

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

(55° incontro, 1-12-'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. Francesco
Paolo Cinquemani

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.fondazioneallinearesanitaesalute.org

Questa presentazione affronterà:



- Scaletta (Slide 4).
- Fondazione *Allineare Sanità e Salute* (S 5) ed es. di disease mongering:
- Vaccini influenzali ad alta dose per anziani ad alto rischio? **No** (da S 10)
- Vaccino BCG per proteggere da infezione e COVID-19? **No** (da S 11)
- Stress cronico (es. paura...) e infezioni (da S 13)
- Aumento delle disabilità negli Stati Uniti (da S 19)
- Associazione vaccinazioni HPV e aumento disabilità. Effetti sulla mortalità (da S 22)
- Basarsi sulle prove, non sul 'principio di autorità', sul 'consenso de *La Scienza*', né cedere alla pressione sociale se è in gioco l'etica, la salute e la vita (da S 33)
- Disabilità nel Regno Unito (da S 37)
- Importanti novità sulla vaccinazione COVID in gravidanza (da S 40)
- Annunci di nomine rivoluzionarie negli USA (da S 42)
- Remdesivir: efficacia mediocre, effetti avversi seri, costi molto alti (da S 46)
- L'AMA e il ruolo del monopolio medico internazionale (da S 53)



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 →)

JAMA | **Original Investigation** 2021;325(1):39-49. doi:[10.1001/jama.2020.23649](https://doi.org/10.1001/jama.2020.23649)

Effect of High-Dose Trivalent vs Standard-Dose Quadrivalent Influenza Vaccine on Mortality or Cardiopulmonary Hospitalization in Patients With High-risk Cardiovascular Disease

A Randomized Clinical Trial

Cochrane... **e COI Sanofi; anche vari altri autori, compreso Solomon, hanno fortissimi COI**

Orly Vardeny, PharmD, MS; KyungMann Kim, PhD; Jacob A. Udell, MD, MPH; Jacob Joseph, MD; Akshay S. Desai, MD, MPH; Michael E. Farkouh, MD, MSc; Sheila M. Hegde, MD, MPH; Adrian F. Hernandez, MD; Allison McGeer, MD, MSc; H. Keipp Talbot, MD, MPH; Inder Anand, MD; Deepak L. Bhatt, MD, MPH; Christopher P. Cannon, MD; David DeMets, PhD; J. Michael Gaziano, MD; Shaun G. Goodman, MD, MSc; Kristin Nichol, MD, MPH; Matthew C. Tattersall, DO, MS; Jonathan L. Temte, MD, PhD; Janet Wittes, PhD; Clyde Yancy, MD; Brian Claggett, PhD; Yi Chen, MS; Lu Mao, PhD; Thomas C. Havighurst, MS; Lawton S. Cooper, MD, MPH; Scott D. Solomon, MD; for the INVESTED Committees and Investigators

perché dire ciò non basta affatto?!

IMPORTANCE Influenza is temporally associated with cardiopulmonary morbidity and mortality among those with cardiovascular disease who may mount a less vigorous immune response to vaccination. Higher influenza vaccine dose has been associated with reduced risk of influenza illness.

[+ Visual Abstract](#)

[← Editorial page 33](#)

[+ Supplemental content](#)

....

CONCLUSIONS AND RELEVANCE In patients with high-risk cardiovascular disease, high-dose trivalent inactivated influenza vaccine, compared with standard-dose quadrivalent inactivated influenza vaccine, did not significantly reduce all-cause mortality or cardiopulmonary hospitalizations. Influenza vaccination remains strongly recommended in this population.

per dirla tutta, **tende ad aumentarle!**

Table 2. Primary and Secondary Outcomes in a Study of the Effect of High-Dose vs Standard-Dose Influenza Vaccine on Patients With High-risk Cardiovascular Disease

	High dose (n = 3577 participant-seasons in 2630 participants)		Standard dose (n = 3577 participant-seasons in 2630 participants)		Absolute difference per 100 person-years (95% CI) ^a	Hazard ratio (95% CI)	P value
Outcome	Total	Rate per 100 person-years	Total	Rate per 100 person-years			
Primary							
<u>First cardiopulmonary hospitalization or all-cause death in each vaccination season^b</u>	975	44.5	924	41.9		1.06 (0.97 to 1.17)	.21
2016-2017	91	64.1	84	59.3	4.8 (-13.5 to 23.1)	1.08 (0.80 to 1.45)	.61
2017-2018	413	50.0	377	44.5	5.6 (-1.0 to 12.1)	1.12 (0.98 to 1.29)	.10
2018-2019	471	38.5	463	38.0	0.5 (-4.5 to 5.4)	1.01 (0.89 to 1.15)	.86
<u>All-cause death as first event</u>	92	4.2	78	3.5			
Cardiopulmonary hospitalization as first event	883	40.3	846	38.3			
Secondary							
Cardiovascular death or hospitalization in each vaccination season ^b	805	35.9	752	33.3		1.08 (0.97 to 1.20)	.16
All-cause death ^c	223	7.8	222	7.7	0.1 (-1.4 to 1.5)	1.01 (0.84 to 1.21)	.96
Total cardiopulmonary hospitalizations and all-cause death across all enrolling seasons ^c	1857	64.9	1784	62.2	2.7 (-4.0 to 9.3)	1.04 (0.94 to 1.15) ^d	.44
First cardiopulmonary hospitalization or all-cause death across all enrolling seasons ^c	955	42.3	918	40.0	2.3 (-1.4 to 6.0)	1.05 (0.96 to 1.15)	.26

alta dose solo +14 morti precoci.

^a Absolute differences are calculated for results within single seasons; hazard ratios are presented for calculations accounting for correlation within patients over multiple seasons.

^b Based on the number of participant-seasons.

^c Based on the number of participants.

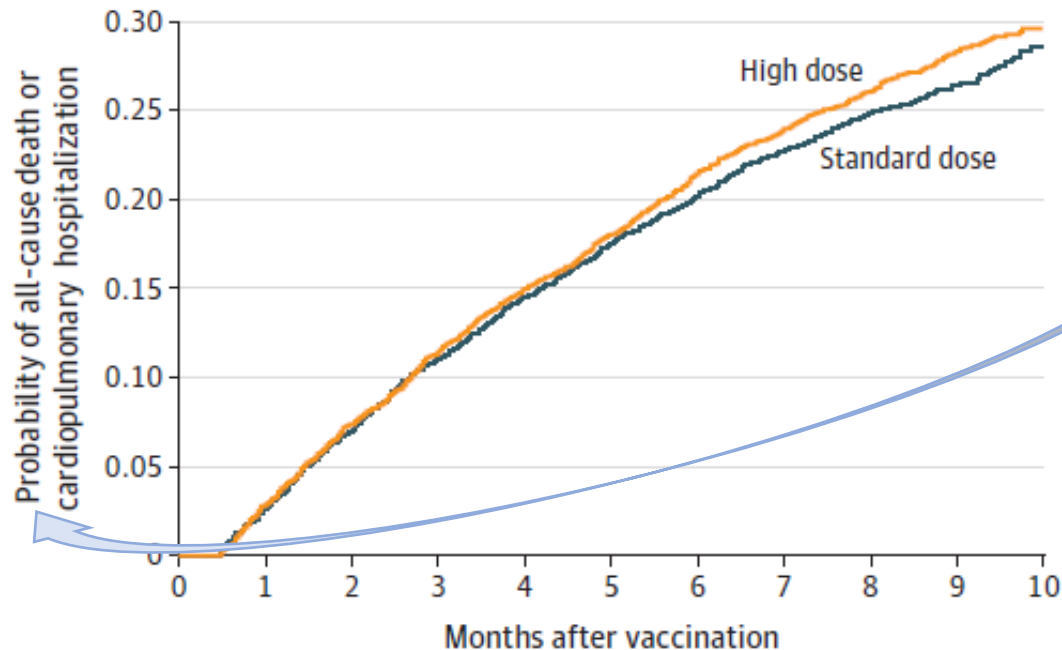
^d Rate ratio (95% CI).

Se la differenza di mortalità (+18% come primo evento) non è statisticamente significativa non val la pena di indicarla..., o forse varrebbe la pena?

alta dose solo +14 morti precoci...



Figure 2. Survival Curves for All-Cause Mortality or Cardiopulmonary Hospitalizations in a Study of the Effect of High-Dose vs Standard-Dose Influenza Vaccine on Patients With High-risk Cardiovascular Disease



No. of participant-seasons

High dose	3577	3264	2986	2711	2143	152
Standard dose	3577	3283	3005	2750	2173	156

The median (interquartile range) observation time was 8.5 (6.1-9.4) months in the high-dose group and 8.5 (6.2-9.4) months in the standard-dose group. All 3 influenza seasons are combined with each patient's observation time beginning anew with each influenza season. Each patient can appear up to 3 times. Hazard ratio, 1.06 (95% CI, 0.97-1.17); $P = .21$.

Il modo furbo (?) di chiamare il grafico *curva di sopravvivenza* non inganni.

Bisogna leggere che cosa rappresenta l'ordinata: probabilità di mortalità ecc...

Dunque **la curva che sta sopra (rossa)** è di chi muore prima o va in ospedale di più!



Influenza Vaccine Immune Response in Patients With High-Risk Cardiovascular Disease

A Secondary Analysis of the INVESTED Randomized Clinical Trial

Alexander Peikert, MD; Brian L. Claggett, PhD; Jacob A. Udell, MD, MPH; Jacob Joseph, MD;
Sheila M. Hegde, MD, MPH; KyungMann Kim, PhD; Lu Mao, PhD; Tuo Wang, PhD; Thomas C. Havighurst, MS;
Michael E. Farkouh, MD, MSc; Deepak L. Bhatt, MD, MPH; Matthew C. Tattersall, DO, MS;
Lawton S. Cooper, MD, MPH; Scott D. Solomon, MD; Orly Vardeny, PharmD, MS

COI Sanofi, ecc.

IMPORTANCE High-dose trivalent compared with standard-dose quadrivalent influenza vaccine did not significantly reduce all-cause mortality or cardiopulmonary hospitalizations in patients with high-risk cardiovascular disease in the INVESTED trial. Whether humoral immune response to influenza vaccine is associated with clinical outcomes is unknown.



Come atteso, l'alta dose ha dato maggior sieroconversione (OR 1,52; 1,12-2,07), ma ciò non si è tradotto in una differenza significativa di **ospedalizzazioni cardio-polmonari o di morte da tutte le cause** (HR 1,09; 0,79-1,53).

Anzi, per dirla tutta, l'alta dose/i maggiori titoli anticorpali... sono risultati associati con un tendenziale maggior rischio di **ospedalizzazioni cardio-polmonari o di morte da ogni causa (+9% ns)**

Non intendo vaccinarmi.
Ma se fossi costretto,
**non con
alta dose!**



PREMIO VACCINAZIONE 2025 (valutazione ottobre 2024 – luglio 2025)

Cerimonia di premiazione autunno 2025

12.15 LA CAMPAGNA DI COMUNICAZIONE 2024

Sergio Milano, Responsabile Relazioni Istituzionali e Comunicazione, Fondazione The Bridge

12.30 PREMIO “SALUTE E PREVENZIONE VACCINALE 2025”

Catia Borriello, Direttore Dipartimento Funzionale di Prevenzione della Asst Fatebenefratelli Sacco Milano e Referente per le vaccinazioni, DG Welfare – Regione Lombardia

Luisa Brogionzoli, Coordinatrice del Centro Studi di Fondazione The Bridge

12.45 CONCLUSIONI

Take home messages

Alessandro Venturi, Professore di Diritto amministrativo e di Diritto regionale e degli enti locali presso il Dipartimento di Scienze politiche e sociali - Università degli Studi di Pavia, Alma Ticinensis e Fondazione The Bridge

MODERANO L'INCONTRO:

Catia Borriello, Direttore Dipartimento Funzionale di Prevenzione della Asst Fatebenefratelli Sacco Milano
Referente per le vaccinazioni, DG Welfare – Regione Lombardia

Luisa Brogionzoli, Coordinatrice del Centro Studi di Fondazione The Bridge

GRUPPO DI LAVORO

ATS DI BERGAMO. ATS DI BRESCIA. ATS DELLA BRIANZA. ATS DELL'INSUBRIA. ATS DELLA MONTAGNA. ATS DI PAVIA. ATS DELLA VAL PADANA



Fondazione The Bridge

Via R. Lambruschini 36 - 20156 Milano

Obiettivi del Premio

- **Aumentare la copertura vaccinale...**
- Riconoscere e **premiare** i soggetti che raggiungono **i migliori risultati in termini di copertura...**
- Promuovere la **cultura della prevenzione primaria** e sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importanza della vaccinazione, in particolare per... fragili e le categorie a rischio.



