) Muller WJ et al N Engl J Med 2023; 288 (16): 1533-1534 + supplementary appendix

Figure 2: Non-RSV related mortality rate differences in three pivotal RCTs of nirsevimab: meta-analysis



Nir: nirsevimab, PL: placebo, d: number died, py: person-years, MRD: mortality rate difference, 95%CI: 95% confidence interval. All pooled MRD were calculated as Fixed effects by StatsDirect 3.3.6. P value for pooled MELODY trial was 0.0254 ($I^2=0\%$), P value for pooled MEDLEY trial was 0.0802 ($I^2=0\%$). Created by MedCheck using data from 3 pivotal RCTs of nirsevimab [10-13].

Nirsevimab reduces RSV-associated lower respiratory tract infection and hospitalizations in both high-risk and healthy infants. It also appears to be convenient as requiring a single injection. However, **when used in healthy infants, nirsevimab had higher risk inducing death**, particularly **from non-RSV-related causes such as thrombosis**. Due to **[n.d.r. possible] increased mortality**, nirsevimab should not be used.

OPEN

The Pediatric Infectious Disease Journal 37, (9) 2018

Safety, Tolerability and Pharmacokinetics of MEDI8897, an Extended Half-life Single-dose Respiratory Syncytial Virus Prefusion F-targeting Monoclonal Antibody Administered as a Single Dose to Healthy Preterm Infants

Joseph B. Domachowske, MD,* Anis A. Khan, PhD,† Mark T. Esser, PhD,† Kathryn Jensen, MS,† Therese Takas, BS,† Tonya Villafana, PhD, MPH,† Filip Dubovsky, MD, MPH,† and M. Pamela Griffin, MD†

(da Dr. Stocco)

Conclusions:
MEDI8897 (ndr: poi Nirsevimab) had a favorable safety profile in

healthy preterm infants. ... **demonstrated RSV-neutralizing activity support protection from RSV** for the duration of a typical 5-month season after a 50 mg IM dose.

TABLE 3. Safety

Subjects With ≥1 Event, n (%)	MEDI8897				Total (N = 71)
	Placebo (n = 18)	10 mg (n = 8)	25 mg (n = 31)	50 mg (n = 32)	
Any TEAE	17 (94.4)	5 (62.5)	31 (100.0)	30 (93.8)	66 (93.0)
AE related to study drug	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (6.5)	3 (9.4)	5 (7.0)
AE grade ≥3 severity	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.2)	1 (3.1)	2 (2.8)
SAE*	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.2)	2 (6.3)	3 (4.2)
SAE* and/or AE grade ≥3 severity	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.2)	2 (6.3)	3 (4.2)

TABLE 4. TEAEs Occurring in >10% of the MEDI8897 Total Group and With a ≥5% Difference Between Any MEDI8897 Group and Placebo Through Day 361

Subjects With ≥1 Event, n (%)	Placebo (n = 18)	10 mg (n = 8)	25 mg (n = 31)	50 mg (n = 32)	Total (N = 71)
Bronchiolitis	1 (5.6)	3 (37.5)	3 (9.7)	6 (18.8)	12 (16.9)

Regione Toscana (ott. 2024)

INFORMAZIONI SULLA PROFILASSI CON NIRSEVIMAB CONTRO L'INFEZIONE DA VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE (VRS)

Il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS o RSV) è uno dei principali agenti patogeni che colpiscono le vie respiratorie nei bambini più piccoli. Più della metà dei bambini contrae il VRS entro il compimento di un anno di età, quasi tutti si infettano almeno una volta entro il compimento dei due anni di età. Si tratta di infezioni che vanno dal semplice raffreddore a quadri più severi di bronchiolite e polmonite con febbre, tosse e difficoltà respiratoria che necessitano di ospedalizzazione e, nel 20% dei casi, di ricovero in reparti di terapia intensiva.

Il rischio di infezione severa da VRS dipende da più fattori, tra cui in particolare:

- stagionalità: in Italia solitamente i sei mesi compresi tra ottobre/novembre e marzo/aprile,
- età inferiore ad un anno di vita, in particolare nei primi tre mesi.

Non vi sono ad oggi terapie specifiche per la cura di infezioni gravi da RSV e pertanto la cura di tali forme di malattia delle basse vie respiratorie si limita più spesso a terapie sintomatiche e misure di supporto (idratazione e ossigeno).

PROFILASSI CON ANTICORPO MONOCLONALE

L'Agenzia Europea per i Medicinali, nell'ottobre 2022, e l'Agenzia Italiana del Farmaco, nel gennaio 2023, hanno approvato un nuovo farmaco, **Nirsevimab**, un anticorpo monoclonale che, somministrato in un'unica dose all'inizio della stagione epidemica, garantisce protezione dall'infezione severa da VRS per almeno 5 mesi. Questo farmaco ha dimostrato di essere sicuro ed efficace nel prevenire oltre l'80% delle infezioni delle basse vie respiratorie e nel ridurre le ospedalizzazioni nei bambini immunizzati, rispettivamente dell'87,6% nei reparti pediatrici e del 90,1% in terapia intensiva.

Alla luce dei dati di sicurezza ed efficacia, la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI), la Società Italiana di Pediatria (SIP), la Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP), la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG) e la Società Italiana di Neonatologia (SIN) sostengono all'unanimità la strategia di prevenzione universale delle malattie da VRS tramite immunizzazione con Nirsevimab, come riportato nel documento “Posizione del Board del Calendario Vaccinale per la Vita e della Società Italiana di Neonatologia sul possibile utilizzo di anticorpi monoclonali a lunga emivita per la prevenzione universale delle malattie da Virus Respiratorio Sinciziale (VRS o RSV) nel neonato” (pubblicato a febbraio 2023 e riportato anche alla pagina <https://sip.it/2023/02/17/vrs-calendario-per-la-vita-e-sin/>).

Diverse nazioni europee, fra cui la Francia e la Spagna, hanno già introdotto la profilassi universale dei neonati e dei bambini nel primo anno di vita con Nirsevimab nei piani nazionali di prevenzione e la Valle d'Aosta è stata la prima regione in Italia ad offrire questa profilassi a tutti i nuovi nati a partire dalla stagione epidemica 2023-2024.

Nirsevimab viene somministrato dal medico o dall'infermiere come singola iniezione nel muscolo della coscia.

Gli effetti indesiderati, non comuni (possono interessare fino a 1 bambino su 100), possono comprendere:

- eruzione cutanea;
- reazione in sede di iniezione (ovvero arrossamento, gonfiore e dolore nel sito in cui viene somministrata l'iniezione);
- febbre.

Eccezionalmente, come per ogni farmaco, possono manifestarsi reazioni allergiche gravi immediate come le reazioni anafilattiche; per tali evenienze la Struttura che esegue la somministrazione dispone dei presidi terapeutici atti a far fronte all'emergenza (adrenalina, antistaminici, cortisonici, ossigeno, etc.).

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI
ANTICORPO MONOCLONALE NIRSEVIMAB PER LA PROFILASSI
DELL'INFEZIONE DA VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE**

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

....

DICHIARO/DICHIARIAMO

di aver ricevuto informazioni sulla/e malattia/e da prevenire, sulle caratteristiche del farmaco Nirsevimab impiegato e sui benefici e potenziali rischi della profilassi sopra indicata anche con l'ausilio della lettura del foglio informativo messo a disposizione;

di aver ricevuto informazioni sui motivi che consigliano la profilassi proposta e le conseguenze sulla salute di mio figlio/a in caso di rifiuto;

di aver avuto la possibilità di fare domande relativamente alle informazioni ricevute e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimento relativamente alla/e malattia/e da prevenire, caratteristiche del farmaco impiegato, benefici e potenziali rischi e complicanze della immunizzazione;

di aver fornito correttamente le informazioni sullo stato attuale di salute mio/di mio figlio/a o della persona che rappresento legalmente;

di essere stato informato/a che in base all'anamnesi relativa alla salute di mio figlio/mia figlia/ persona che rappresento, non ci sono controindicazioni note, ad oggi, nei confronti del farmaco proposto;

di aver avuto informazioni sulla necessità di trattenere mio figlio/la persona che rappresento legalmente in ambulatorio per almeno 15 minuti, dopo la profilassi e di dover comunicare eventuali reazioni avverse;

pertanto

☐ esprimo/esprimiamo il consenso all'effettuazione della profilassi sopra indicata

☐ non esprimo/non esprimiamo il consenso all'effettuazione della profilassi sopra indicata

Alberto Donzelli, coordinatore Commissione
Medico-Scientifica indipendente (CMSi)



Temi di presentazione (evento CONDAV)

Punti chiave, in grado di cambiare i giochi

- Punto 1: Vaccinazione antinfluenzale di anziani, bambini, donne incinte
da riservare solo ai pochi che ne possono avere beneficio!
- Punto 2: Vaccini COVID-19 ed effetti su infezione e trasmissione
Non le riducono, ma nel tempo le aumentano!
Implicazioni per le vaccinazioni pediatriche obbligatorie

Campagna antinfluenzale 2024-2025. "Vaccinarsi per difendere la salute di tutti". L'invito della SItI

QS 07 ottobre 2024

"Oltre alla protezione personale, vaccinarsi aiuta a ridurre la pressione sui Pronto Soccorso e sui reparti ospedalieri, abbassando i costi sanitari e migliorando la produttività tramite riduzione dell'assenteismo scolastico e lavorativo" sottolinea Siliquini, Presidente della Società Italiana D'igiene

I destinatari principali a cui la campagna si rivolge sono persone dai 60 anni in su, donne in gravidanza, bambini dai 6 mesi ai 6 anni, soggetti di tutte le età con condizioni croniche che aumentano il rischio di complicanze, nonché i loro familiari e contatti stretti. La vaccinazione è inoltre raccomandata e offerta attivamente e gratuitamente a chi lavora in settori strategici come la sanità, le forze dell'ordine e i vigili del fuoco, altre categorie socialmente utili e ai lavoratori a contatto con animali.



Prof. Signorelli

https://www.adnkronos.com/salute/vaccini-signorelli-nitag-anziani-piu-longevi-e-in-buona-salute-se-immunizzati_2Ux6yTuc6YODExj3ljPeCI?refresh_ce

Vaccini, Signorelli (Nitag): "Anziani più longevi e in buona salute se immunizzati"

Ord. Igiene S. Raffaele

... **influenza, Covid-19, Herpes zoster e antipneumococco** cui **potrebbe aggiungersi** anche la vaccinazione contro il **virus respiratorio sinciziale**. ... **Solo l'influenza raggiunge livelli decenti di copertura, superiore al 50%".** Per "tutti gli altri bisogna lavorare, convincendo la popolazione, coinvolgendo medici di famiglia, ospedali e farmacie... per aumentare le coperture che portano **sicuramente** a un miglioramento medio della salute della popolazione anziana"

Come possono i decisori giustificare la colossale promozione della vaccinazione antinfluenzale annuale se la base di prove di migliore qualità è quasi vuota?

[TOM JEFFERSON](#) [CARL HENEGHAN](#) OCT 30, 2024



Esempio di logica incoerente e di errori in Germania

(Robert Koch Institute, come nostro ISS):

«Per la vaccinazione antinfluenzale in gravidanza le industrie farmaceutiche riportano che non ci sono studi sulla sicurezza dei vaccini, perciò **non si conosce l'esistenza di danni, perciò (!?! non ci sono controindicazioni)**»

Il **messaggio** pare essere: **non danni noti = benefici (!)**

Il documento NACI (equivalente all'ACIP dei CDC USA per il Canada):

«Non ci sono RCT per valutare l'efficacia del vaccino influenzale in gravidanza. Una rassegna di studi retrospettivi non mostra differenze nell'incidenza di ILI od ospedalizzazioni con le principali diagnosi di influenza o polmonite (non comuni con o senza vaccinazioni), ma ha potenza insufficiente...

(Però) **si raccomanda la vaccinazione in gravidanza.**»

Qui il **concetto** pare essere: **nessun effetto = beneficio (!!)**.

The year	2015	2016	2017	2018
J09-J11 Morti reali da influenza in Inghilterra →	284	430	458	1.598
J09-J18	14,460	13,677	13,746	14,708
Deaths due to bacterial, fungal or viral pneumonias where influenza was not present or identified*	14,176	13,247	13,288	13,110

*(J09-J11 minus J12-J18)

Policy vs Evidence for Influenza Vaccines [TOM JEFFERSON](#) OCT 25, 2024

In my **BMJ** article, I reported what the good-quality evidence concluded: no apparent benefits, apart from sporadic case prevention (**33 to 99 healthy adults must be vaccinated to avoid one case**).

It is hardly an endorsement, as **trials did not show or test benefits against transmission or complications.**



Ma ora ecco una metanalisi (analisi combinata) di RCT sulla mortalità!