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Infection

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jinf



Infectious Disease Practice

The effect of BCG vaccination in the elderly on infectious and non-infectious immune-mediated diseases

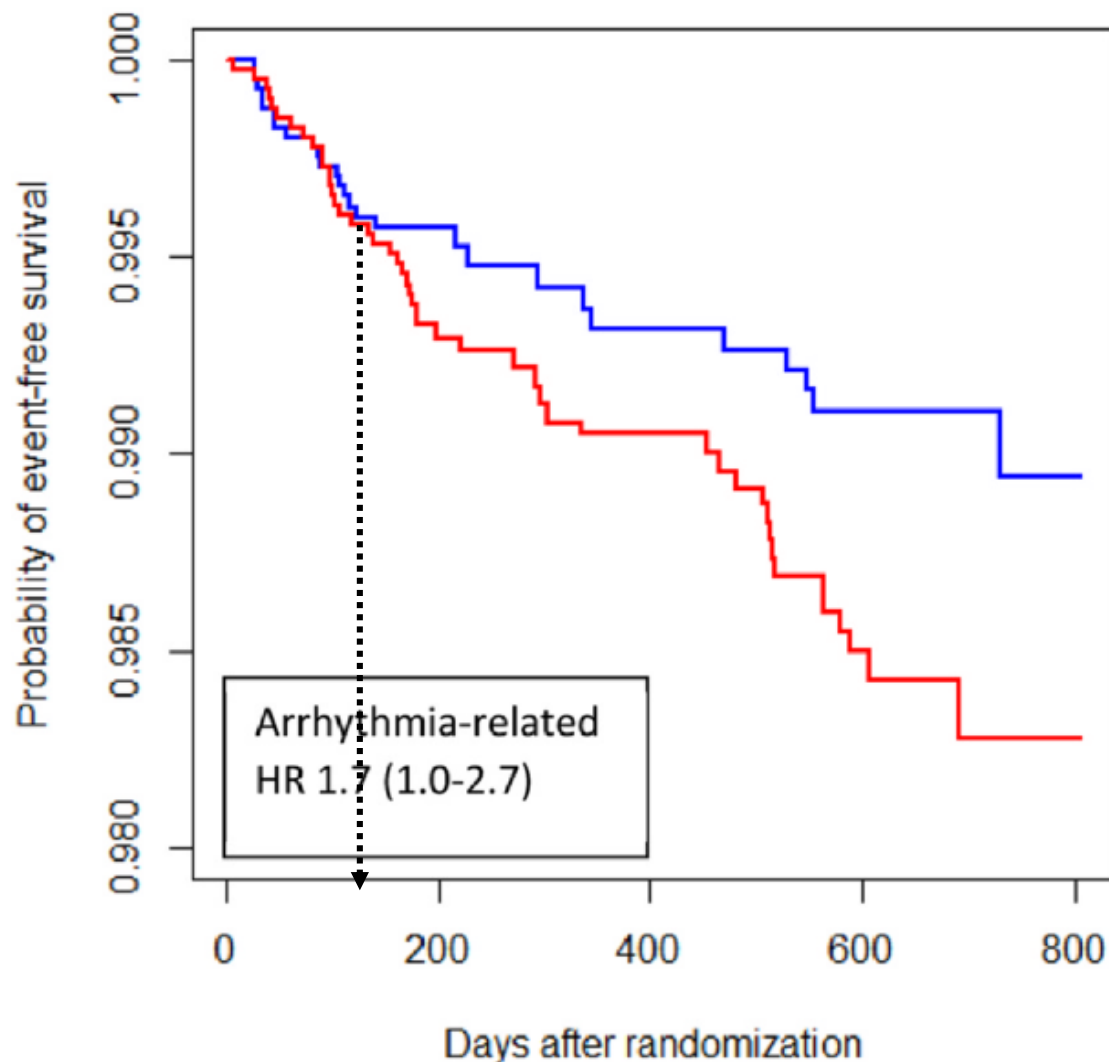
Elisabeth A. Dulfer ^{a,*,1}, Konstantin Föhse ^{a,1}, Esther J.M. Taks ^a, Simone J.C.F.M. Moorlag ^a, Eva L. Koekenbier ^b, Josephine S. van de Maat ^a, Jaap ten Oever ^a, Jacobien J. Hoogerwerf ^a, Cornelis H. van Werkhoven ^b, Marc J.M. Bonten ^b, Astrid van Hylckama Vlieg ^c, Frits R. Rosendaal ^c, Mihai G. Netea ^{a,d}



Ricerche preliminari avevano suggerito effetti benefici aspecifici del BCG su altre infezioni non da micobatteri e due RCT erano stati attuati nella pandemia COVID, BCG-PRIME e BCG-CORONA-ELDERLY, che non avevano mostrato protezione verso l'infezione da COVID, ma una lieve non significativa tendenza a una minor mortalità.

Si è esteso di un anno il rispettivo follow-up (BCG-Long Term study), per verificare l'effetto sull'infezione e malattie immuno-mediate in soggetti ultrasessantenni.

Il gruppo **BCG ha subito più frequenti ospedalizzazioni (RR 1,2; 1-1,5)**, dovute soprattutto ad **aritmie cardiache (RR 2; 1,1-3,6)** e a **eventi coronarici (RR 1,3; 0,8-2,1)**, ma anche in tendenza a **più ricoveri per infezioni (RR 1,2; 0,8-1,9)**.



Lezione:

per avere dati affidabili di sicurezza va prolungata l'osservazione.

Se qui ci si fosse fermati a ~5 mesi non si sarebbero viste differenze!

NB: i RCT per autorizzare i vaccini COVID sono durati solo 2-3 mesi...!

Fig. 3. Survival plots of cardiac arrhythmia-related hospital admissions and coronary artery events after BCG and placebo vaccination, showing a hazard ratio of 1.7 and 1.1



Bergamo: i camion dell'esercito portavano una sola bara e testa.
La rivelazione in Commissione Covid. "Cosa voleva portare alla popolazione quell'immagine?", Osa Polizia (Audizione Commissione Parlamentare d'Inchiesta COVID – 19 novembre 2024)

Cassone dimensione: Lunghezza 4,255 m; Larghezza 2,20 m; Altezza 3,085 m.
Ogni camion potrebbe trasportare diverse bare (standard m. ~1,90 x ~0,70).

PSYCHOLOGICAL STRESS AND SUSCEPTIBILITY TO THE COMMON COLD

SHELDON COHEN, PH.D., DAVID A.J. TYRRELL, M.D., AND ANDREW P. SMITH, PH.D.

doi: 10.1056/NEJM199108293250903



Dopo aver completato un questionario sullo stress psicologico, quasi 400 volontari sani hanno ricevuto gocce nasali con uno di cinque virus respiratori: **rinovirus** di tipo 2, 9 o 14, **virus respiratorio sinciziale** o un **coronavirus**.

Un altro gruppo ha ricevuto gocce nasali di un placebo salino.

Sono stati messi in quarantena e monitorati per lo sviluppo di infezione e sintomi.

Sia le prove di infezione sia i raffreddori clinicamente manifesti sono **umentati con un effetto dose-risposta in relazione al grado di stress** psicologico:

- i **tassi d'infezione** sono **cresciuti dal 74% al 90%**
- il **raffreddore** clinicamente manifesto **dal 27% al 47%**,
con associazioni simili per tutti i cinque virus testati...

... non modificata in modo significativo controllando per età, sesso, scolarità, stagionalità, stato allergico, conviventi nello stesso appartamento e loro stato infettivo...

... né spiegata da fattori come fumo, esercizio fisico, dieta, qualità del sonno, che pure possono avere effetti indipendenti sul rischio di raffreddore.

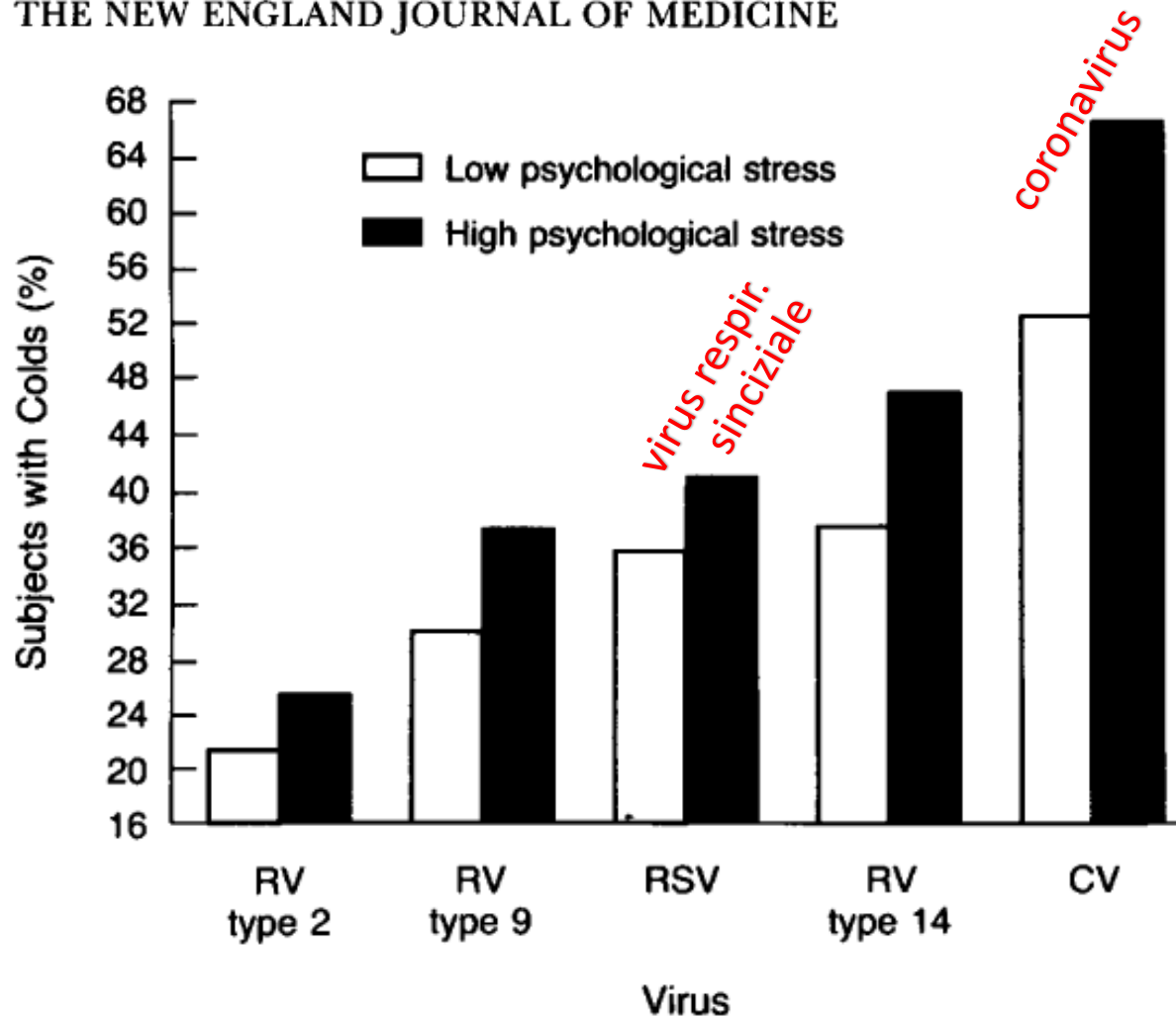


Figure 3. Subjects with Low Degrees of Psychological Stress (Index Values below the Median) and High Degrees of Stress (Values above the Median) Who Had Colds, According to Challenge-Virus Group.