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



Original Investigation | Cardiology

Association of Influenza Vaccination With Cardiovascular Risk A Meta-analysis

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

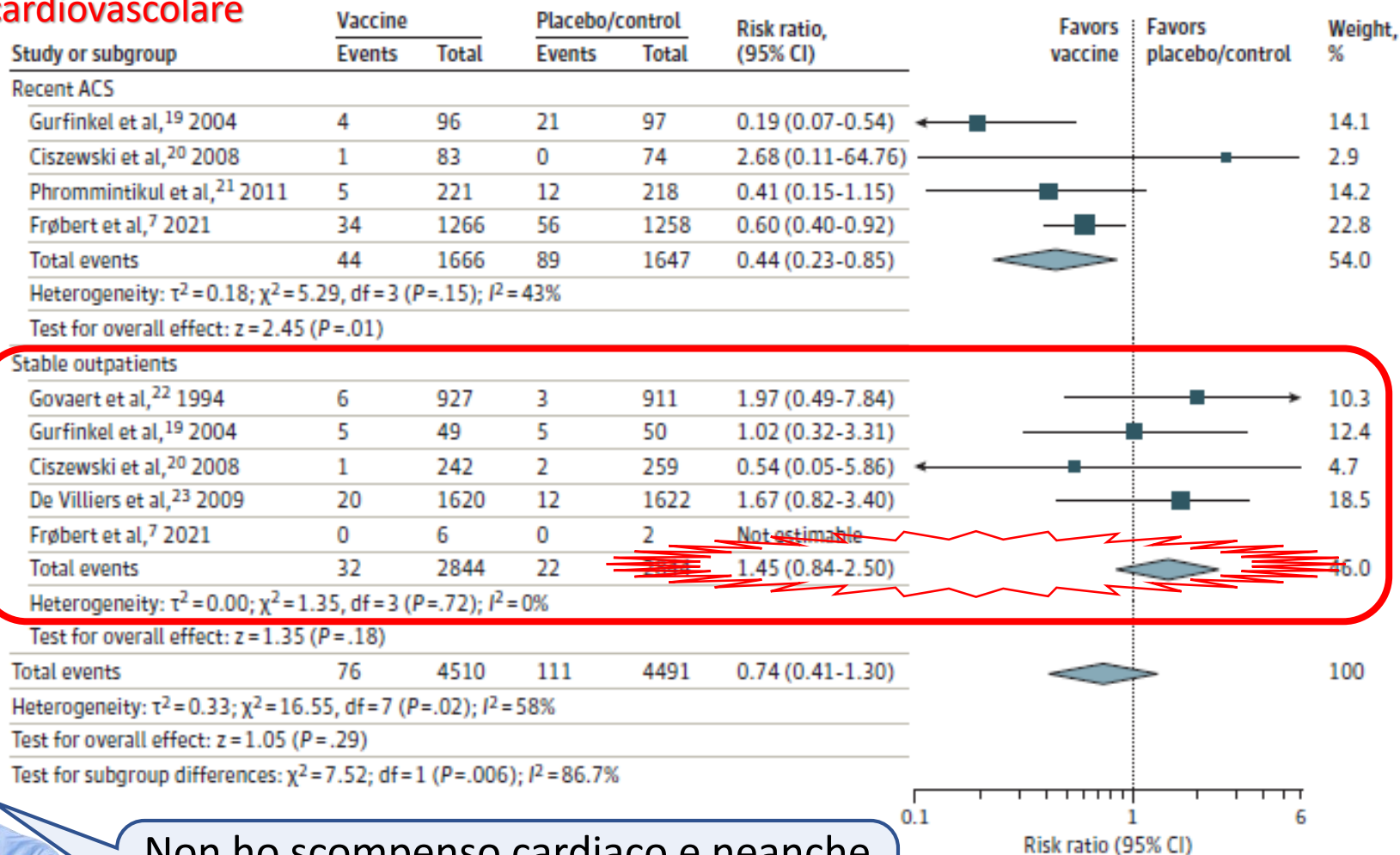
Meaning These results suggest that clinicians and policy makers should continue to counsel high-risk patients on the cardiovascular benefits of seasonal influenza vaccination.

Ma gli *'high-risk patients'* sono **solo** quelli con **sindrome coronarica acuta** (infarto o angina instabile) **nell'ultimo anno**.

Per gli altri la mortalità cardiovascolare è aumentata in tendenza del 45% con la vaccinazione antinfluenzale

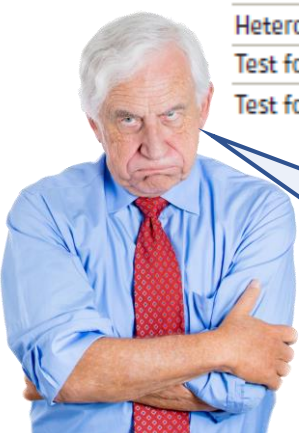
Figure 3. Cardiovascular Mortality Comparing Influenza Vaccine vs Control Stratified by History of Recent Acute Coronary Syndrome (ACS)

Mortalità cardiovascolare



pazienti
stabili a
domicilio

mortalità
+45% (ns)



Non ho scompenso cardiaco e neanche un infartino: **ho diritto di sapere che il rischio potrebbe aumentare**

COMMENT & RESPONSE

Influenza Vaccine in High-Risk Cardiovascular Diseases—Define the Target

To the Editor I read with interest the secondary analysis of the INVESTED randomized clinical trial (RCT) by Peikert et al.¹ In the introduction, the authors state “Patients with cardiovascular disease are at increased risk for influenza-related complications. Influenza vaccination has been shown to reduce adverse cardiovascular events....” The second part of this statement is only partly supported by evidence from the most valid studies, ie, RCTs. Indeed, the authors¹ cite only a meta-analysis of RCTs in high-risk patients published in 2013.² Its update³ shows clear advantages only for individuals with recent acute coronary syndrome (ACS): 45% lower risk of major adverse cardiovascular events. Instead, it detected a significant treatment interaction in a subgroup analysis of stable outpatients without recent ACS (5688 patients; 1.7% risk of major adverse cardiovascular events for both vaccine and placebo/control; risk ratio, 1.00; 95% CI, 0.68-1.47; $I^2 = 0\%$; $P = .98$; P for interaction = .02) (Figure 2).

Moreover, in 5 RCTs with identical total number of patients comparing cardiovascular mortality with influenza vaccine vs control stratified by history of recent ACS, in stable patients, the nonsignificant difference favored controls; risk ratio, 1.45 (95% CI, 0.84-2.50) with 32 vs 22 cardiovascular deaths, respectively.

Another RCT⁴ that studied whether influenza vaccination reduces death and vascular events in patients with heart failure suggested a possible benefit, although the prespecified coprimary outcomes during the entire observation period were not statistically significant.

In the previous INVESTED trial,⁵ correctly focusing on patients with proven benefits from influenza vaccination, ie, with recent acute myocardial infarction or heart failure hospitalization, high-dose trivalent compared with standard-dose quadrivalent influenza vaccine did not significantly reduce all-cause mortality or cardiopulmonary hospitalizations. If anything, high-dose vaccine did not significantly increase the primary outcome (event rate, 45 vs 42 per 100 patient-years; hazard ratio, 1.06; 95% CI, 0.97-1.17; $P = .21$) and vaccine-related adverse events: 40.5% vs 34.4%.

JAMA Cardiology Published online October 16, 2024

This prespecified secondary analysis of INVESTED¹ examines the antibody response to high-dose trivalent compared with standard-dose quadrivalent influenza vaccine and its association with clinical outcomes. Despite high-dose vaccine eliciting a more robust humoral response, there was no association between seroconversion status and the risk for cardiopulmonary hospitalizations or all-cause mortality. Disappointingly, if anything, seroconversion for any antigen was associated with a nonsignificantly higher risk for cardiopulmonary hospitalizations or all-cause mortality (hazard ratio, 1.09; 95% CI, 0.79-1.53).

The authors' conclusion, “Vaccination to prevent influenza remains critical in high-risk populations,”¹ is supported in the patients with recent acute myocardial infarction or heart failure hospitalization included in the INVESTED trial, without the need to use high-dose vaccines.

Alberto Donzelli, MD

Author Affiliation: Scientific Committee of the Foundation Allineare Sanità e Salute, Milano, Italy.

Corresponding Author: Alberto Donzelli, Allineare Sanità e Salute, Via Ricordi 4 - 20131 Milano, Italy (Info@fondazioneallinearesanitaesalute.it).

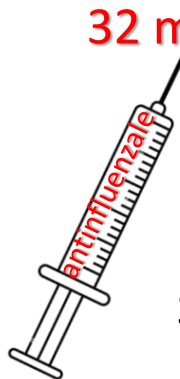
Published Online: October 16, 2024. doi:10.1001/jamacardio.2024.3466

Conflict of Interest Disclosures: None reported.

Metanalisi di RCT → massima validità!
due gruppi di anziani con pari caratteristiche
e identica numerosità

Gruppo A
32 morti

Gruppo B
22 morti



Sapendolo prima, quale scegliereste?

Influenza Vaccine in High-Risk Cardiovascular Diseases—Define the Target—Reply [Alexander Peikert, MD¹](#); [Scott D. Solomon, MD²](#); [Orly Vardeny, PharmD, MS³](#)

Respiratory infections such as influenza are recognized risk factors that can destabilize chronic CAD with a substantially increased risk for acute MI.³ **[non è il punto!]**

Despite the potentially greater relative risk reductions observed in high-risk patients with recent ACS, there is evidence from RCTs suggesting that the benefits of influenza vaccination on major adverse CV events also extend to individuals with stable coronary artery disease.⁴

[⁴ è FLUCAD: 1 dei 6 RCT inclusi nella metanalisi !!]

della serie: prendere per scemi?

The 2019 European Society of Cardiology guidelines and 2023 American Heart Association/American College of Cardiology/American College of Clinical Pharmacy/American Society of Preventive Cardiology/National Lipid Association/Preventive Cardiovascular Nurses Association guidelines for the management of CAD **recommend annual influenza vaccinations to reduce CV morbidity, mortality, and all-cause mortality.** Additionally, the **WHO recommends yearly influenza vaccination for everyone 6 months and older** to prevent acute influenza infections and related complications, comprising all potential individuals at risk at or with established CVD.

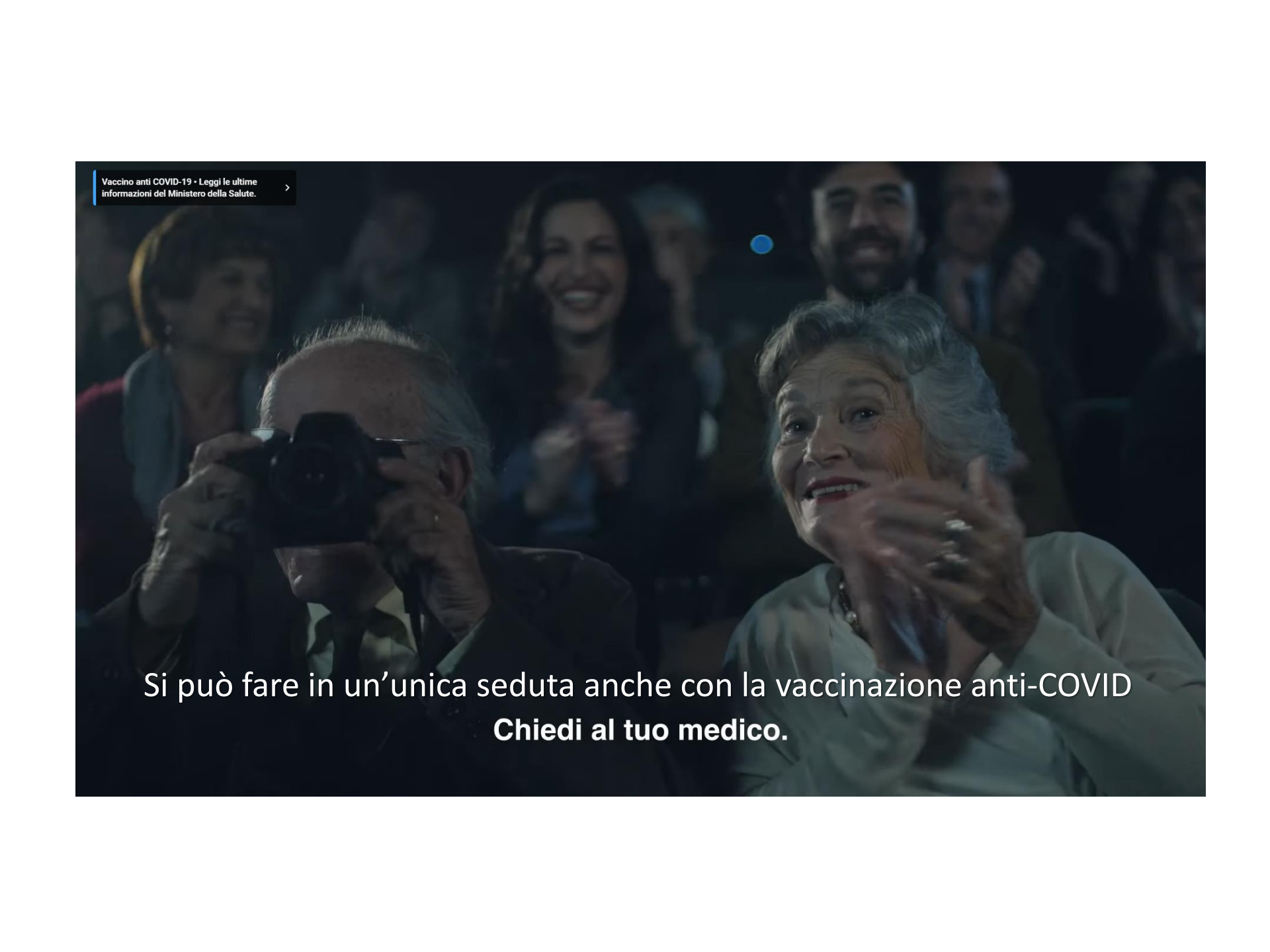
Se lo dicono tutte queste Autorità è vero sicuro!

Influenza. Il Ministero della Salute lancia la
campagna vaccinale per il 2024. Ecco lo spot





Vaccinarsi contro l'influenza stagionale protegge



Vaccino anti COVID-19 • Leggi le ultime
informazioni del Ministero della Salute. >

Si può fare in un'unica seduta anche con la vaccinazione anti-COVID
Chiedi al tuo medico.



Campagna contro l'influenza stagionale 2024

Vaccino anti COVID-19 • Leggi le ultime
informazioni del Ministero della Salute.



Condividi



Ministero della Salute

**Il MinSal dovrebbe avere anche consiglieri che conoscano l'evidence
e che la sappiano valutare...**

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

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

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

Prof. Benjamin
John Cowling



TIV (trivalent inactivated influenza vaccine)
contro Placebo:

Influenza stagionale -30 casi

Virus non influenzali +302 casi

(di cui **Rinovirus +171**

Coxsackie/ecovirus +160

Altri virus respirat. +68)

Mal. resp. virus non identif. -43

Mal. resp. campioni non raccolti -28

Virosi totali: TIV +201

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

CID 2013:56 (15 May) DOI: 10.1093/cid/cit060

Influenza Vaccine Effectiveness in the Community and the Household

Suzanne E. Ohmit,¹ Joshua G. Petrie,¹ Ryan E. Malosh,¹ Benjamin J. Cowling,² Mark G. Thompson,³ David K. Shay,³ and Arnold S. Monto¹

¹Department of Epidemiology, University of Michigan School of Public Health, Ann Arbor; ²School of Public Health, Li Ka Shing Faculty of Medicine, The University of Hong Kong, Hong Kong Special Administrative Region, China; and ³Influenza Division, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia

(See the Editorial Commentary by Treanor and Szilagyi on pages 1370–2.)

Background. There is a recognized need to determine influenza vaccine effectiveness on an annual basis and a long history of studying respiratory illnesses in households.

Methods. We recruited 328 households with 1441 members, including 839 children, and followed them during the 2010–2011 influenza season. Specimens were collected from subjects with reported acute respiratory illnesses and tested by real-time reverse transcriptase polymerase chain reaction. Receipt of influenza vaccine was defined based on documented evidence of vaccination in medical records or an immunization registry. The effectiveness of 2010–2011 influenza vaccination in preventing laboratory-confirmed influenza was estimated using Cox proportional hazards models adjusted for age and presence of high-risk condition, and stratified by prior season (2009–2010) vaccination status.

Results. Influenza was identified in 78 (24%) households and 125 (9%) individuals; the infection risk was 8.5% in the vaccinated and 8.9% in the unvaccinated ($P = .83$). Adjusted vaccine effectiveness in preventing community-acquired influenza was 31% (95% confidence interval [CI], –7% to 55%). In vaccinated subjects with no evidence of prior season vaccination, significant protection (62% [95% CI, 17%–82%]) against community-acquired influenza was demonstrated. Substantially lower effectiveness was noted among subjects who were vaccinated in both the current and prior season. There was no evidence that vaccination prevented household transmission once influenza was introduced; adults were at particular risk despite vaccination.

Conclusions. Vaccine effectiveness estimates were lower than those demonstrated in other observational studies carried out during the same season. The unexpected findings of lower effectiveness with repeated vaccination and no protection given household exposure require further study.

Non c'era
nessuna
prova che la
vaccinazione
prevenisse la
trasmissione
dell'influenza
(una volta
introdotta
nella famiglia)

Anzi... →

Table 2. Estimates of Vaccine Effectiveness in Preventing Community-Acquired and Household-Acquired Influenza

Analysis Set	Influenza Positive No./ Total No. (%)	Vaccine Effectiveness ^a (VE%) ^b			
		Unadjusted	<u>Adjusted 1^c</u>	Stratified by Prior (2009–2010) Seasonal Vaccine Receipt ^d	
				<u>Prior Season: Vaccinated VE% (95% CI)</u>	Prior Season: Nonvaccinated VE% (95% CI)
Community-acquired influenza ^e					
All ages	97/1441 (6.7)	17 (–27 to 46)	31 (–7 to 55)	–45 (–226 to 35)	62 (–7–82)
<9 y	55/468 (11.8)	30 (–27 to 61)	30 (–27 to 61)	–148 (–959 to 42)	53 (–19 to 81)
9–17 y	21/371 (5.7)	11 (–103 to 61)	33 (–62 to 72)	–6 (–291 to 71)	89 (–85 to 98)
≥18 y	21/602 (3.5)	44 (–37 to 77)	39 (–49 to 75)	17 (–328 to 84)	79 (–65 to 97)
Community-acquired influenza A/H3N2	42/1441 (2.9)	–1 (–93 to 48)	10 (–74 to 54)	–34 (–323 to 58)	37 (–84 to 78)
Community-acquired influenza A/H1N1	21/1441 (1.5)	6 (–121 to 60)	26 (–68 to 67)	–6 (–387 to 77)	70 (–131 to 96)
Community-acquired influenza B	37/1441 (2.6)	36 (–30 to 68)	48 (–5 to 75)	–166 (–1937 to 65)	61 (–2 to 92)
<u>Household-acquired influenza^f</u>					
All ages	26/267 (9.7)	–67 (–286 to 28)	–51 (–254 to 36)		
<9 y	14/84 (16.7)	10 (–167 to 70)	27 (–126 to 28)		
9–17 y	2/55 (3.6)	17 (–1196 to 95)	0 (–826 to 89)		
≥18 y	10/128 (8.5)	–260 (–1618 to 23)	–283 (–1733 to 20)		

Household Influenza Vaccine Effectiveness (HIVE) study, Ann Arbor Michigan, 2010–2011 influenza season.

Abbreviations: CI, confidence interval; VE, vaccine effectiveness.

^a Effectiveness of at least 1 dose of influenza vaccine ≥14 days before illness onset in preventing laboratory-confirmed influenza.

^b VE% = 100*(1 – hazard ratio).

^c Model adjusted for age in years and medical record documented high-risk health status (present/absent).

^d Model stratified by 2009–2010 seasonal vaccination status, and adjusted for age and high-risk health status.



E le donne incinte?

uno studio precedente ha ipotizzato che l'healthy-vaccinee bias possa operare con forza nelle donne in gravidanza.⁷

In effetti, le donne più istruite e più attente alla salute, con comportamenti più sani in generale e che cercano una migliore assistenza medica, potrebbero aderire maggiormente alla vaccinazione antinfluenzale, sempre più raccomandata da medici, società professionali e autorità sanitarie pubbliche.¹¹

Ad esempio, ci sono prove che le donne incinte che ricevono una raccomandazione per il vaccino antinfluenzale da ostetrici o ginecologi hanno da 5 a 50 volte più probabilità di essere vaccinate.¹¹



Take a flu shot!

Prove da Studi Clinici Randomizzati Controllati (RCT)

Per le ragioni sopra esposte, prima di raccomandare una vaccinazione di massa (a maggior ragione di un target così sensibile) in tutto il mondo, sembra logico richiedere anche prove valide, forti e coerenti da RCT.

Consapevole di ciò, la Fondazione Bill & Melinda Gates (BMGF) ha finanziato tre grandi RCT per confermare tali requisiti in contesti a basso reddito.

BILL &
MELINDA
GATES
foundation



Due rassegne sistematiche Cochrane^{16 17} hanno valutato l'impatto della vaccinazione antinfluenzale durante il secondo-terzo trimestre di gravidanza sui risultati di salute materna, neonatale e infantile rispetto al placebo/controllo, trovando solo un RCT di alta validità, a "basso rischio di bias".

Nei 4 RCT (**Sponsor BMGF**) che dovevano sancire l'utilità della antinfluenzale in gravidanza si è avuto in tendenza un **eccesso di 24 morti nella prole delle vaccinate**, e un eccesso tendenziale di **effetti avversi gravi**, in tutti i RCT, **significativo** nel RCT più grande. Pretendiamo RCT indipendenti prima di proseguire, **non giriamo la testa dall'altra parte!**

Con antinfluenzale **donne** lieve eccesso mortalità e molti + effetti/reaz. avverse

Madhi	Matflu, 2014 [18]	<i>New Engl J Med</i>	NNV = 55 (mothers), 56 (children) Severe safety signals (no significant differences): (influenza vaccinated vs. placebo) Maternal deaths: 4 vs 0 Maternal hospitalization for any infection: 16 vs. 7 Miscarriages: 3 vs. 5 (47) Stillbirths: 15 vs. 9 Infant deaths: 15 vs. 21 Infant hospitalization for sepsis in the first 28 days of birth: 16 vs. 10 Infant hospitalization for meningitis in the first 28 days: 6 vs. 2
Steinhoff	Nepalese trial, 2017 [20]	<i>Lancet Infect Dis</i>	NNV = about 20 (not specified) Severe safety signals (no significant differences): (influenza vaccinated vs. placebo) Maternal deaths 3 vs 5 in the abstract (2 vs. 5 in <i>STable2</i>) Miscarriages: 5 vs. 3 Stillbirths: 33 vs. 31 Infant deaths: 61 vs. 50 in the abstract (60 vs. 51 in <i>STable2</i>) Congenital defects: 20 vs. 18
Zaman	Mother'sGift project, 2008 [27]	<i>New Engl J Med</i>	NNV = 17 Severe safety signals (no significant differences): (influenza vaccinated vs. pneumococcal) Maternal deaths: 0 vs. 0 Fetal + infant deaths: 4 vs. 2
Tapia	Mali trial, 2016 [28]	<i>Lancet Infect Dis</i>	NNV = 99 Severe safety signals (no significant differences, except presumed serious neonatal infections and total SAEs): (influenza vaccinated vs. meningococcal) Maternal deaths 1 vs 0 (in Table S6: SAEs in participating women 'at any time after vaccination until 6 months post-partum'), but 2 vs. 3 (in the article) Stillbirths: 24 vs. 30 Infant deaths: 52 vs. 37 Presumed serious neonatal infections: 60 vs. 37 ($p = 0.02$) Total SAEs: 225 vs. 175 ($p = 0.01$); excluding major congenital malformations 219 vs. 171 ($p = 0.015$)
Simões	Matflu (reanalysis) 2019 [29]	<i>Vaccine</i>	Serious safety signals (no significant differences): (influenza vaccinated vs. placebo) Fetal death: 16 vs. 13 (RR 1.21) Preterm birth: 100 vs. 80 (RR 1.22) Low birth weight: 123 vs. 107 (RR 1.21) Small for gestational age: 156 vs. 138 (RR 1.21)

L'associazione di mio- pericarditi pediatriche con COVID e vaccini

[OpenSAFELY: Effectiveness of COVID-19 vaccination in children and adolescents](#)

medRxiv

THE PREPRINT SERVER FOR HEALTH SCIENCES



BMJ Yale

Hi

Follow this preprint

OpenSAFELY: Effectiveness of COVID-19 vaccination in children and adolescents

Colm D Andrews, Edward P K Parker, Elsie Horne, Venexia Walker, Tom Palmer, Andrea L Schaffer, Amelia CA Green, Helen J Curtis, Alex J Walker, Lucy Bridges, Christopher Wood, Victoria Speed, Christopher Bates, Jonathan Cockburn, John Parry, Amir Mehrkar, Brian MacKenna, Sebastian CJ Bacon, Ben Goldacre, Miguel A Hernan, Jonathan AC Sterne, The OpenSAFELY Collaborative, William J Hulme

doi: <https://doi.org/10.1101/2024.05.20.24306810>

This article is a preprint and has not been peer-reviewed [what does this mean?]. It reports new medical research that has yet to be evaluated and so should not be used to guide clinical practice.

Un nuovo ampio studio su circa 1,7 milioni di bambini, non ancora pubblicato nella letteratura scientifica peer-reviewed, conferma che **il 100% dei casi di mio/pericardite ha riguardato bambini vaccinati.**

Lo [studio](#), su >1,7 milioni di bambini di 5-11 anni e adolescenti di 12-15, nel National Health Service, parte da fine agosto 2021, quando si è autorizzato il vaccino per queste età. È pubblicato su OpenSAFELY (piattaforma medica *open source* in UK, finanziata da Wellcome Trust, che ha importanti relazioni finanziarie con l'industria farmaceutica), e ha fornito prove convincenti che il **vaccino Pfizer non protegge dall'infezione per più di 14-15 settimane**.

I risultati **sfidano la narrazione secondo cui vaccinare antiCOVID i bambini proteggerà gli altri e migliorerà i risultati contro la malattia**.

I ricercatori hanno cercato di emulare un RCT confrontando soggetti che hanno ricevuto la 1ª vaccinazione con controlli non vaccinati... abbinati in base a età, sesso, regione e altre caratteristiche importanti.

Il vaccino si è associato a lieve riduzione di visite in PS e ospedalizzazioni (forse anche per *bias*, es. da 'vaccinato sano'), comunque rare in tutti i gruppi di età.

Tuttavia **i 3 morti e le 12 tra miocarditi e pericarditi** si sono verificate **solo tra i vaccinati!** Le probabilità che questo esito sia dovuto al caso sono infinitesime!!

Secondo gli autori «obiettivo dello studio era capire la VE in età pediatrica, non le miocarditi → non può dar prova di causalità» (!!)

Oggi, chi chiede a ChatGPT che cosa dice «la scienza», ottiene che le miocarditi da vaccino sarebbero meno che dopo un'infezione!



Outcome	Events / Person-years	20-week risk / 10,000 (95% CI)	Events / Person-years	20-week risk / 10,000 (95% CI)
First Dose vs Unvaccinated (N = 410,463 per group)				
	First Dose		Unvaccinated	
Positive SARS-CoV-2 test	25,287 / 45,064	1,961 (1,932-1,990)	31,209 / 40,990	1,979 (1,950 to 2,008)
COVID-19 A&E attendance	27 / 47,801	1.91 (1.23 to 2.98)	45 / 47,827	2.54 (1.83 to 3.54)
COVID-19 hospitalisation	33 / 47,799	3.09 (2.05 to 4.67)	57 / 47,826	4.23 (3.05 to 5.87)
COVID-19 critical care	0 / 47,804	-	3 / 47,837	0.24 (0.08 to 0.76)
COVID-19 death	0 / 47,804	-	0 / 47,837	-
Non-COVID-19 death	3 / 47,804	0.51 (0.16 to 1.58)	0 / 47,837	-
Fracture	1,713 / 47,624	135 (126 to 144)	1,731 / 47,633	127 (119 to 136)
A&E attendance	10,743 / 46,601	812 (792 to 834)	12,021 / 46,435	885 (864 to 907)
Unplanned hospitalisation	31,245 / 47,671	104 (96 to 112)	1,419 / 47,656	115 (107 to 123)
Pericarditis events	9 / 47,802	0.31 (0.16 to 0.61)	0 / 47,837	-
Myocarditis events	3 / 47,803	0.08 (0.03 to 0.24)	0 / 47,837	-

Ogni 100.000 vaccinati:

- 180 infezioni (solo x 2,5 mesi!)
- 6,3 visite COVID PS
- 11,4 ospedalizzazioni COVID
- 2,4 ammissioni T.I. COVID