The rates have been adjusted for the standard control variables.



Types of Stressors That Increase Susceptibility to the Common Cold in Healthy Adults

Sheldon Cohen
Carnegie Mellon University

Ellen Frank
University of Pittsburgh School of Medicine

Quasi 280 volontari sani hanno effettuato un'intervista + questionario sugli stress della vita, poi si è loro inoculato un virus del raffreddore e si sono monitorati nel tempo.

Chi aveva un forte stress cronico (durata **1 mese o più**) tipo perdita del lavoro, seri problemi familiari... ha avuto una **relazione dose-risposta con lo sviluppo di raffreddori**

non adeguatamente spiegate da altri fattori: ambiente sociale, personalità, pratiche sanitarie...

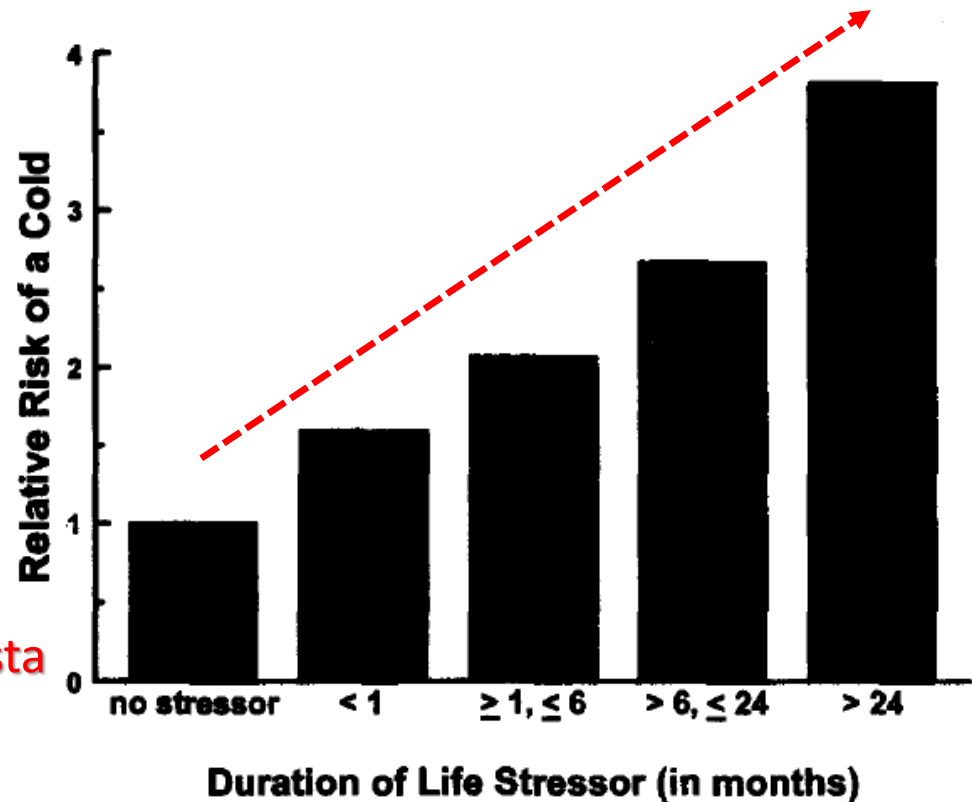


Figure 1. Relative risk (odds ratio adjusted for standard controls) of developing a cold contrasting persons with stressors of varying duration with those without any stressor. Participants are grouped

A Cohort Study of Stress and the Common Cold

Bahi Takkouche, Carlos Regueira, and Juan Jesús Gestal-Otero *Epidemiology* 2001; 11:345–49

Studio di coorte prospettico (1 a.) su 1.150 studenti e personale di un'Università spagnola. Con un questionario validato su un campione random di popolazione si è studiata la relazione tra episodi di raffreddore e quattro dimensioni di stress:

- eventi stressanti vita
- **stress negativi**
- **stress positivi**
- stress percepito.

Si è rilevato un **effetto dose-risposta** tra grado di stress e **tassi d'incidenza di raffreddore**, sia in **aumento** che in **riduzione***

TABLE 2. Incidence Rate Ratios (IRR) of Clinical Common Cold Gender, Age, and Professional Category

	IRR	95% CI
Perceived stress		
1st quartile*	1	
2nd quartile	1.8	1.0–3.3
3rd quartile	2.0	1.3–3.3
4th quartile	2.8	1.7–4.6
Negative affect		
1st quartile*	1	
2nd quartile	1.6	0.9–2.6
3rd quartile	2.5	1.5–4.2
4th quartile	3.7	2.2–6.3
Positive affect		
1st quartile*	1	
2nd quartile	0.9	0.6–1.5
3rd quartile	0.8	0.5–1.4
4th quartile	0.6	0.3–1.0
Stressful events		
1st quartile*	1	
2nd quartile	1.7	1.0–2.8
3rd quartile	1.9	1.1–3.1
4th quartile	2.0	1.2–3.3

* Reference category.

<https://www.secoloditalia.it/2023/03/speranza-ordinava-alliss-di-spaventare-gli-italiani-dallinchiesta-di-bergamo-nuove-rivelazioni/>



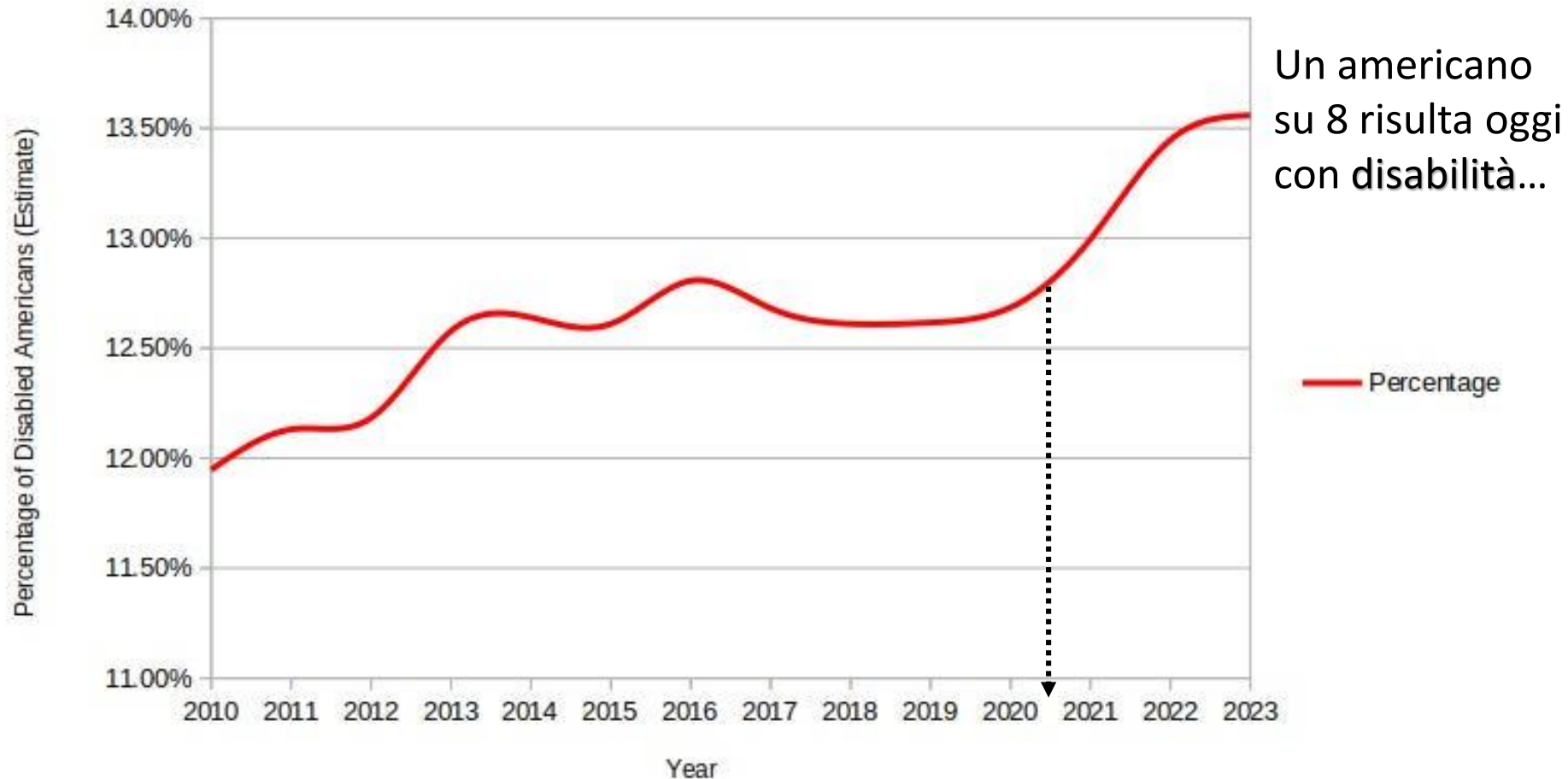
Carte della Procura di [Bergamo](#). «Il 6 aprile 2020 il presidente Iss, **Silvio Brusaferro** e il ministro **Roberto Speranza** stanno tenendo una delle loro frequentissime conversazioni. Stanno iniziando a valutare l'idea di riaprire qualcosa, anche se il lockdown sarebbe finito solo un mese dopo. **Il presidente Iss invia a Speranza un documento che, a quanto si capisce, è tutto sommato ottimistico...**

Risposta di Speranza: «Domani tieniti sulle curve all'inizio. Poi vediamo domande. Due avvertimenti: 1) 2) **se vogliamo mantenere misure restrittive conviene non dare troppe aspettative positive**».

Reazione di Brusaferro: «Ok Quindi niente modelli come quello che ti ho mandato.»