+5,1 morti non COVID

+80 fratture

-730 visite PS

-110 ospedalizzaz. non progr

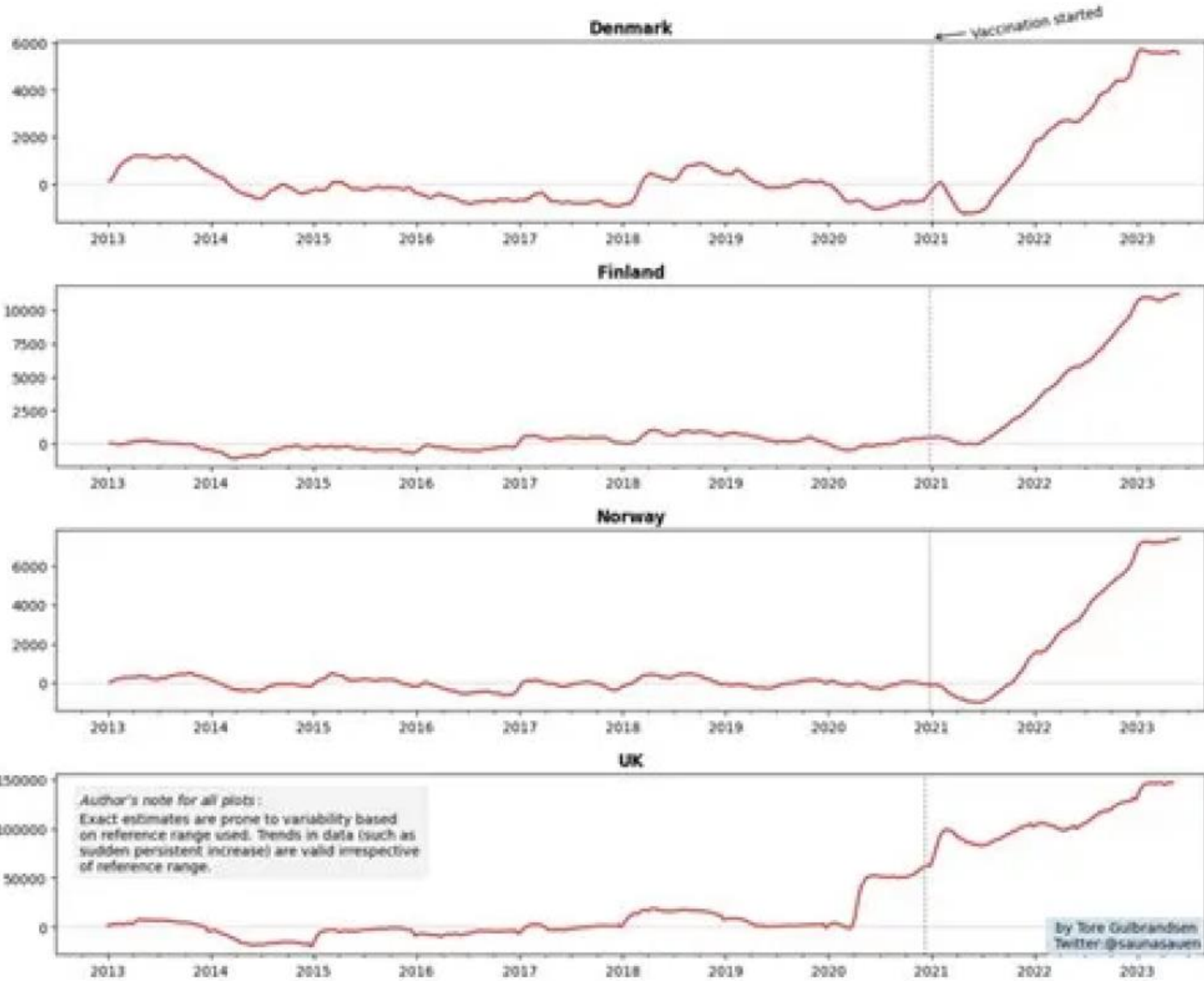
+3,1 pericarditi

+0,8 miocarditi

Outcome	RD per 10,000 people (95% CI)
Positive SARS-CoV-2 test	-18 (-59 to 23)
COVID-19 A&E attendance	-0.63 (-1.83 to 0.56)
COVID-19 hospitalisation	-1.14 (-3.02 to 0.74)
COVID-19 critical care	-0.24 (-0.52 to 0.03)
COVID-19 death	-
Non-COVID-19 death	0.51 (-0.07 to 1.09)
Fracture	8 (-4 to 20)
A&E attendance	-73 (-102 to -43)
Unplanned hospitalisation	-11 (-22 to 0)
Pericarditis events	0.31 (0.11 to 0.52)
Myocarditis events	0.08 (-0.01 to 0.17)

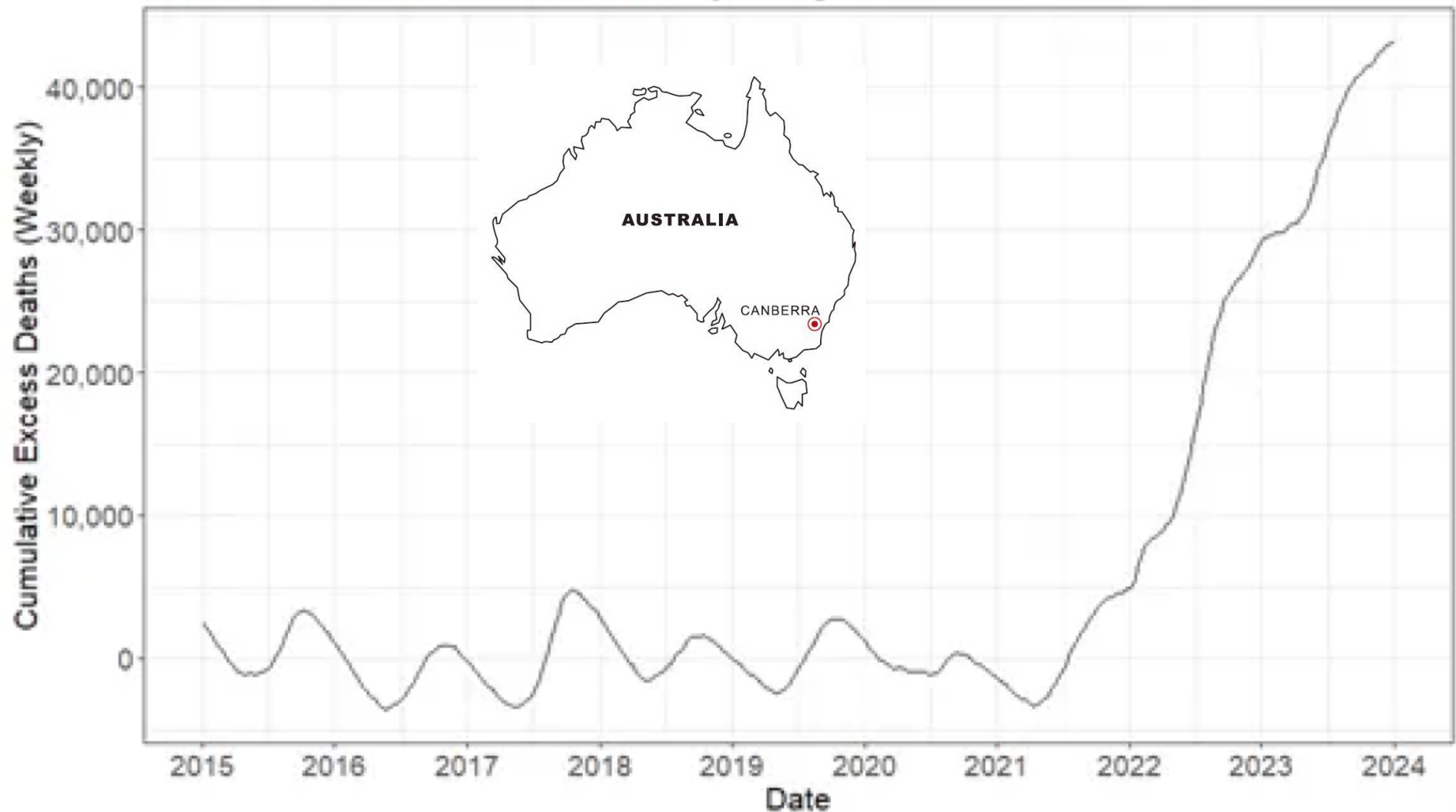
(1° semestre 2023) Cumulative Excess Deaths
2013-01-01 to 2023-06-01

[Steve Kirsch post](#)

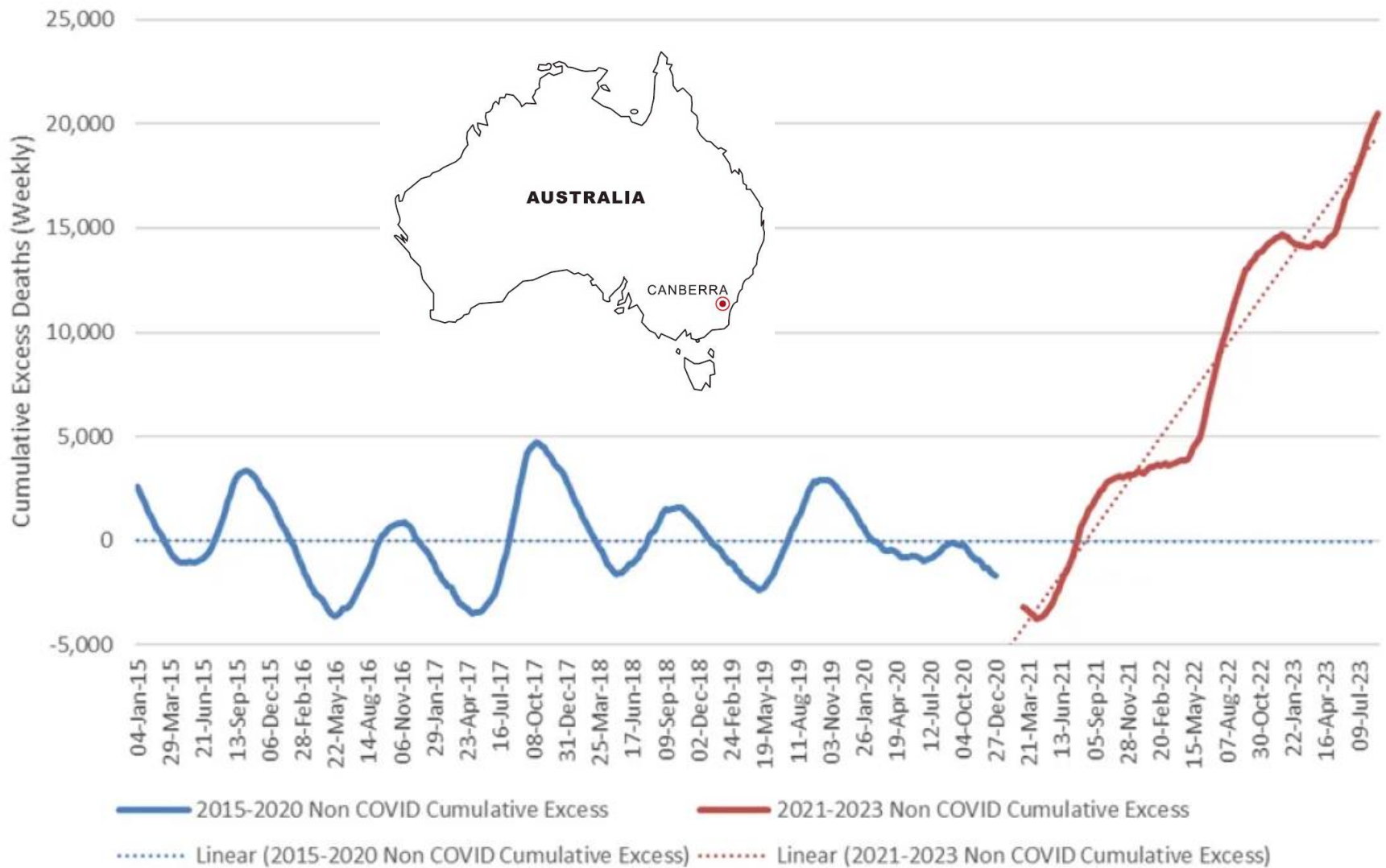


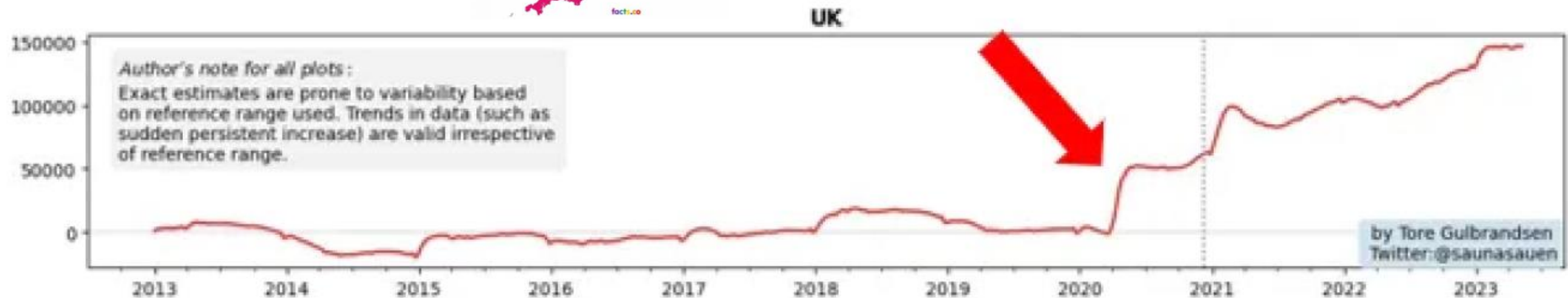
Australian Medical Professional's Society (AMPS) response (17 May 2024)
to the Excess Mortality Inquiry ([pdf link here](#))

Australia Cumulative Excess Mortality All Ages



Non COVID Cumulative Excess Mortality (weekly)





Nel Regno Unito (UK) l'andamento è abbastanza diverso, con un ampio balzo nella prima metà del 2020.

Ciò è probabilmente causato dalla negligenza medica, segnalata in UK per protocolli dannosi. L'articolo di Wilson Sy sull'uso del **Midazolam** in UK, intitolato "[Excess Deaths in the United Kingdom: Midazolam and Euthanasia in the COVID-19 Pandemic](#)", tratta questo argomento.

Excess Deaths in the United Kingdom: Midazolam and Euthanasia in the COVID-19 Pandemic

Wilson Sy* *Director, Investment Analytics Research, Australia.*

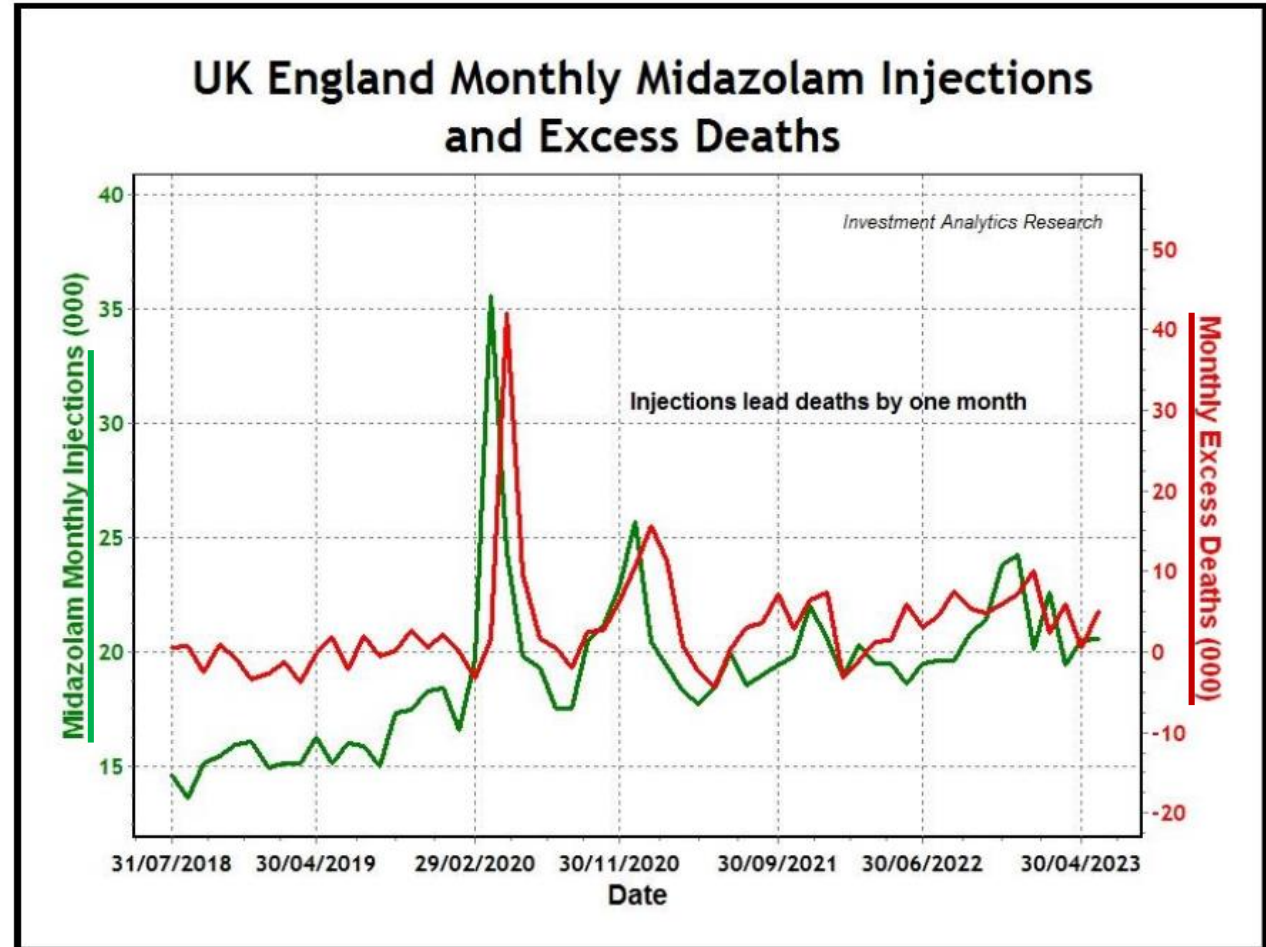


Figure 9: UK Engliand Monthly Midazolam Injections and Excess Deaths

Sesso:	Uomo
Età:	69 anni (i miei reali son quasi 76, ma non li prende...)
Abitudine al fumo di sigaretta:	no
Pressione sistolica:	120 mmHg
Colesterolemia totale:	155 mg/dl
Colesterolemia HDL:	55 mg/dl
Diabete:	no
Ipertensione arteriosa:	no



Lei si trova all'interno di una soglia attualmente considerata da tenere sotto controllo attraverso l'adozione di uno stile di vita sano

La probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore è pari a:

7,2% nei prossimi 10 anni

Questo significa che su 100 persone della stessa età e sesso e con le stesse caratteristiche circa 7 potranno ammalarsi di infarto del miocardio o di ictus nei prossimi 10 anni **NB: mi va già bene, perché le LG Europee mi classificano 'ad alto rischio' e bisogno-**
so di ipolipemizzanti...

È importante ricordare che

il rischio di infarto del miocardio aumenta con l'età ma è possibile mantenerlo a un livello favorevole controllando i fattori di rischio modificabili con lo stile di vita. Per questo basta:

- evitare il fumo. Sono dannosi alla salute sia il fumo attivo sia quello passivo: già dopo 2-5 anni dall'aver smesso di fumare il rischio di riduce in modo significativo
- avere una alimentazione sana e bilanciata. con un'ampia varietà di cibi di origine animale e vegetale. Va

Per le Linee Guida Europee, **120 di PAS è ottimale**, e a 75 anni mi posso accontentare...

[Calcolo del punteggio individuale \(iss.it\)](https://iss.it)

accesso 4/10/2024

Sesso:	Uomo
Età:	69 anni
Abitudine al fumo di sigaretta:	no
Pressione sistolica: (PAS)	90 mmHg
Colesterolemia totale:	155 mg/dl
Colesterolemia HDL:	55 mg/dl
Diabete:	no
Ipertensione arteriosa:	no

... ma per curiosità ho
provato a vedere se il mio
rischio sarebbe aumentato
portando la **PAS 90 mmHg**...



Lei si trova all'interno di una soglia attualmente considerata da tenere sotto controllo attraverso l'adozione di uno stile di vita sano

La probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore è pari a:

4,9% nei prossimi 10 anni

Questo significa che su 100 persone della stessa età e sesso e con le stesse caratteristiche circa 5 potrebbero ammalarsi di infarto del miocardio o di ictus nei prossimi 10 anni

È importante ricordare che

il rischio di infarto del miocardio aumenta con l'età ma è possibile mantenerlo a un livello favorevole controllando i fattori di rischio modificabili con lo stile di vita. Per questo basta:

- evitare il fumo. Sono dannosi alla salute sia il fumo attivo sia quello passivo: già dopo 2-5 anni dall'aver smesso di fumare il rischio di riduce in modo significativo
- avere una alimentazione sana e bilanciata, con un'ampia varietà di cibi di origine animale e vegetale. Va

**invece per il calcolatore
ISS il mio rischio diminuiva!
(in contrasto con la letteratura)**

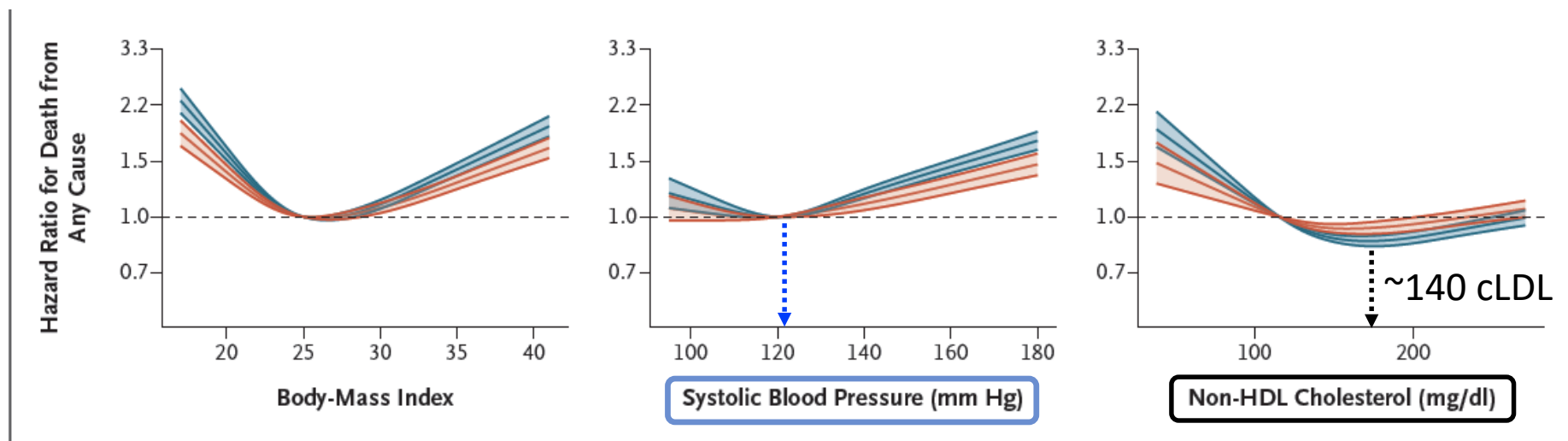


Figure 1. Associations of Continuous Risk Factors with Cardiovascular Disease and Death from Any Cause.

Shown are the results of a global 1-year landmark analysis that allowed for nonlinear effects. Participants with cardiovascular disease at baseline were excluded. Age was used as the time scale. All five risk factors, together with the use of antihypertensive medications, were included as covariates in the models. The widths of the 95% confidence intervals (shaded areas) have not been adjusted for multiplicity

*Dati individuali combinati e armonizzati da 112 studi di coorte in 34 paesi e 8 Regioni geografiche partecipanti al **Global Cardiovascular Risk Consortium**.*

*Il **nadir della mortalità** a livello **globale** si situa a una **PAS** intorno a **120 mmHg**, come da illustrazione riprodotta. (NB: nei fragili i valori ottimali sono ben maggiori)*

*(si noti anche che per il **colesterolo nonHDL** il minimo di mortalità è molto **più vicino a 200** che a 100 mg/dl. NB il cLDL si stima di ~30 mg inferiore vs nonHDL)*

Parliamo ora del colesterolo!

[Calcolo del punteggio individuale \(iss.it\)](http://iss.it)

accesso 4/10/2024

Sesso:	Uomo
Età:	69 anni
Abitudine al fumo di sigaretta:	no
Pressione sistolica:	90 mmHg
Colesterolemia totale:	130 mg/dl
Colesterolemia HDL:	55 mg/dl
Diabete:	no
Ipertensione arteriosa:	no

e se Col Tot...

... ma se, a parità del resto, abbassavo a 130 mg/dl il mio colesterolo totale? (il che mi comporterebbe un **cLDL ben sotto a 70**)?

Lei si trova all'interno di una soglia attualmente considerata da tenere sotto controllo attraverso l'adozione di uno stile di vita sano

La probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore è pari a:

4,2% nei prossimi 10 anni

Questo significa che su 100 persone della stessa età e sesso e con le stesse caratteristiche circa 4 persone ammalarsi di infarto del miocardio o di ictus nei prossimi 10 anni

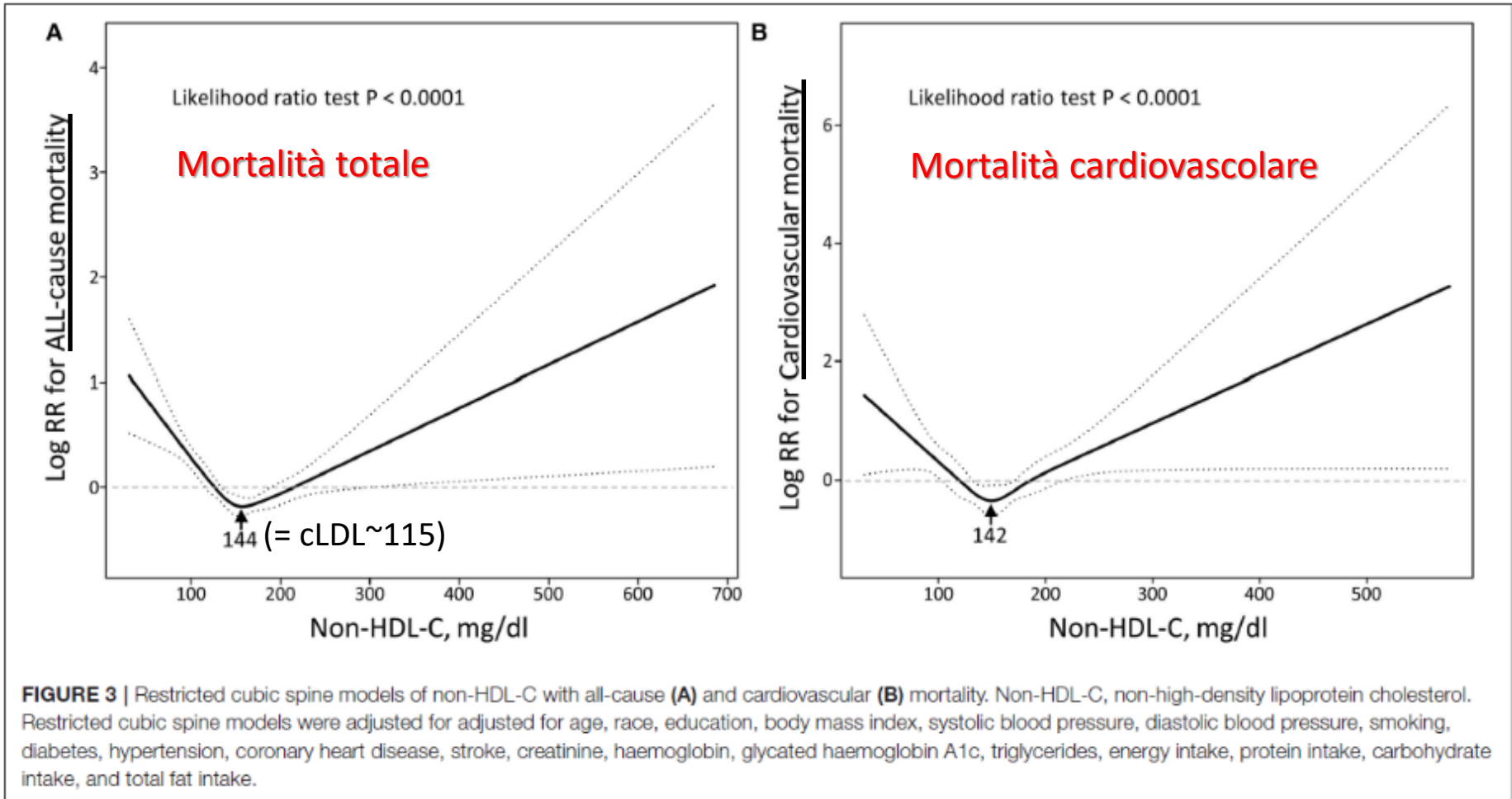
È importante ricordare che

il rischio di infarto del miocardio aumenta con l'età ma è possibile mantenerlo a un livello favorevole controllando i fattori di rischio modificabili con lo stile di vita. Per questo basta:

- evitare il fumo. Sono dannosi alla salute sia il fumo attivo sia quello passivo: già dopo 2-5 anni dall'aver smesso di fumare il rischio di riduce in modo significativo
- avere una alimentazione sana e bilanciata, con un'ampia varietà di cibi di origine animale e vegetale. Va

per il calcolatore ISS il mio rischio scende ancora!
(in contrasto con la letteratura!)