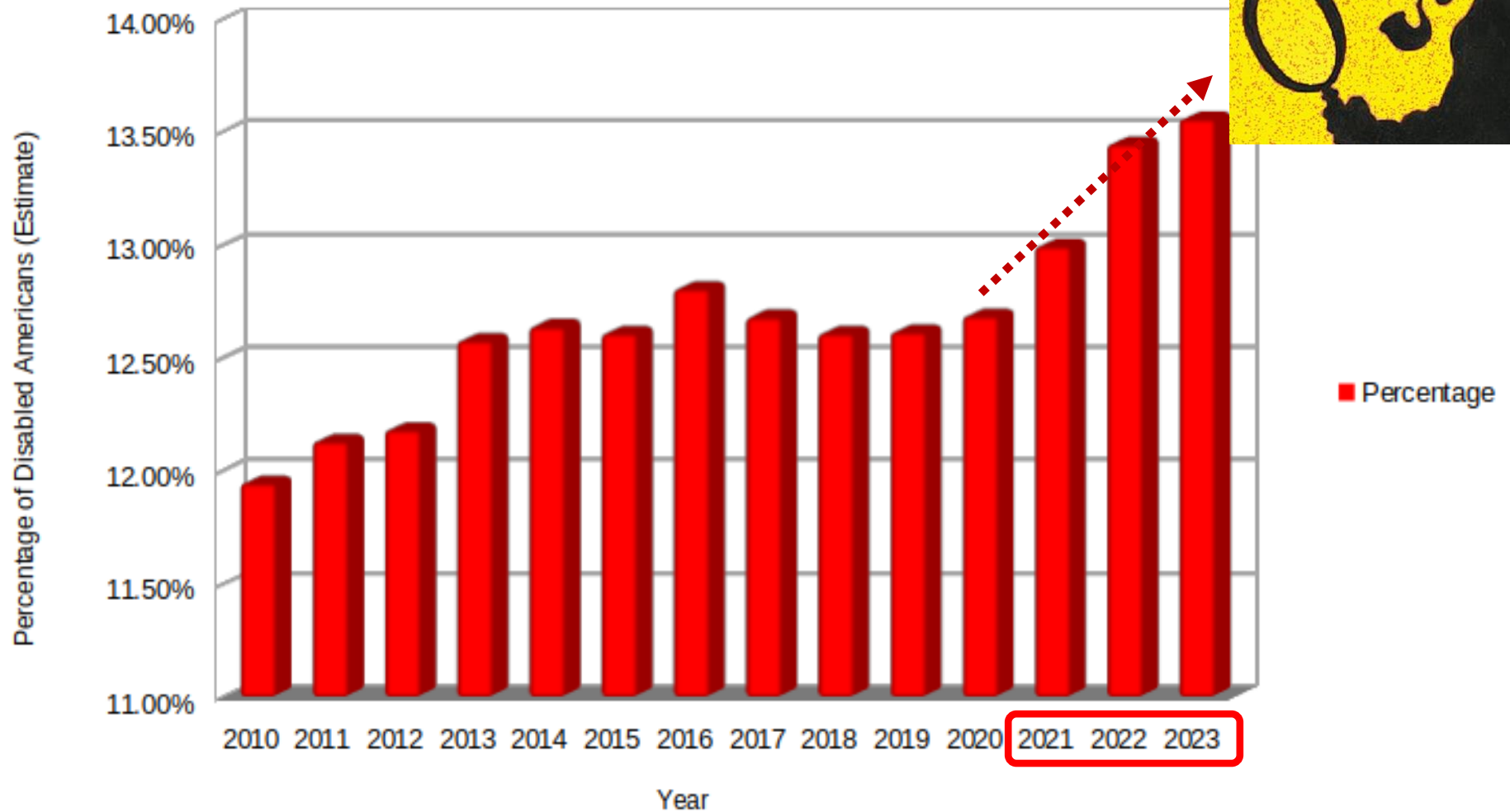
[Exclusive | Shocking Surge In American Disabilities](#) **Exclusive | Shocking** **Surge In American Disabilities** [THE UNDERDOG](#) NOV 29, 2024

Percentage Of Disabled Americans Per Annum



Source: Census.gov American Community Survey 2010-2023

Percentage Of Disabled Americans Per Annum



Source: Census.gov American Community Survey 2010-2023
[American Community Survey from Census.gov](https://www.census.gov/data/tables/2019/aacs/disabled.html)

Una elaborazione dei dati dell'*American Community Survey 2010-2023* mostra che **negli ultimi tre anni si sono manifestate quasi altrettante disabilità** che nei 10 anni precedenti.

NB: l'aumento % elevatissimo anche nel 2013 ha casualmente (?) coinciso con la campagna per accelerare la copertura vaccinale HPV negli USA e nel mondo (NIH '[Accelerating HPV Vaccine Uptake](#)')

Year	Population	Disability Estimate	Percentage	Increases Per Annum %	Group Difference %	Increases Per Annum (Abs)	Group Difference (Abs)
2010	304,287,836	36,354,712	11.95%				
2011	306,560,685	37,188,115	12.13%	0.18%		833,403.00	
2012	308,896,460	37,633,020	12.18%	0.05%		444,905.00	
2013	311,158,104	39,137,986	12.58%	0.40%		1,504,966.00	
2014	313,890,422	39,674,679	12.64%	0.06%		536,693.00	
2015	316,450,569	39,906,328	12.61%	-0.03%		231,649.00	
2016	318,175,867	40,747,411	12.81%	0.20%		841,083.00	
2017	320,775,014	40,678,654	12.68%	-0.13%		-68,757.00	
2018	322,249,485	40,637,764	12.61%	-0.07%		-40,890.00	
2019	319,706,872	40,335,099	12.62%	0.01%		-302,665.00	
2020	321,525,041	40,786,461	12.69%	0.07%	0.74%	451,362.00	4,431,749.00
2021	326,912,547	42,485,034	13.00%	0.31%		1,698,573.00	
2022	328,309,810	44,146,764	13.45%	0.45%		1,661,730.00	
2023	329,987,997	44,741,326	13.56%	0.11%	0.87%	594,562.00	3,954,865.00

PCP Annual Report 2012-2013

Accelerating HPV Vaccine Uptake:

Urgency for Action to Prevent Cancer



A Report to the President of the United States

from

The President's Cancer Panel



NB: è plausibile che ciò si possa tradurre in una riduzione di tumori alla cervice uterina e altri HPV correlati, ma...
quali conseguenze complessive?

Pesanti critiche alla revisione Cochrane (Arbyn et al, 2018) sul vaccino anti-HPV.

Alcune importanti lezioni anche per il dibattito in corso sui vaccini

The Cochrane HPV vaccine review was incomplete and ignored important evidence of bias



Lars Jørgensen,¹ Peter C Gøtzsche,¹ Tom Jefferson²

¹Nordic Cochrane Centre,
Rigshospitalet (dept. 7811),
Copenhagen, Denmark

²Centre for Evidence Based
Medicine, University of
Oxford, Oxford, UK



Alberto Donzelli - Consiglio direttivo e Comitato
scientifico della Fondazione *Allineare Sanità e Salute*



Sul BMJ sono comparse pesanti critiche, di Jørgensen e Gøtzsche del Nordic Cochrane Centre e di Tom Jefferson, Centro EBM - Università di Oxford, alla revisione Cochrane di Arbyn e coll., pubblicata nel maggio 2018 sui vaccini anti-HPV (vaccini HPV).²



Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors (Review)

Arbyn M, Xu L, Simoens C, Martin-Hirsch PPL

In altra sede ho riportato gli addebiti, e alcune conclusioni generali. Qui mi limito a un cenno su effetti avversi e a dati mortalità a lungo termine.

2. Arbyn M, et al. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. Cochrane Database Syst Rev 2018;5:CD009069.

... nessun RCT ha usato un placebo come comparator

Tutti i RCT inclusi nella revisione² hanno usato nei gruppi di controllo **comparator attivi: adiuvanti a base di alluminio** e **vaccini anti-epatite**.

La FDA considera gli adiuvanti **comparator inaffidabili**, e anche il produttore del vaccino anti-HPV Cervarix ammette di fatto che il suo **comparator a base di alluminio induce danni**: “maggior incidenza di mialgia si potrebbe attribuire alla *maggior* presenza di alluminio nel vaccino HPV rispetto al vaccino anti-epatite A” del gruppo di controllo.⁴



4. GSK Study Register - Study 104951. https://www.gsk-clinicalstudyregister.com/study/104951?search=study&search_terms=104951#csr (accessed May 2018).

... non ha valutato segnali di sicurezza relativi al vaccino

Gli autori² non riportano uno studio dell'UMC WHO (2017) che ha identificato segnali di seri danni dopo vaccinazione HPV, riconducibili alla sindrome da **tachicardia posturale ortostatica** (**POTS**: 526 casi a maggio 2018) e **sindrome dolorosa regionale complessa** (**CRPS**: 168 casi relati).

Gli autori² non hanno investigato se i RCT inclusi riportassero tali sindromi o altri segnali di sicurezza.

Invece hanno citato l'EMA, che ha concluso che

“non si può stabilire alcuna relazione causale tra POTS, CRPS e vaccini anti-HPV”,

e ciò in base alla valutazione dei produttori di questi vaccini, che ha incluso solo metà dei RCT eligibili, usando inoltre strategie di ricerca inadeguate

(ad es. le ricerche di Sanofi hanno identificato solo 3 dei 26 report danesi di POTS noti all'Agenzia del Farmaco Danese).



... ha revisionato in modo incompleto effetti avversi gravi e sistemici



Gli autori affermano di aver fatto “grandi sforzi per valutare eventi avversi gravi (SAE)”,² ma esempi mostrano che è improbabile.¹

Inoltre concludono con “elevata certezza” che il rischio di SAE era simile nei gruppi con vaccino HPV e di controllo, ma non menzionano che parecchi RCT inclusi non riportano SAE per la loro intera durata (ad es. **lo fanno solo per 14 giorni dopo la vaccinazione**).

Trovano **più morti nei gruppi con vaccino HPV** (**51**, vs 39 nei controlli), con **aumento significativo in donne >25 anni** (**RR 2,36**; IC 95% 1,10-5,03) e suggeriscono che sia dovuto al caso, non trovando relazione nelle cause di morte e nei tempi rispetto alla vaccinazione. Ma, essendo inclusi solo RCT, l'aumento andrebbe di norma ascritto al vaccino, salvo chiare ed esplicite ragioni per considerare l'evento non correlato.



In effetti a maggio 2018 il database di farmacovigilanza WHO di Uppsala (UMC) contiene **499 morti in relazione alla vaccinazione HPV**

MED

CHECK

Aggiornamenti 2024

Volume 10

May

2024

N° 29

Editorial

Healthy vaccinee effect: a key bias in observational studies

Review

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

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

Editorial

Healthy vaccinee effect: a key bias in observational studies **2**

Review

HPV vaccine increase total and cancer mortality without evidence
of HPV-related cancer decrease **3**