Zeng RX, et al. U-Shaped Relationship of Non-HDL Cholesterol With All-Cause and CV Mortality in Men Without Statin Therapy. Front Cardiovasc Med. **2022**;9:903481. doi:10.3389/fcvm.2022.903481



Studio di coorte su un **campione rappresentativo di maschi adulti USA** (NHANES 1999-2014) non in cura con statine, seguito in media oltre 8 anni. **Nadir di mortalità totale a 144 mg/ml** (corrispondenti a **~115 mg/dl di cLDL**). Le curve della mortalità totale e CV si possono rappresentare in modo schematico come da Fig. riprodotta.

Huang Y, et al. The U-shaped association of non-high-density lipoprotein cholesterol with all-cause and cardiovascular mortality in general adult population. Front Cardiovasc Med. **2023** Feb 8;10:1065750. doi: 10.3389/fcvm.2023.1065750.

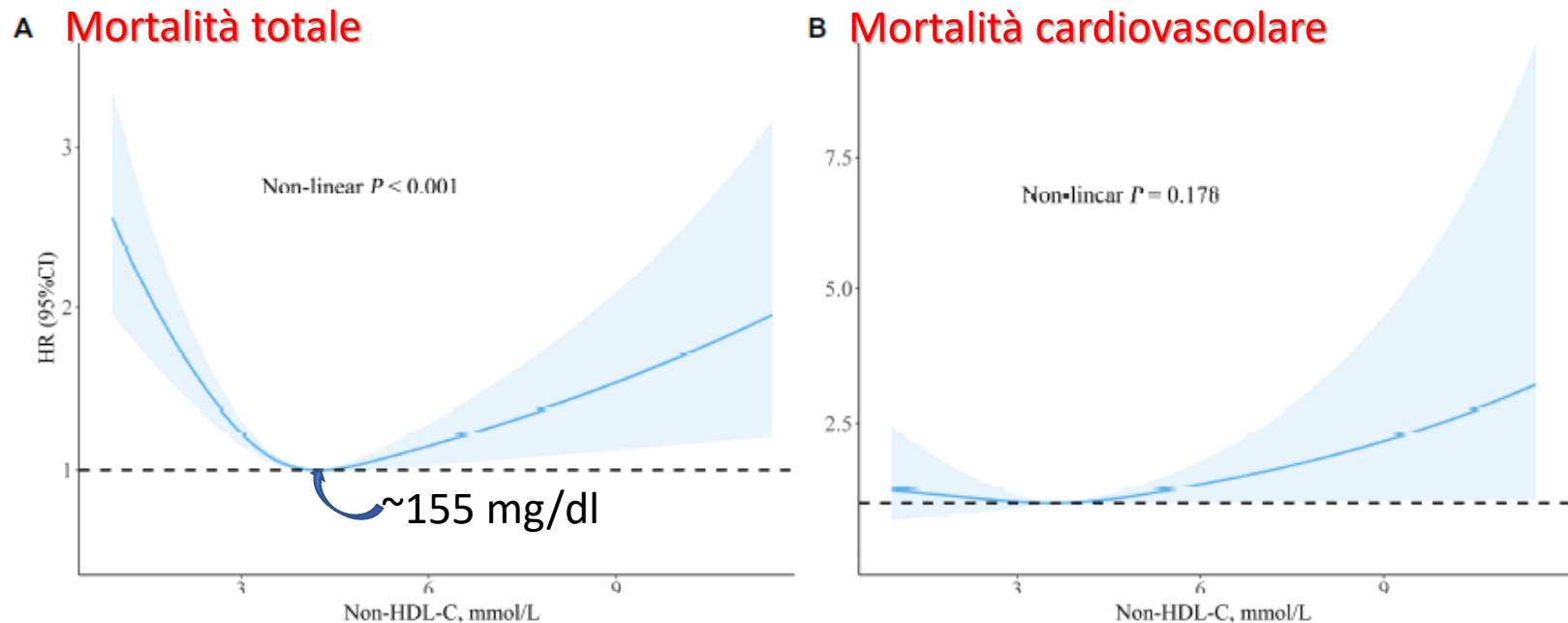
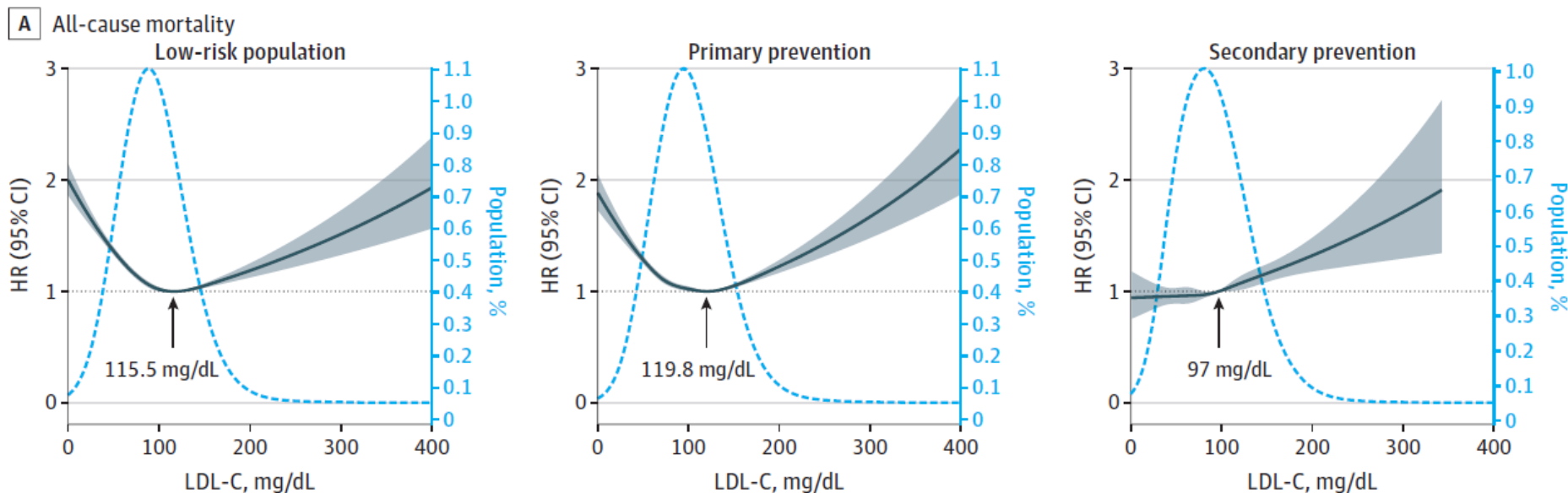


FIGURE 2
Spline analyses of all-cause (A) and cardiovascular (B) mortality by non-HDL-C in the overall cohort (Spline analyses were adjusted for age, gender, race, smoking, family income, education level, physical activity, body mass index, systolic blood pressure, estimated glomerular filtration rate, comorbidities (diabetes and hypertension), and medicine use (antihypertensive drugs, hypoglycemic agents, and lipid-lowering drugs).

Studio rappresentativo della popolazione generale adulta USA (NHANES) di età media 44 anni, seguita per oltre 8 anni, la **mortalità totale** ha mostrato una **relazione a U con il colesterolo nonHDL**, con **nadir a ~155 mg/dl** (pari a ~125 di cLDL). La relazione con la mortalità totale (A) e CV (B) è riprodotta nella Figura.

Chen L, et al. LDL Cholesterol, Cardiovascular Disease Risk, and Mortality in China. **JAMA Netw Open.** **2024** Jul 1;7(7):e2422558. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.22558.



Studio prospettico ChinaHEART su quasi **4,4 milioni di Cinesi di 35-75 anni**, seguiti per 4,6 anni. La media di cLDL alla partenza era di 93 mg/dl.

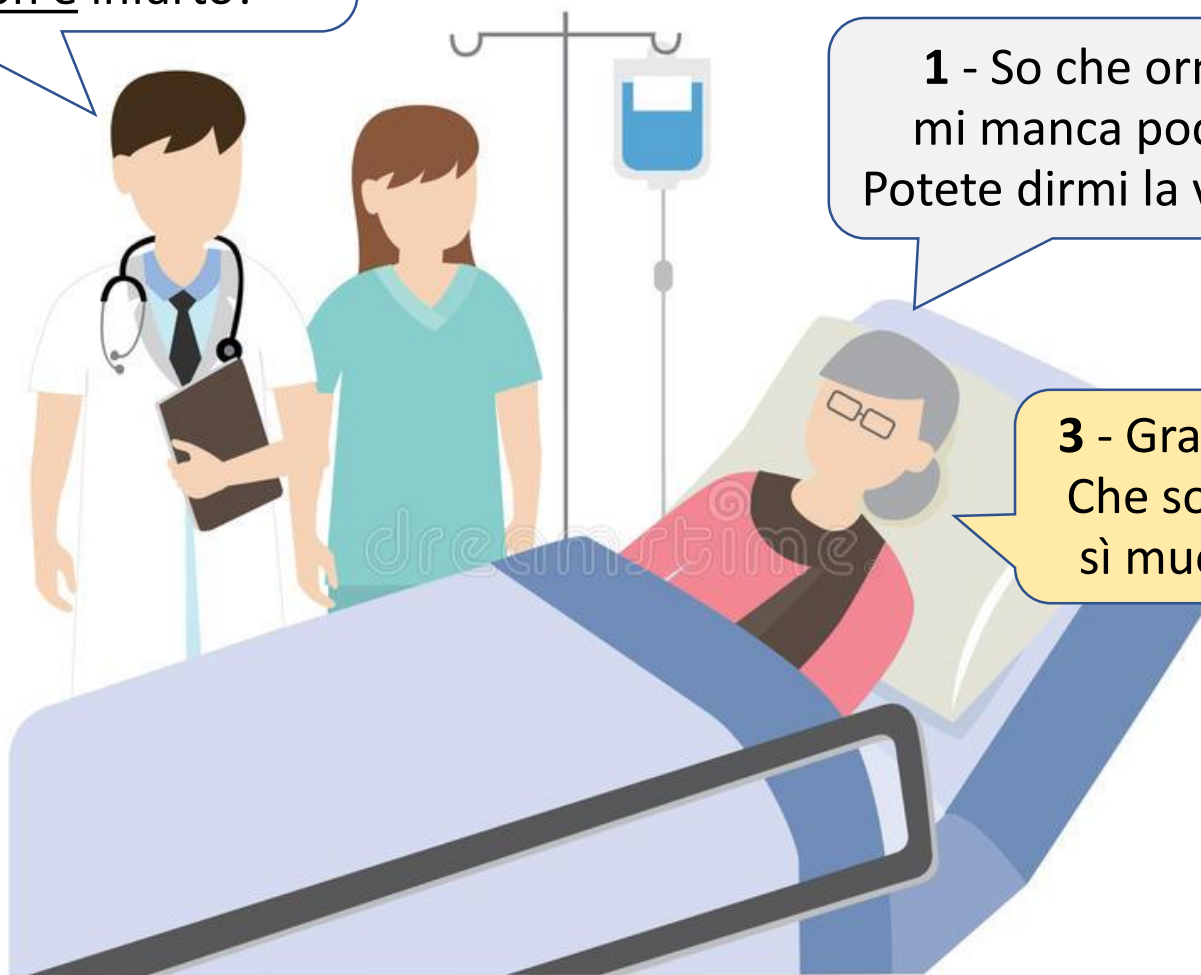
La **mortalità totale più bassa** si è avuta **tra 115 e 120 mg/dl di cLDL** in soggetti a **basso rischio CV o in prevenzione primaria** (con curve a U), e a **97 mg/dl in prevenzione secondaria** Vedi immagine.

(NB: per la mortalità specifica CV nei cardiopatici il nadir scendeva a 56 mg/dl. Implicazioni: se i cardiologi mirano solo a ridurre gli eventi CV, allo stesso tempo e nel complesso faranno morire di più!).

2 - Cara Signora, per
sua fortuna
non è infarto!

1 - So che ormai
mi manca poco...
Potete dirmi la verità!

3 - Grazie Dottore!
Che sollievo!! Ora
sì muoio serena!



Sesso:	Uomo
Età:	69 anni
Abitudine al fumo di sigaretta:	no
Pressione sistolica:	90 mmHg
Colesterolemia totale:	130 mg/dl
Colesterolemia HDL:	100 mg/dl
Diabete:	no
Iperensione arteriosa:	no

e se cHDL...

E... se alzo il mio colesterolo HDL fino a **100** mg/dl?

Lei si trova all'interno di una soglia attualmente considerata a basso rischio

La probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore è pari a:

2,4% nei prossimi 10 anni

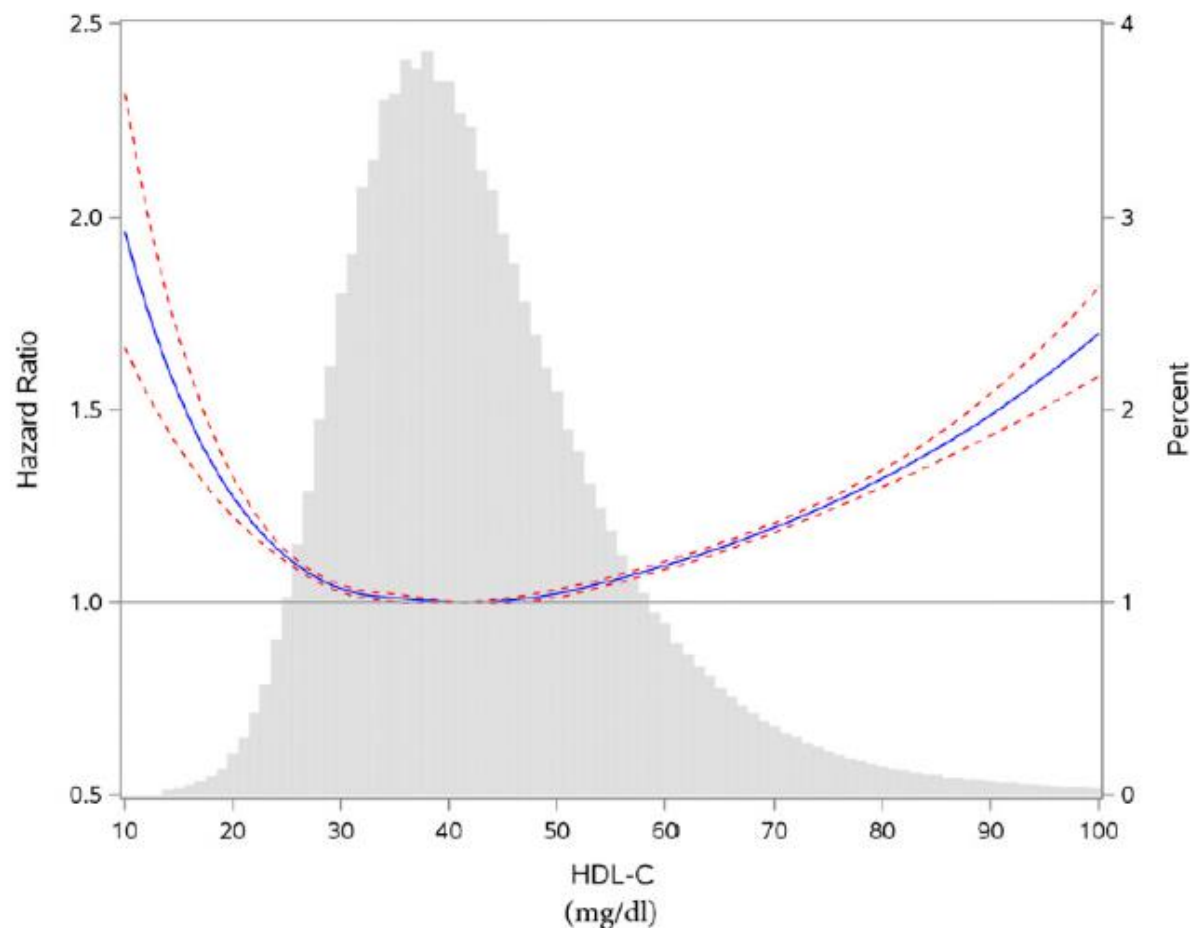
Questo significa che su 100 persone della stessa età e sesso e con le stesse caratteristiche, circa 2 potranno ammalarsi di infarto del miocardio o di ictus nei prossimi 10 anni