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



Abstract

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

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

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

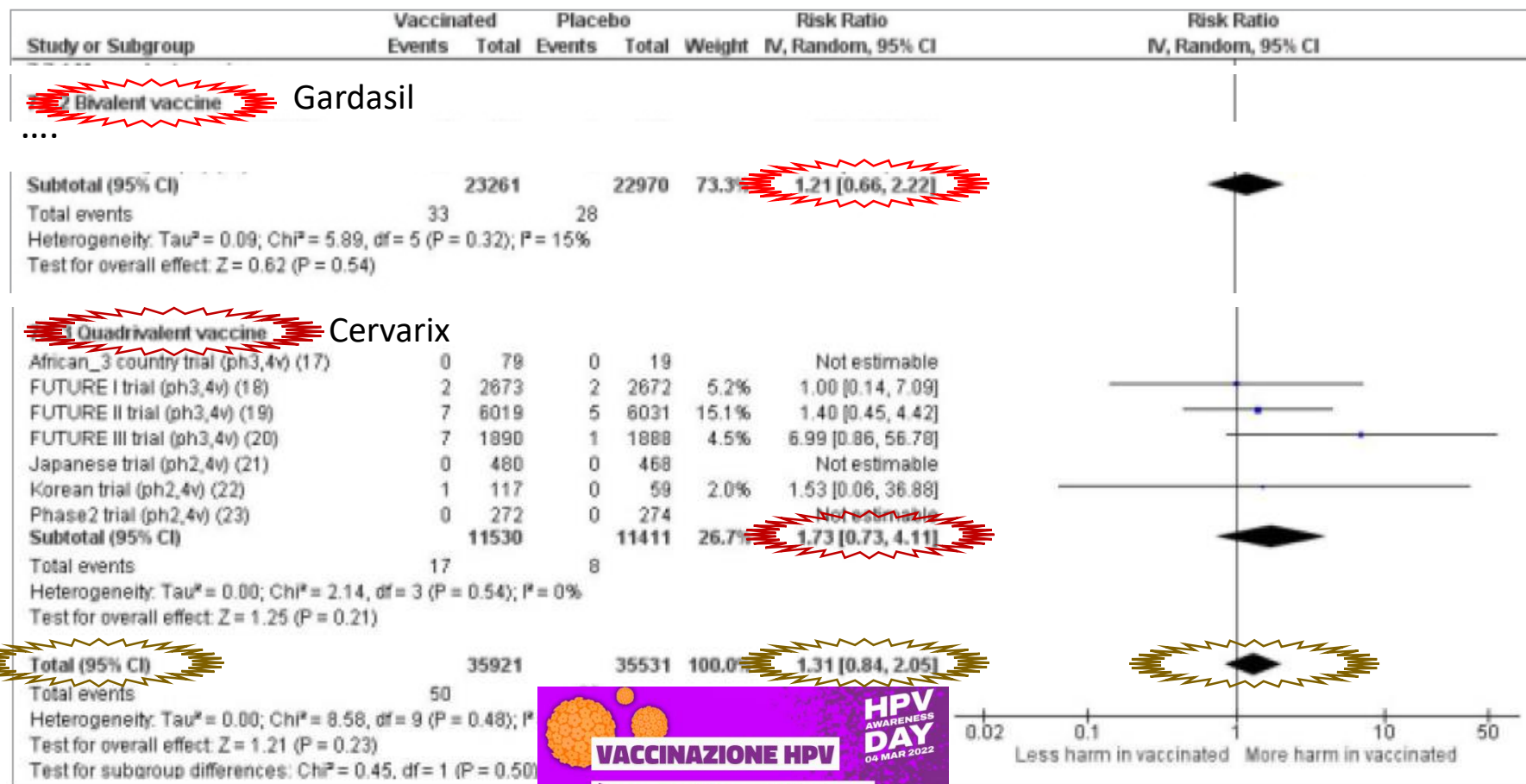


Table 1: Proportion of death and odds ratios in the RCTs of HPV vaccines by age

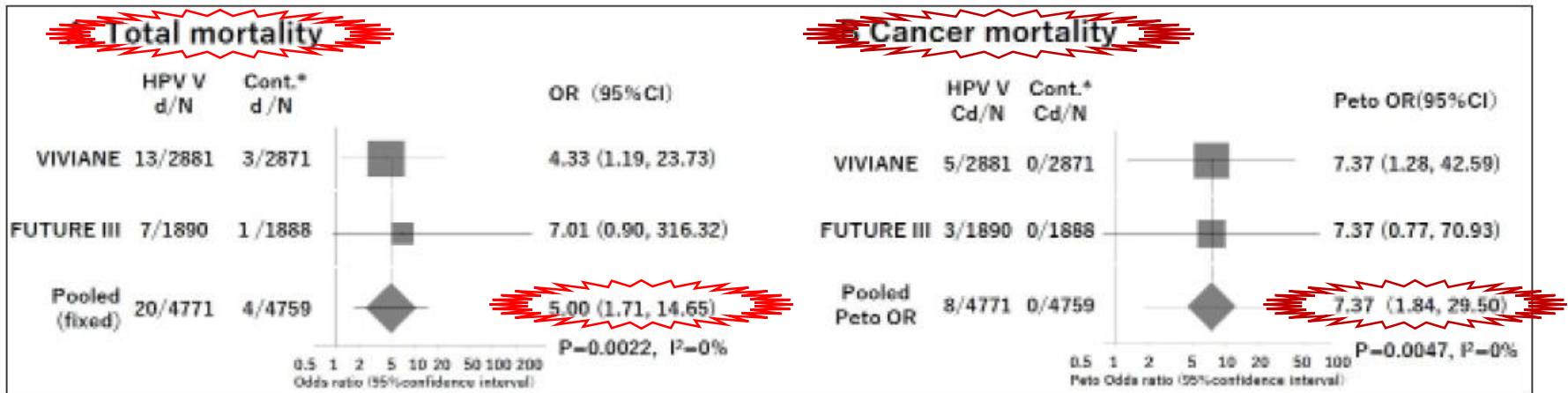
(from the data reported in the Cochrane's systematic review and meta-analysis 2018 [21])

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

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



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



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

Nei 4 anni dopo la vaccinazione HPV ci sono stati:

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

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

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

Consenso più informato!

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

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

Relazioni pubbliche acritiche sulla revisione

All'annuncio della revisione, la riunione di commento di esperti *terzi* ha incluso 6 esperti, tutti del Regno Unito, benché la Collaborazione Cochrane sia un'organizzazione internazionale.

Due avevano **conflitti d'interesse** finanziari con produttori del vaccino, un **terzo era responsabile delle vaccinazioni in Public Health England, che promuove i vaccini HPV.**

Tutti gli esperti si sono espressi lodando la revisione ed efficacia e sicurezza del vaccino, nessuno ha avanzato critiche (ndr: benché, come si è visto, i motivi non mancherebbero!).



Conclusioni¹

Parte del motto della Collaborazione Cochrane è “**Prove di cui ci si può fidare**”, ma **non sembra applicabile alla revisione sul vaccino HPV.**¹

4) Una lezione per il dibattito “sui vaccini” può essere di non farsi scudo di un *generale consenso* per screditare/sanzionare voci critiche, coartando il dibattito scientifico.

Il progresso scientifico si nutre del confronto con dubbi costruttivi, che alimentino la costante ricerca di soluzioni più valide e migliori.

Il dissenso scientifico va affrontato con gli strumenti della scienza, non con censure e anatemi.



Come **osi**
mettere in
discussione
(con argomenti
scientifici)
quello che
dicono **Tutti?!**

5) Una circolare del Ministero della Salute (7-8-18, Grillo) ha presentato le “Vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile **e gravidanza**” (e fa cenno anche al **vaccino HPV, nel caso, da recuperare al primo Pap-test...**). Riflette senz’altro l’attuale *consenso* largamente prevalente sulle vaccinazioni in oggetto, ma le raccomandazioni riportate non sono sorrette da prove forti, né tanto meno indiscutibili, se si considerano gli effetti avversi.

In generale le raccomandazioni dovrebbero sempre essere accompagnate da espressioni di cautela tipo “allo stato delle conoscenze”, lasciando espressamente aperta la possibilità di una loro revisione,

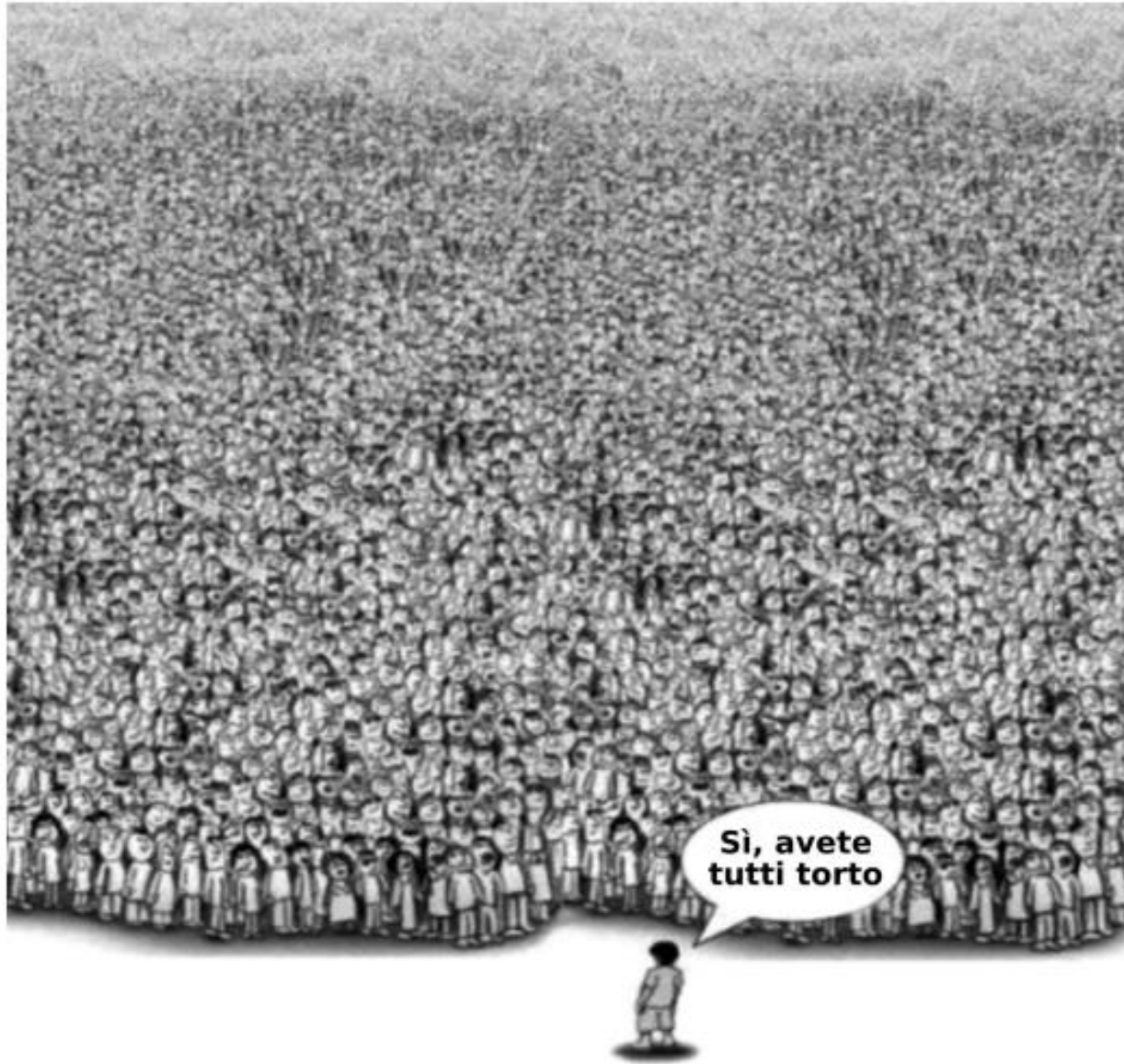
ma è anche urgente che **si riaprano sedi di confronto scientifico indipendente basato sulle prove** (*evidence based medicine*), che occorre **mettere in condizioni di verificare in modo pubblico e indipendente, anziché basarsi sul «volume di consensi»** espressi da organismi «autorevoli» (*eminence based medicine*).

Lo dice l’OMS, la Linea Guida X, la Società scientifica Y ..., dunque **deve** essere vero!!

Osi non **credere?!?**

Ipse dixit!

I professionisti sanitari devono comprendere che, ora più che mai, **altri interessi stanno influenzando la salute**, ma anche **libertà sociali e diritti umani fondamentali**.



Durante la pandemia il mondo ha assistito a un **colpo di stato globale**, diventato possibile grazie alla complicità, alla mancanza di coraggio e di pensiero critico di una parte rilevante dei professionisti sanitari, che **alla fine sono diventati perpetratori dell'Agenda**.

Non permettete che ciò accada di nuovo, difendete la verità scientifica, anche se siete soli, anche se siete gli ultimi. Non dimenticate

il giuramento d'Ippocrate: «**Non farò loro alcun male né commetterò alcuna ingiustizia**»

Table 5. Impact of ADRs experienced using the self-reported seriousness categories, as reported by the patient.

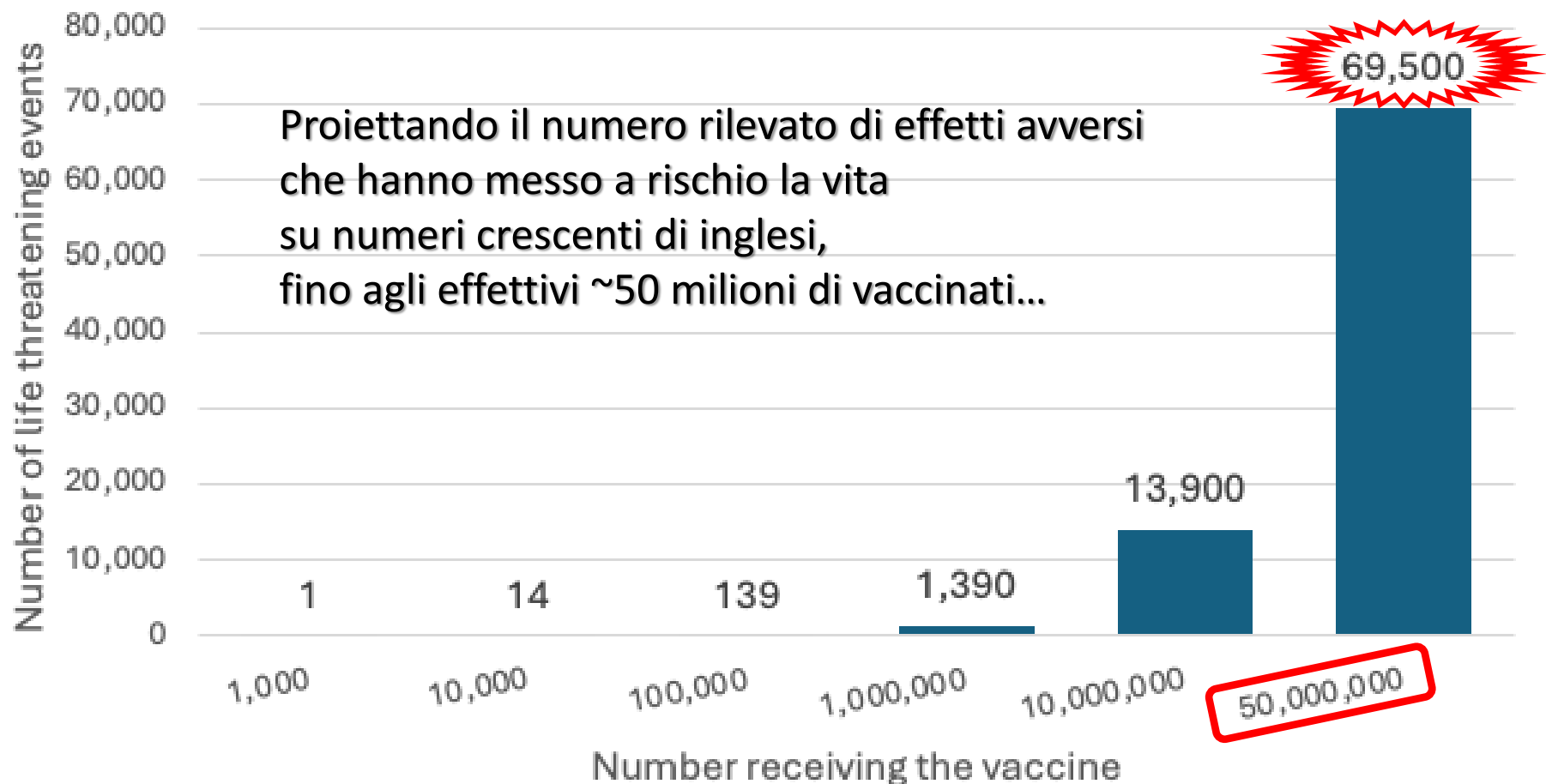
[The MHRA and COVID vaccines surveillance](#)
Medicines and Healthcare products Regulatory Agency

Seriousness category	Number of patients reporting any vaccine dose and reporting an ADR (% of those reporting any dose)			Number of patients reporting a 1 st dose vaccination and reporting an ADR report (% of those reporting a 1 st dose)		
	Yes	No	No response	Yes	No	No response
Mild	3,996 (25.3)	971 (6.2)	10,797 (68.5)	3697 (25.3)	916 (6.3)	9,974 (68.4)
Uncomfortable	3,741 (23.7)	976 (6.2)	11,047 (70.1)	3479 (23.9)	914 (6.3)	10,194 (69.9)
Affect everyday activities	3,522 (22.3)	681 (4.3)	11,561 (73.3)	3270 (22.4)	644 (4.4)	10,673 (73.2)
Medically significant enough to seek medical advice	558 (3.5)	1,272 (8.1)	13,934 (88.4)	502 (3.4)	1,259 (8.6)	12,846 (88.1)
Disabling	45 (0.3)	1,241 (7.9)	14,478 (91.8)	44 (0.3)	1,240 (8.5)	13,303 (91.2)
Hospitalization	84 (0.5)	1,223 (7.8)	14,457 (91.7)	79 (0.5)	1,222 (8.4)	13,286 (91.1)
Life-threatening	22 (0.1)	1,228 (7.8)	14,514 (92.1)	18 (0.1)	1,225 (8.4)	13,344 (91.5)
Congenital anomaly	8 (0.1)	1,219 (7.7)	14,537 (92.2)	8 (0.1)	1,217 (8.3)	13,362 (91.6)

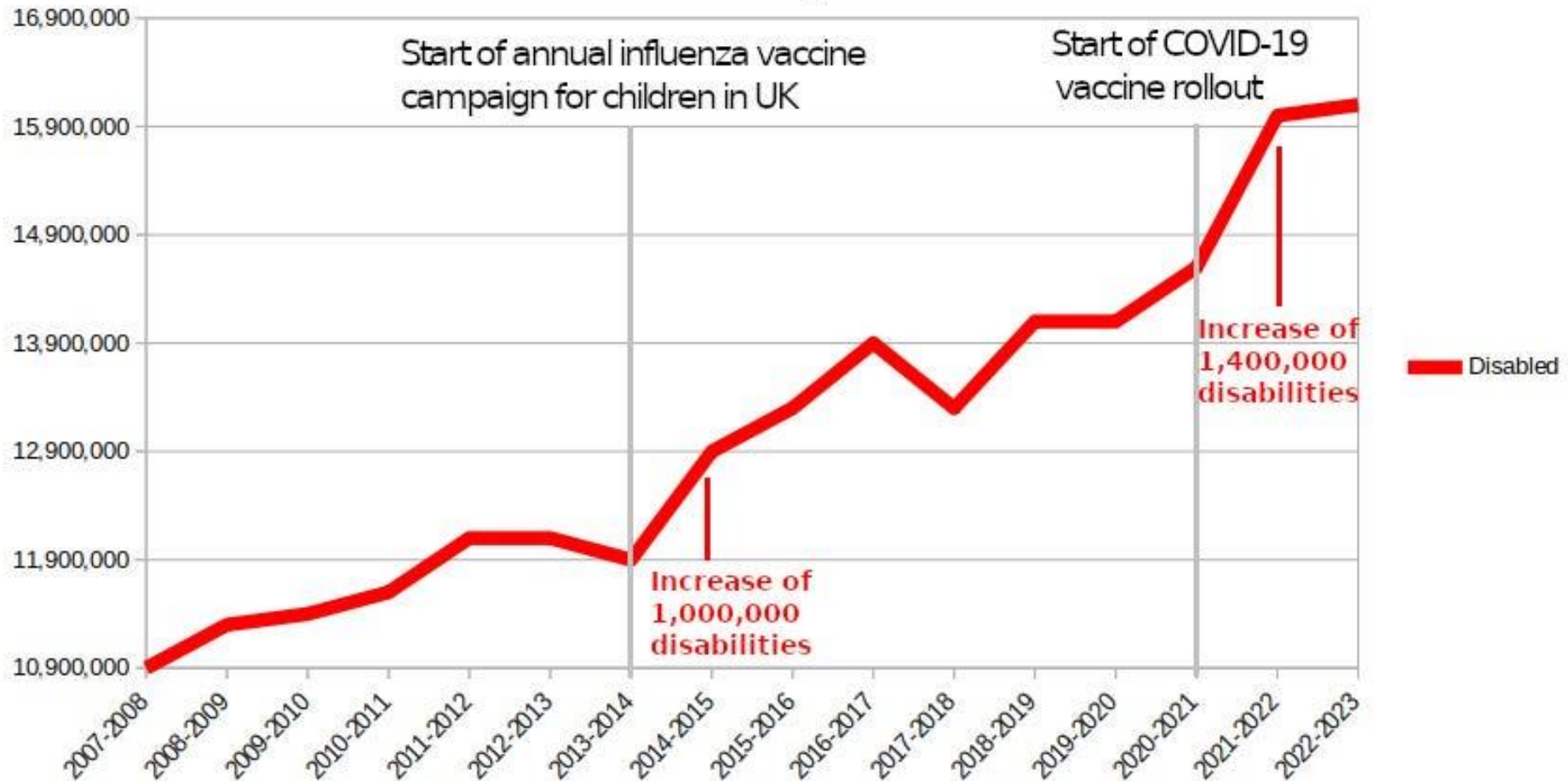
The MHRA and COVID vaccines surveillance

(Medicines and Healthcare products Regulatory Agency)

Scaling up the effect of adverse events based on MHRA data for life threatening events



Number Of Disabled People In UK Per Year



Source: UK Government Family Resources Survey, Years 2007 to 2023.

Che cosa è successo **dal 2013**? Il post fa notare che ad es. si è avviato in UK il **programma vaccinale antinfluenzale infantile con vaccino vivo attenuato**, mentre **nel 2021**, ad es., si è **iniziato a vaccinare per la COVID-19**... Certo, sono associazioni, non prove...

L'Agenzia regolatoria UK **Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI)** ha deciso il **2-10-2024** una **raccomandazione contro la vaccinazione COVID in gravidanza**, perché «il basso rischio di malattie serie da COVID-19 in madri e bambini non ne giustifica i costi.» Il JCVI non ha affrontato le preoccupazioni sulla sicurezza. I vaccini potrebbero essere costo-efficaci solo se evitassero morti neonatali da COVID, «ma **non esistono dati a supporto di ciò.**»



Per l'UK Health Security Agency **si dovrebbero vaccinare 300.000 gravide per evitare 1 ricovero serio da COVID in gravidanza, come per i bambini.**

È però difficile attribuire alla COVID-19 una ospedalizzazione infantile, perché i bambini ricoverati tipicamente hanno altre infezioni concomitanti.

Comunque, «l'UK continuerà a non usare valutazioni di efficacia pratica vaccinale (VE) con metodo standard, **perché fino alla primavera 2025 ha scorte di vaccini già acquistati... (!)**

Hanno inoltre stimato che la VE sia il 50% verso le ospedalizzazioni nelle prime 4 settimane dopo la vaccinazione, riducendosi a **zero intorno ai 6 mesi...**

I risultati dell'unico RCT in donne incinte, con rottura anticipata cieco, **2 donne delle 86 vaccinate hanno contratto una COVID-19**, come 2 delle 89 di controllo...(!)

I risultati del RCT Pfizer in doppio cieco sulle donne incinte sono stati aggiornati qualche mese fa:

- ClinicalTrials URL (→ Uniform Resource Locator: una sequenza di caratteri che identifica univocamente l'indirizzo di una risorsa in Internet): NCT04754594
- Data inizio: 16 febbraio 2021
- Data di annuncio: 18 febbraio 2021
- Arruolamento pianificato: 4000 donne
- Arruolamento effettivo: **683 donne**
- Primi risultati pubblicati: 14 luglio 2023
- Risultati che includevano i casi di COVID-19 pubblicati: 24 giugno 2024
- Follow-up in cieco solo fino a 1 mese dopo la nascita, poi esteso a 6 mesi in aperto

**Ci siamo dovuti
muovere
alla velocità
della Scienza...!**



Benefici? **Zero!** **2 casi di COVID-19 in 86 vaccinate**, 2 casi nelle 89 inoculate con placebo. **VE 3,8%** (meno del 4% !!). Quasi 3 anni per dire 'nessuna differenza nei casi'

Effetti avversi: **eventi avversi di speciale interesse 8** casi di **malformazioni** evidenziate entro 6 mesi dalla nascita, cioè un **tasso 4,2 volte maggiore** (per maggior numero di giorni/persona), che non ha raggiunto la significatività statistica solo per il minimo numero di partecipanti...!

- Comunicato Stampa di Pfizer: nessuno! Se ne sono dimenticati...
ma certo chiunque avrebbe potuto monitorare giorno per giorno *clinicaltrials.gov*
e poi leggersi un mucchio di pagine, per capir qualcosa di ciò che è successo... **O no?**

Senza benefici e con danni quasi certi, **la comunità medica dovrebbe insorgere pretendendo l'immediata cessazione delle vaccinazioni alle donne incinte**

E invece **ginecologi, pediatri, igienisti, sindacati medici, Governi e istituzioni sanitarie continuano a raccomandare come priorità** la vaccinazione delle donne incinte...!