È importante ricordare che

il rischio di infarto del miocardio aumenta con l'età ma è possibile mantenerlo a un livello favorevole controllando i fattori di rischio modificabili con lo stile di vita. Per questo basta:

- evitare il fumo. Sono dannosi alla salute sia il fumo attivo sia quello passivo: già dopo 2-5 anni dall'aver smesso di fumare il rischio di riduce in modo significativo
- avere una alimentazione sana e bilanciata, con un'ampia varietà di cibi di origine animale e vegetale. Va

Non ci credevo: il mio rischio scendeva ancora!
(ma la letteratura dice tutt'altro!)



Bowe B, et al. **HDL Cholesterol and the Risk of All-Cause Mortality among U.S. Veterans. Clin J Am Soc Nephrol. 2016; 11(10):1784-1793. doi: 10.2215/CJN.00730116**

Figure 3. | Spline analyses of all-cause mortality by HDL cholesterol (HDL-C) levels in the overall cohort, where median HDL-C was used as a reference and the HDL-C probability distribution histogram is represented in gray bars in the background. Dashed red lines represent 95% confidence intervals.

*In una coorte di oltre **1,7 milioni di veterani USA** la **mortalità** era più alta con basso cHDL (≤ 25 mg/dl), minore con cHDL tra >25 e <50 , con **valori minimi con cHDL intorno a 40 mg/dl**, ma **da 50 in su di cHDL aumentava**, con una tipica distribuzione a U, come da Figura riprodotta:*

Lu J, et al. Association of high-density lipoprotein cholesterol with all-cause and cause-specific mortality in a Chinese population of 3.3 million adults: a prospective cohort study. **Lancet** Reg Health West Pac. 2023 Aug 5;42:100874. doi: 10.1016/j.lanwpc.2023.100874.

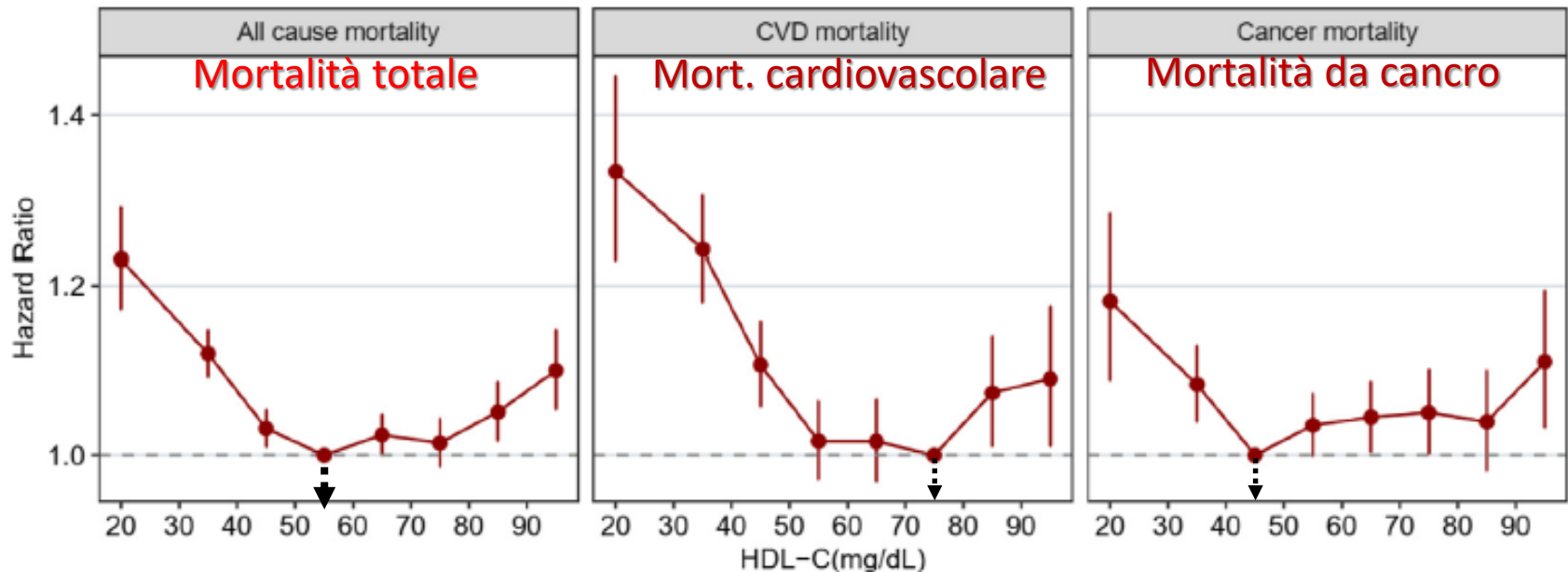


Fig. 1: Multivariable adjusted hazard ratios of HDL-C levels for top causes of death among 3,397,547 Chinese adults. Hazard ratio (solid red dot) with 95% confidence interval (error bar) from Cox regression were adjusted for age, sex, current smoking, alcohol drinking, body mass index (BMI), income, education level, systolic blood pressure, diabetes mellitus, LDL cholesterol, triglycerides, the use of lipid-lowering therapy. The horizontal dashed line referred to a hazard ratio of 1.0.

*Il **ChinaHEART Project** ha incluso **3,4 milioni di adulti dai 35 ai 75 anni** seguiti per **3,9 anni**, trovando un'**associazione a U** tra **cHDL** e **mortalità totale**, **cardiovascolare** e **da cancro**, con **nadir** rispettivamente a **~55**, 75 e 45 mg/dl, come da Figura riprodotta.*

High-Density Lipoprotein Cholesterol and Cause-Specific Mortality in Individuals Without Previous Cardiovascular Conditions

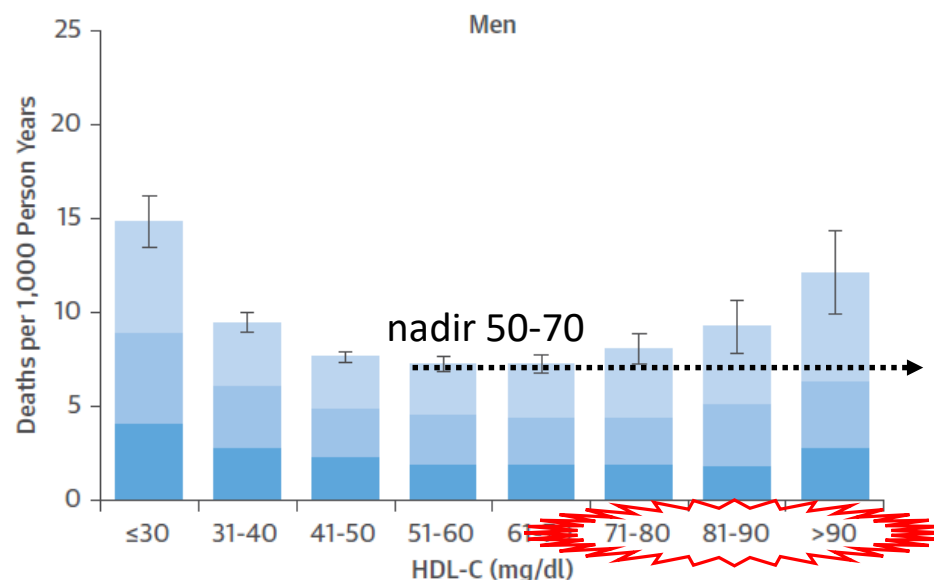
The CANHEART Study

Dennis T. Ko, MD, MSc,^{a,b,c} David A. Alter, MD, PhD,^{a,b,d} Helen Guo, MSc,^a Maria Koh, MSc,^a



■ CV death ■ Cancer death ■ Other death

FIGURE 2 Age-Standardized Cause-Specific Mortality



In entrambi i sessi c'è un comportamento simile, con **livelli di cHDL più bassi associati con mortalità totale** e per causa standardizzate per età **significativamente maggiori**.

Ma la mortalità aumentava anche con alti livelli di cHDL, soprattutto nei maschi

(oltre al range 50-70).

High-density lipoprotein cholesterol and coronary, cardiovascular and all cause mortality among middle-aged Norwegian men and women

I. STENSVOID*, P. URDAL†, H. THÜRMER*, A. TVERDAL*, P. G. LUND-LARSEN* AND O. P. FOSS†

*National Health Screening Service, Oslo; †Department of Clinical Chemistry, Ullevål Hospital, Oslo, Norway



Tutti uomini e donne dai 40 ai 54 anni di 3 contee norvegesi, seguiti per ~7 anni

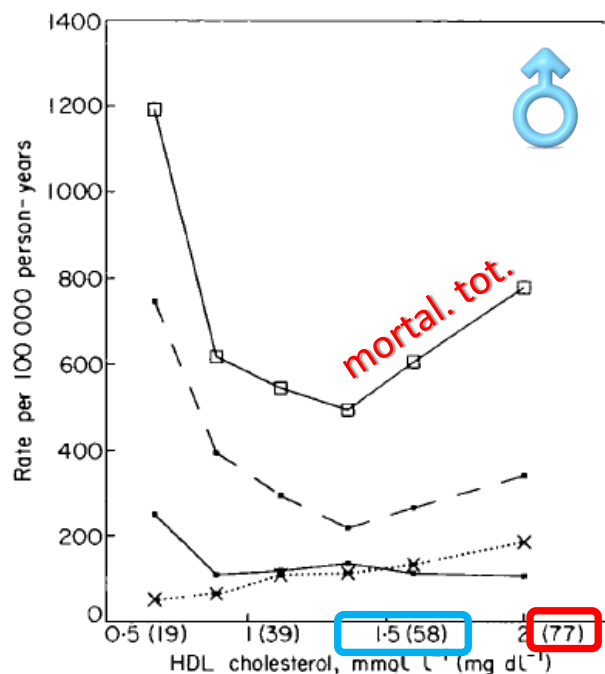


Figure 1 **Mortality related to HDL cholesterol in all men.** Rate is adjusted for age and county. —□— = all causes (938 deaths); —■— = all cardiovascular (514 deaths); —●— = all cancer (210 deaths); ... x ... = all accidents and suicides (163 deaths).

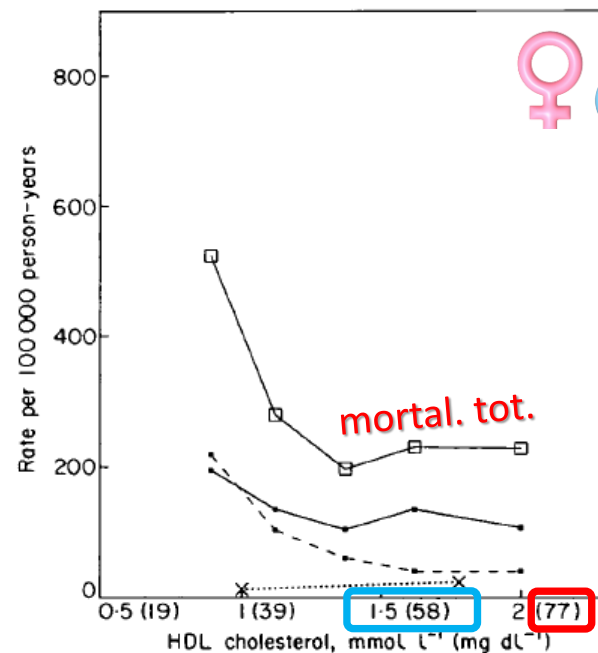


Figure 2 **Mortality related to HDL cholesterol in all women.** Rate is adjusted for age and county. —□— = all causes (404 deaths); —■— = all cardiovascular (114 deaths); —●— = all cancer (207 deaths); ... x ... = all accidents and suicides (31 deaths).

L'intervista

di Riccardo Bruno

«Cammino a passo veloce mangio spesso ma poco Così si può vivere bene anche a novant'anni»

Silvio Garattini e la guida pratica per iniziare l'attività fisica

Chi è



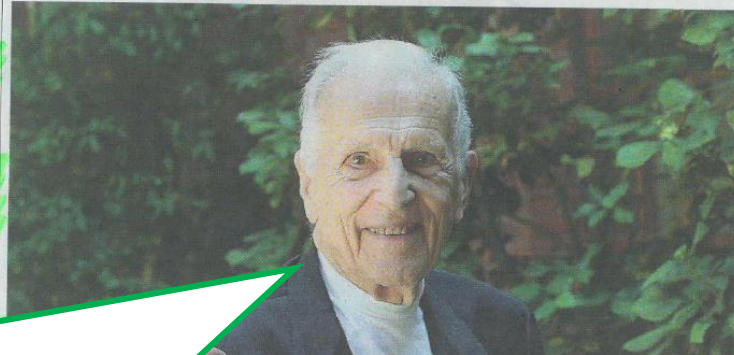
● Silvio Garattini, 96 anni tra poco più di un mese, è il presidente e fondatore dell'Istituto di

Professore, lei è un buon camminatore.