Ma al **NIH** sta per arrivare **Bhattacharya**



al posto di **Francis Collins**



Ai **CDC** **Dave Weldon**



al posto di **Mandy Cohen**



Alla **Food Drug Admin.** **Marty Makary**



al posto di **Robert Califf**



E al **Ministero della Sanità** (US Department of Health and Human Services) → →

DEPARTMENT OF HEALTH 2021

DEPARTMENT OF HEALTH 2025



Dr. Rachel Levine



**Many things
are obvious
once
you see them**

Tra le firme italiane di spicco nell'attaccare la **Dichiarazione del Great Barrington** firmata dai Prof. **Jay Bhattacharia** (Stanford), **Sunetra Gupta** (Oxford) e **Martin Kulldorf** (Harvard, licenziato)

Carlo Signorelli è presidente del Gruppo Tecnico Nazionale Vaccinazioni (febb. '22)



Il gruppo di esperti ha il compito di informare la politica vaccinale italiana con le ultime evidenze scientifiche

Carlo Signorelli, professore ordinario di Igiene e sanità pubblica presso l'**Università Vita-Salute San Raffaele di Milano**, è stato nominato **presidente del National Immunization Technical Advisory Group** (NITAG), nuovo gruppo tecnico nazionale sulle vaccinazioni, istituito presso il **Ministero della Salute**.

Walter Ricciardi, già presidente ISS e Consigliere del Ministro Salute Speranza



Professore Ordinario d'Igiene e Medicina Preventiva, Direttore Dipartimento Sanità Pubblica Policlinico Gemelli (Roma), presidente di sezione del Consiglio Superiore di Sanità...

«Con Trump il popolo si è ripreso il potere»

L'analista Usa: «La sua vittoria è simile al crollo del Muro di Berlino. Queste elezioni erano un referendum sulla libertà di parola e s'è visto che la gente ormai diffida dei media mainstream. Donald eviterà gli errori del 2016: non sarà fagocitato dagli apparati»

di MARTINA PASTORELLI



«Non è il solito spostamento di inquilini della Casa Bianca. Assomiglia a un vero e proprio trasferimento di potere, non solo da Biden a Trump, ma da un governo permanente, insediato in molti settori e rimasto a lungo nascosto, a una forma di governo completamente nuova, che risponde agli elettori reali. La maggioranza silenziosa non è mai stata così improvvisamente rumorosa».

Con queste parole Jeffrey Tucker, fondatore di Brownstone institute, think tank americano che propone analisi politico-culturali tra le più lucide, intelligenti e fuori dal coro, nei giorni scorsi ha commentato su X il recente voto americano, e ora in questa intervista concessa alla Verità torna sul tema ragionando più nel dettaglio sulle sue implicazioni.

Perché sostiene che queste elezioni siano state rivoluzionarie?

«Gli americani hanno la profonda convinzione di dover essere a capo dei propri governi: viene dalla nostra storia, dalla rivoluzione contro l'Impero britannico che portò a un nuovo sistema fondato sul governo del popolo attraverso i suoi rappresentanti eletti, con la Costituzione a bilanciare i loro poteri e a garantire i diritti umani fondamentali, come la libertà di espressione sancita dal Primo emendamento. Nel tempo abbiamo sopportato molto ma quello cui abbiamo assistito negli ultimi cinque anni è stato orribile ed era divenuto intollerabile, specialmente il controllo

chiuso scuole, parchi giochi, attività commerciali fino ad arrivare - con il pretesto di controllare la diffusione del virus - a spingere il voto a distanza nelle presidenziali del 2020, permettendo una enorme quantità di frodi elettorali. Insomma: qualcun altro aveva tolto il controllo del governo al popolo; così, in questi anni la rabbia è montata e nonostante i media nazionali abbiano cercato di far dimenticare quello che era successo, gli americani se ne sono ricordati. Trump ha preparato la sua riscossa e negli ultimi mesi ha riunito attorno a sé figure come Robert F. Kennedy jr. e Elon Musk per affrontare Kamala Harris, questa figura rimasta nell'ombra che improvvisamente è stata portata alla ribalta e sostenuta da grandi finanziamenti, ma che non aveva niente da dire. Abbiamo assistito a una delle frange più disastrose della storia degli Stati Uniti, che ha portato ad un cambiamento straordinario: la restituzione del potere al popolo».

Queste elezioni hanno segnato la disfatta dei media mainstream, che salutavano Kamala come la Barack Obama al femminile e hanno portato avanti una narrazione parallela su molti temi, ma sono stati inascoltati. Hanno imparato la lezione?

«In questi giorni stanno criticando le scelte di Trump per il suo gabinetto ma sono gli stessi che lo chiamavano Hitler in campagna elettorale: non hanno più alcuna credibilità. Il problema dei media americani è che da un lato sono molto dipendenti dai contributi pubblicitari dell'industria farmaceutica, di cui eseguono gli ordini; dall'altro sono legatissimi all'amministra-



ESPERIENZA Jeffrey Tucker, fondatore di Brownstone institute

del mainstream, che infatti hanno sostenuto lockdown e obblighi vaccinali. Adesso sono furibondi ma la gente non li segue più perché ci sono alternative - come X, Rumble, Substack - dove vige il free speech e che offrono una diversa prospettiva sul mondo. Abbiamo assistito a un collasso improvviso, simile a quello del muro di Berlino nel 1989».

Avvenuto giusto in tempo visto che in nome della lotta a hate speech e disinformazione ci si apprestava a stringere il controllo su queste alternative, anche grazie a strumenti come il Digital services act europeo...

nerie tutte è anteporre la speranza all'esperienza, visto che la politica è anche fare i conti con i fatti che accadono. Ma seguì la politica da molto tempo e non ho mai visto tanta tenacia nel pianificare questa sorta di contro rivoluzione. Musk e Ramaswamy vogliono fare con le agenzie governative quanto è stato fatto con Twitter: quando Elon acquisì il social licenziò quattro dipendenti su cinque e sostituì molti di quelli che erano rimasti, con il risultato che la piattaforma non ha mai funzionato così bene. Hanno una lista di oltre 400 agenzie in cui, a partire dal Covid, buona parte del personale lavora da casa: è molto probabile che ne chiuderanno almeno un centinaio, in parte pagando una buonuscita ai dipendenti, in parte obbligandoli a rientrare in ufficio, il che scremerà di almeno un quarto gli impiegati. Insomma, penso che abbiano le idee molto chiare. Non succederà quello che accadde nel 2016, quando il team di Trump venne fagocitato dall'apparato

stile di vita sano e per la libertà terapeutica, che storicamente apparteneva alla sinistra, adesso è migrato a destra, subito dopo l'attentato nei suoi confronti. Trump ha telefonato chiedendogli di unirsi. Kennedy, sprezzato dal New York e dalle industrie che, adesso, potranno vederanno il controllo che sa: tute of health, decine di milioni agli scienziati, la Food and drug administration, che approva medicinali e cibi. Il suo obiettivo è rovesciare gli interessi delle industrie, migliorare la catena alimentare, rimuovere la medicalizzazione forzata in questo Paese».

Un'altra nomina cruciale è quella di Tulsi Gabbard a direttore della National security intelligence: colei che è stata definita il peggior incubo del deep state viene già tacciata di essere un asset russo.

Avvenuto giusto in tempo visto che in nome della lotta a hate speech e disinformazione ci si apprestava a stringere il controllo su queste alternative, anche grazie a strumenti come il Digital services act europeo...

Donald Trump è stato eletto

e sulla libertà di (contro) informazione scientifica!

Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial



Lancet 2020; 395: 1569–78

Published Online

April 29, 2020

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31022-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31022-9)

Yeming Wang*, Dingyu Zhang*, Guanhua Du*, Ronghui Du*, Jianping Zhao*, Yang Jin*, Shouzhi Fu*, Ling Gao*, Zhenshun Cheng*, Qiaofa Lu*, Yi Hu*, Guangwei Luo*, Ke Wang, Yang Lu, Huadong Li, Shuzhen Wang, Shunan Ruan, Chengqing Yang, Chunlin Mei, Yi Wang, Dan Ding, Feng Wu, Xin Tang, Xianzhi Ye, Yingchun Ye, Bing Liu, Jie Yang, Wen Yin, Aili Wang, Guohui Fan, Fei Zhou, Zhibo Liu, Xiaoying Gu, Jiuyang Xu, Lianhan Shang, Yi Zhang, Lianjun Cao, Tingting Guo, Yan Wan, Hong Qin, Yushen Jiang, Thomas Jaki, Frederick G Hayden, Peter W Horby, Bin Cao, Chen Wang

Oggi le Linee Guida OMS prevedono remdesivir solo per uso precoce in COVID lieve-moderato a rischio...



Findings Between Feb 6, 2020, and March 12, 2020, 237 patients were enrolled and randomly assigned to a treatment group (158 to remdesivir and 79 to placebo); one patient in the placebo group who withdrew after randomisation was not included in the ITT population. Remdesivir use was not associated with a difference in time to clinical improvement (hazard ratio 1.23 [95% CI 0.87–1.75]). Although not statistically significant, patients receiving remdesivir had a numerically faster time to clinical improvement than those receiving placebo among patients with symptom duration of 10 days or less (hazard ratio 1.52 [0.95–2.43]). Adverse events were reported in 102 (66%) of 155 remdesivir recipients versus 50 (64%) of 78 placebo recipients. Remdesivir was stopped early because of adverse events in 18 (12%) patients versus four (5%) patients who stopped placebo early.

Interpretation In this study of adult patients admitted to hospital for severe COVID-19, remdesivir was not associated with statistically significant clinical benefits. However, the numerical reduction in time to clinical improvement in those treated earlier requires confirmation in larger studies.

5 marzo 2022. Ann Intern Med. [Remdesivir for Adults With COVID-19: A Living Systematic Review and Meta-analysis for the American College of Physicians Practice Points](#)



Questa **revisione** aggiorna le prove sul Remdesivir.

I risultati confermano che **un ciclo di 10 giorni di Remdesivir (\$ 4.680 nel 2020), rispetto al controllo, probabilmente comporta una differenza minima o nulla nella mortalità (5 RCT).**

I risultati aggiornati confermano anche che Remdesivir probabilmente si traduce in un moderato aumento della percentuale di pazienti guariti entro il giorno 29 (4 RCT), **può** ridurre il tempo di miglioramento clinico (2 RCT) e la durata della degenza ospedaliera (4 RCT).

I nuovi RCT evidenziano che Remdesivir probabilmente **riduce di poco** la proporzione di pazienti che ricevono ventilazione o ossigenazione extracorporea della membrana (4 RCT) e alterano anche le conclusioni per quanto riguarda gli **eventi avversi**: Remdesivir, rispetto al controllo, può portare a una piccola riduzione degli eventi avversi gravi, ma **anche a un piccolo aumento di qualsiasi evento avverso.**



Original Investigation | Infectious Diseases

Association of Remdesivir Treatment With Survival and Length of Hospital Stay Among US Veterans Hospitalized With COVID-19

Michael E. Ohl, MD, MSPH; Donald R. Miller, ScD; Brian C. Lund, PharmD; Takaaki Kobayashi, MD; Kelly Richardson Miell, PhD; Brice F. Beck, MA; Bruce Alexander, PhD; Kristina Crothers, MD; Mary S. Vaughan Sarrazin, PhD

Abstract

IMPORTANCE Randomized clinical trials have yielded conflicting results about the effects of remdesivir therapy on survival and length of hospital stay among people with COVID-19.

OBJECTIVE To examine associations between remdesivir treatment and survival and length of hospital stay among people hospitalized with COVID-19 in routine care settings.

Key Points

Question Is remdesivir treatment associated with improved survival or shortened hospitalizations among people with COVID-19 in routine care settings?



Età media 67 anni, soprattutto maschi, ricoverati COVID⁺ in reparti con cure di routine della Veteran Administration, appaiamento con *propensity score*.