«Cerco di fare almeno 5 chilometri al giorno, anche su base annuale provo a mantenere questo obiettivo». Muoversi per stare bene.

«Sì, ma deve essere un'andatura relativamente rapida, altrimenti non c'è l'effetto aerobico. Deve esserci un po' di fatica, che consiste nel respirare in affanno e avere un aumento dei battiti cardiaci. Camminare per vedere le vetrine non è attività fisica».

Silvio Garattini compirà 96 anni tra un mese.



hanno mostrato che con una diminuzione del 30% di cibo, si vive il 20% in più. Mangiare poco è un fattore di longevità».

Del digiuno che cosa pensa?

«Anche in questo caso alcune ricerche hanno mostrato che non c'era differenza tra chi mangiava liberamente e chi faceva passare 10-12 ore tra un pasto e l'altro. Lo ribadisco, quello che conta è mangiare poco, anche se lo faccio cinque volte al giorno l'importante è il totale».

Il libro è molto pratico, una sorta di guida anche per chi vuole iniziare a muoversi.

«È scritto in modo molto semplice per rivolgersi a tutti. Abbiamo cercato di evitare termini tecnici oppure abbiamo cercato di spiegarli».

C'è un limite d'età per iniziare?

«Non è mai troppo tardi, anche a 80 anni si può cominciare a camminare. È sempre meglio che stare fermi».

Molti si avvicinano da adulti, e a volte si rischia di esagerare.

«(Il mercato della medicina) Come tutti i mercati vuole crescere sempre di più, aumentare i farmaci e diminuire i livelli di normalità.

Se penso che il colesterolo è normale a 240, tratterò (solo) chi ne ha di più.

Se invece affermo che la normalità è a 220, tratterò più gente.

E se dico addirittura che il colesterolo deve essere il più basso possibile, nessuno sfuggirà a un trattamento con statina.

E questo vale per tanti altri esempi, dall'ipertensione alla glicemia...»

Né le Società professionali né l'ISS paiono sfuggire a questa deriva...

Rafforzare la prevenzione e la preparazione e risposta alle pandemie. Promuovere un invecchiamento sano e attivo. Approccio One Health e lotta alla resistenza antimicrobica. **Il documento finale del G7 Salute**

QS 11 ottobre 2024

Chiediamo di continuare a sostenere il **Fondo per le pandemie**, **anche ampliando la base dei donatori, con il sostegno di nuovi donatori** sovrani, **filantropi e del settore privato**. Chiediamo **almeno 2 miliardi di dollari di nuovi impegni nei prossimi due anni e un importo almeno equivalente di cofinanziamento** per sostenere l'attuazione del Piano strategico a medio termine del Fondo per le pandemie 2024-2029.

... obiettivo dell'**Unione Africana di produrre localmente il 60% dei vaccini africani entro il 2040**, sosteniamo la diversificazione regionale dello sviluppo e della produzione di MCM, comprese le iniziative regionali di produzione di vaccini...

... impegno dei partner africani e della mobilitazione delle risorse nazionali per... dell'acceleratore africano per la produzione di vaccini (AVMA) sulla base del sostegno alla preparazione alle pandemie e all'**accesso equo ai vaccini**.

... la **vaccinazione è una misura preventiva essenziale**... ruolo cruciale dell'immunizzazione di routine e delle campagne, a sostegno dell'Agenda 2030 dell'OMS. La vaccinazione è essenziale per prevenire la trasmissione delle malattie infettive, insorgenza e contenimento di focolai ed epidemie e per ridurre il peso della resistenza antimicrobica... per ridurre la mortalità e la morbidità lungo tutto l'arco della vita

Give WHO More \$

Il prossimo "round di investimenti", cioè la richiesta di donazioni, inizierà il 14 ottobre, al World Health Summit. Un 'momento cruciale', e una ciotola per dazioni in un unico <https://www.who.int/about/funding/invest-in-who/investment-round>



Wednesday, 09 October 2024

MEDIA ADVISORY

**WHO Investment Round Signature Event
at the
World Health Summit 2024**

No images? [Click here](#)



L'Investment Round è supportato da un gruppo crescente di co-organizzatori: Francia, Germania, Norvegia, Brasile, Mauritania (per l'Unione Africana), Sudafrica e Regno dell'Arabia Saudita.

I co-organizzatori sono fondamentali per aumentare la consapevolezza sulla importanza di finanziare completamente il lavoro dell'OMS, oltre a fornire **supporto e impegno per la nostra agenda comune sulla salute globale.**

Contesto

Il mondo si trova ad affrontare gravi **mancanze di equità** e **disuguaglianze** in materia di salute, amplificate dalla pandemia di COVID-19.

"Al centro dell'architettura sanitaria mondiale c'è l'OMS, che detiene il mandato di autorità di coordinamento globale per la salute".

[... tanto per chiarirvi che **NOI siamo responsabili della salute**]

Da pag. 27:

“Nel settore dell’immunizzazione, l’enfasi sarà sulla **piena attuazione della Agenda per l’immunizzazione 2030**, in particolare **raggiungendo i bambini mancati e quelli a zero dosi** con servizi essenziali di routine, anche attraverso il “Big Catch Up” post-pandemia aumentando vaccini importanti come il vaccino contro il papillomavirus umano; lanciando nuovi vaccini prioritari, ... come guidati da solide prove;

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



**Non dobbiamo
lasciar indietro
(farci sfuggire)
nessuno!**

Table 1: Summary of the updated SAGE recommendations for COVID-19 vaccination

Vaccination status	Population	Recommendation
Never received a COVID-19 vaccine	All adults	1 dose ¹
	Children and adolescents with comorbidities	
	Health workers with direct patient contact	
	Pregnant persons	1 dose
	Any individual who is immunocompromised	2 to 3 doses ²
Previously received at least 1 dose of a COVID-19 vaccine	Adults over 75 or 80 years old ³	<u>Revaccination 6 to 12 months after the most recent dose</u>
	Adults over 50 or 60 years old ³ with comorbidities	
	Any individual who is immunocompromised	
	Adults over 50 or 60 years old ³	<u>Revaccination 12 months after the most recent dose</u>
	Adults with comorbidities	
	Health workers with direct patient contact	<u>Single dose in each pregnancy</u>
	Pregnant persons	
	Healthy adults	Revaccination not routinely recommended
	Children and adolescents	

Legend:

High priority-use groups

Sub-populations with special considerations

In November 2023, WHO's Strategic Advisory Group on Immunization (SAGE) updated the recommendations on COVID-19 vaccination

Table with the updated recommendations based on a person's (1) vaccination history and (2) age and health condition.

Mechanisms and Implications of IgG4 Responses to SARS-CoV-2 and Other Repeatedly Administered Vaccines

Anthony M. Marchese¹, Louis Fries¹, Hadi Beyhaghi¹, Muruga Vadivale¹, Mingzhu Zhu¹, Shane Cloney-Clark¹, Joyce S. Plested¹, Amy W. Chung², Lisa M. Dunkle¹, and Raj Kalkeri¹

¹Novavax, Inc., Gaithersburg, MD, USA

²Department of Microbiology and Immunology, University of Melbourne, at the Peter Doherty Institute for Infection and Immunity, Victoria, 3000, Australia

IgG4, the least abundant (0–5% of total IgG) of the four human IgG antibody subclasses (IgG1, IgG2, IgG3, and IgG4), is thought to function as part of an immune-tolerance response stimulated by prolonged and repeated antigen exposure in the presence of anti-inflammatory cytokine signaling [i.e., interleukin (IL)-10, IL-4, IL-13, and transforming growth factor- β]¹⁻³. Commonly observed in the context of allergic diseases or certain chronic infections—notably parasitic diseases—IgG4 plays an anti-inflammatory role to modulate immune response and reduce the intensity of reactions to allergens or pathogen proteins. As a classic example, in contrast to bee venom–allergic individuals, apiarists who are tolerant of bee venom generate significantly higher proportions of stable and long-lasting venom antigen-specific IgG4 that can inhibit IgE-mediated hypersensitivity⁴.

Here, we review evidence that IgG4 subclass responses can be disproportionately increased in response to some types of vaccines targeting an array of diseases, including pertussis, HIV, malaria, and COVID-19. The basis for enhanced IgG4 induction by vaccines is poorly understood but may

Irrgang et al. demonstrated that IgG4, as a percentage of total anti-S IgG, gradually increased with repeated mRNA doses, rising: from **0.04%** of total spike antigen–specific IgG4 10 days post-2nd dose, to **4.8%** 210 days post-2nd dose, **13.9%** 10 days post-3rd dose, and **19.3%** 180 days post-3rd dose⁴⁶.

The change in IgG4 profile appears to **persist over time**, as **increased IgG4 has been observed in mRNA study participants 12–24 months post vaccination**^{43,50}

Gli aumenti proporzionali in IgG4 possono ridurre l'efficacia della risposta antinfettiva e dare altre conseguenze nel tempo.

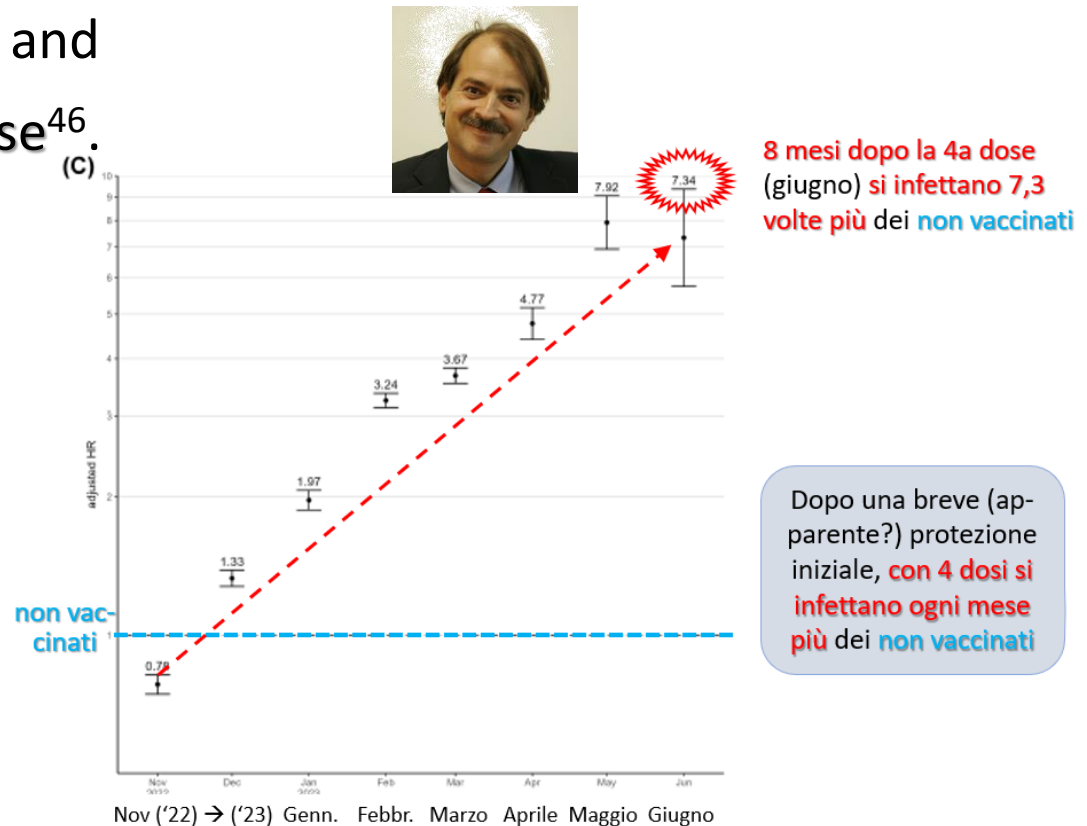


FIGURE 1 Age and gender adjusted hazard ratios (95% confidence intervals) of four versus less vaccine doses against SARS-CoV-2 infections shown for each month from November 2022 to June 2023. (A) Age and gender adjusted hazard ratios of four versus three vaccine doses. (B) Age and gender adjusted hazard ratios of four versus one or two vaccine doses. (C) Age and gender adjusted hazard ratios of four versus no vaccine dose.

[Tedros today emphasizes misinformation at the World Health Summit-I expect a big crackdown on free speech after the US election \(substack.com\)](#)

Tedros oggi sottolinea la disinformazione al World Health Summit: mi aspetto grande repressione della libertà di parola dopo le elezioni USA **Ursula von der Leyen ha detto al WEF che la disinformazione è il problema numero 1 di quest'anno** (*Meryl Nass 13 Ott 2024*)



Tedros parla di fiducia e di come recuperarla: ovvio, uccidendo la libertà di parola, è. Ecco come distorce la questione.

<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-world-health-summit---13-october-2024>

Le piattaforme di Internet e social media hanno dato alle persone un accesso senza precedenti alle informazioni sanitarie.

Ma hanno anche **accelerato la diffusione di informazioni errate e disinformazioni, che hanno contribuito alla sfiducia nei vaccini e in altri interventi sanitari**, alimentato lo stigma e la discriminazione e persino portato alla violenza contro operatori sanitari e gruppi emarginati.

Durante la pandemia le **falsità su mascherine, vaccini e "lockdown" si sono diffuse rapidamente** quanto il virus, e sono state quasi **altrettanto mortali**.

Proprio come la disinformazione ha minato la risposta alla pandemia stessa, **continua a minare i negoziati sull'accordo pandemico dell'OMS**.



Bellissimo momento di RFK Jr.

"Ho iniziato a lavorare sul **problema delle malattie croniche** 19 anni fa. E per 19 anni... ho pregato Dio di mettermi in condizione di poter porre fine all'epidemia di malattie croniche. E il 23 agosto di quest'anno, ho incontrato Donald Trump a Milwaukee, per due ore e mezza.

Mi ha detto: 'Unisciti alla mia campagna e uniamo i nostri sforzi. **Porrò fine alle guerre straniere, alla dipendenza dalla guerra e ai 200 miliardi di dollari che abbiamo inviato all'Ucraina; li spenderemo qui negli Stati Uniti.**'

"Mi ha detto: '**Metteremo fine alla censura**, porremo fine **alla sorveglianza**, porremo fine **all'armamento delle nostre agenzie di controllo contro il popolo americano.**'

Ha detto, '**Metteremo fine all'epidemia di malattie croniche e renderemo di nuovo sana l'America.**'" @VigilantFox 🐱