Remdesivir **non è risultato associato con mortalità a 30 giorni (12,2% vs 10,6%)**, simile nei pz che hanno ricevuto desametazone all'inizio di remdesivir (**aHR 1,19**, n.s.); ed associato con tempi mediani di dimissione più lunghi (**6 giorni** vs 3 nei controlli)

Conclusion

Possibile **maggior uso dei letti ospedalieri senza miglioramenti nella sopravvivenza.**

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

DECEMBER 12, 2019

VOL. 381 NO. 24

A Randomized, Controlled Trial of Ebola Virus Disease Therapeutics

Sabue Mulangu, M.D., Lori E. Dodd, Ph.D., Richard T. Davey, Jr., M.D., Olivier Tshiani Mbaya, M.D.,

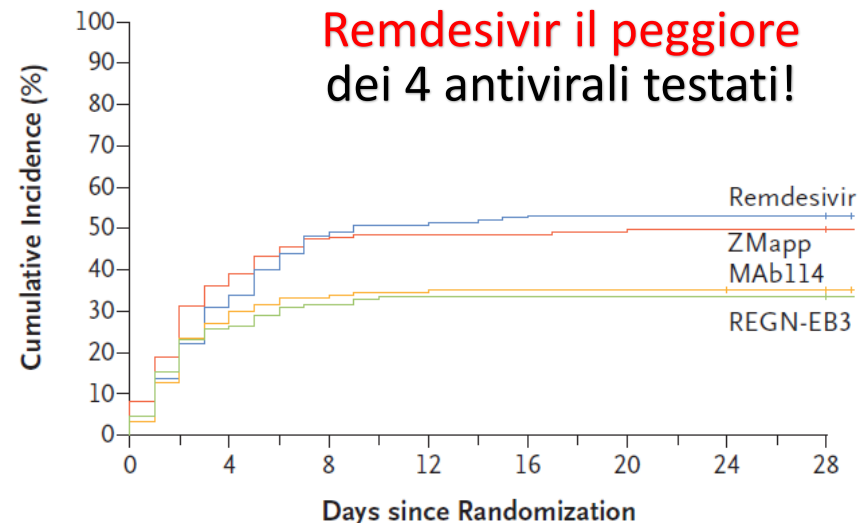
Figure 1. Cumulative Incidence of Death.

Shown are Kaplan–Meier estimates of the cumulative incidence of death. Panel A shows the estimates in the overall population, Panel B the estimates in patients who had a nucleoprotein cycle-threshold (Ct) value of 22 or less at baseline (corresponding to a high viral load), and Panel C the estimates in patients who had a Ct value of more than 22 at baseline (corresponding to a low viral load).

the duration of symptoms at enrollment, baseline nucleoprotein Ct value, and serum creatinine level all remained significant prognostic indicators of death (Table 4). Across all models, the effect estimates of treatment with MAb114 and REGN-EB3 remained significant (Table 3 and 4).

The percentage of patients who died was

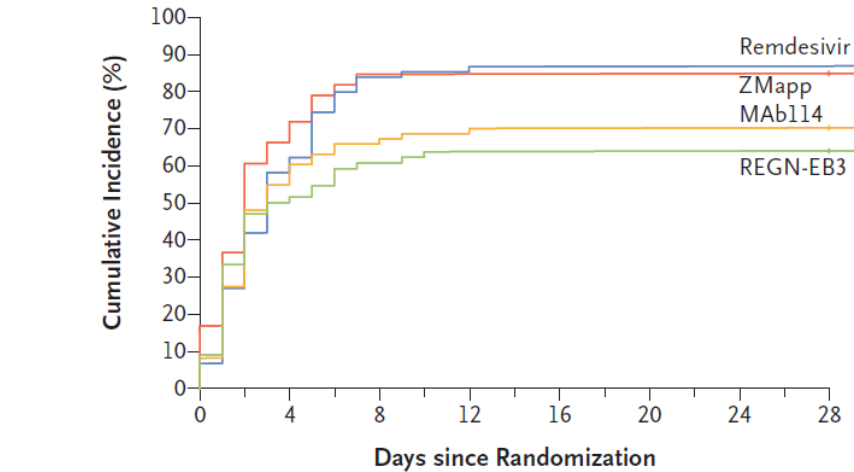
A Incidence of Death, Overall



No. at Risk

ZMapp	169	137	108	96	89	87	87	87	87	86	86	85	85	85	85
Remdesivir	175	151	121	105	91	86	86	85	83	82	82	82	82	82	82
MAb114	174	152	127	119	116	114	114	113	113	113	113	113	113	112	112
REGN-EB3	155	131	115	110	106	104	103	103	103	103	103	103	103	103	103

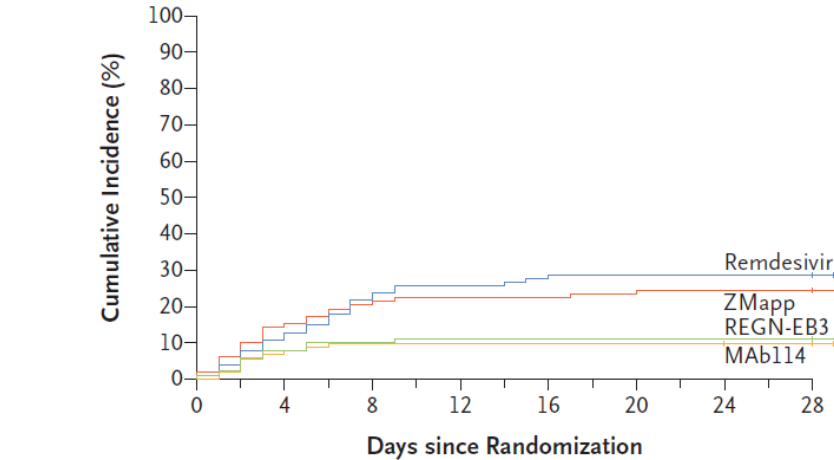
B Incidence of Death, Patients with a High Viral Load



No. at Risk														
ZMapp	71	45	24	15	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Remdesivir	75	55	32	20	13	12	12	11	11	11	11	11	11	11
MAb114	73	53	33	27	25	23	23	22	22	22	22	22	22	22
REGN-EB3	66	44	33	30	26	25	24	24	24	24	24	24	24	24



C Incidence of Death, Patients with a Low Viral Load



No. at Risk														
ZMapp	98	92	84	81	78	76	76	76	76	75	75	74	74	74
Remdesivir	100	96	89	85	78	74	74	74	72	71	71	71	71	71
MAb114	101	99	94	92	91	91	91	91	91	91	91	91	90	90
REGN-EB3	89	87	82	80	80	79	79	79	79	79	79	79	79	79

Quotidiano Sanità 30 aprile 2020

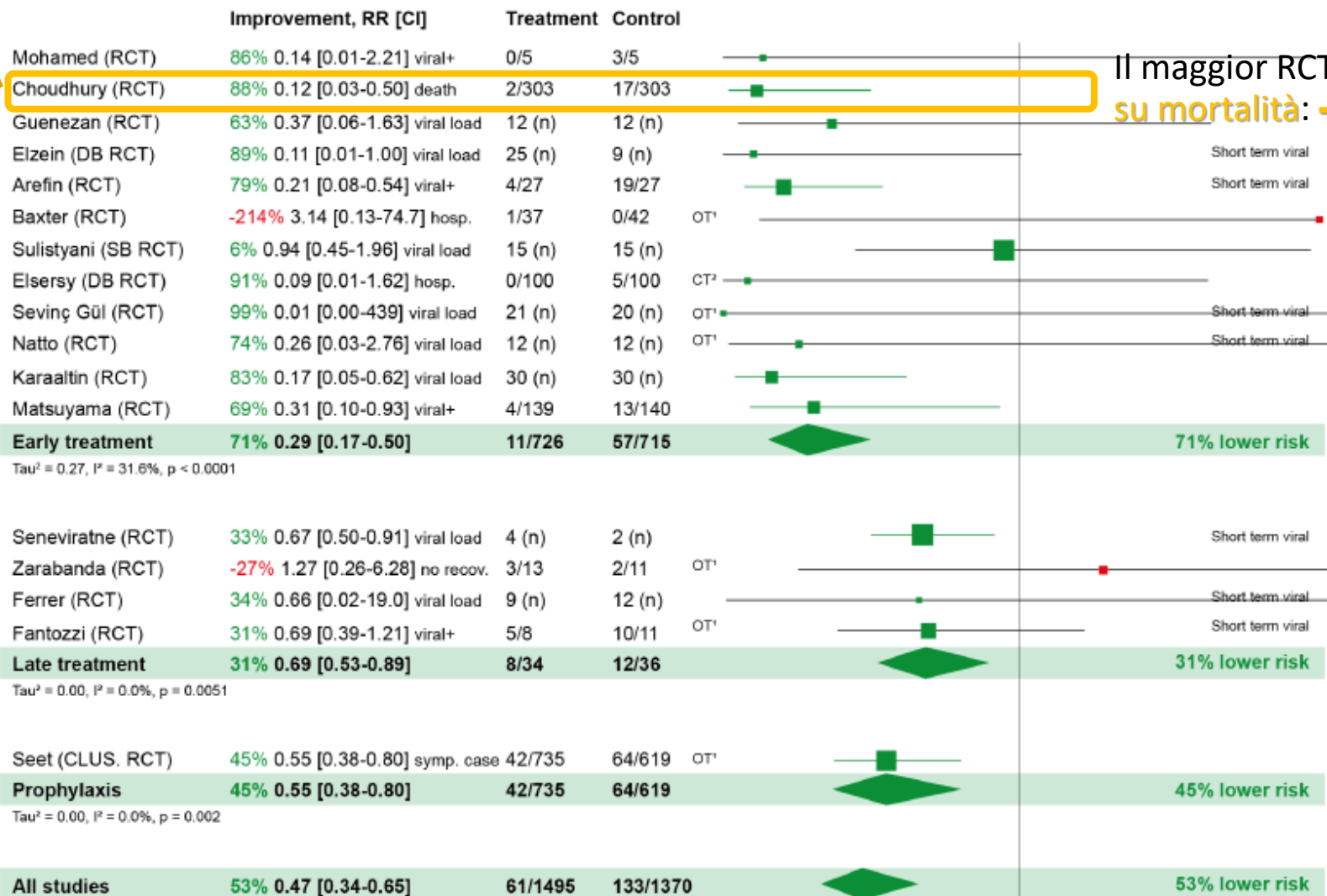
Coronavirus. “Risultati altamente significativi” di remdesivir: i pazienti si rimettono più velocemente

Il Dr. Anthony Fauci, punto di riferimento in America per quanto riguarda le malattie infettive, ha dichiarato che il remdesivir, farmaco antivirale sperimentale di Gilead Sciences, diventerà lo standard di cura per Covid-19, dopo che sono stati resi noti, mercoledì, i primi risultati degli studi clinici che dimostrano come il farmaco permetta una remissione più rapida dei pazienti. Si tratta però di dati preliminari, che vanno confrontati con altri studi che hanno fornito risultati contrastanti sull'efficacia del farmaco.



Remdesivir potrebbe essere il nuovo standard di cura contro Covid-19, secondo Fauci
(AboutPharma 30-2020)

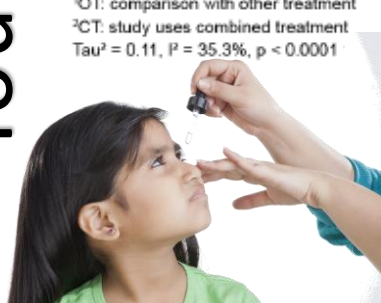
Iodopovidone locale all'1%



Il maggior RCT, **unico** su mortalità: - **88%**

0 0.25 0.5 0.75 1 1.25 1.5 1.75 2+

Favors povidone-iodine Favors control





[America's Medical Monopoly: An Injection of Truth](#)

America's Medical Monopoly: An Injection of Truth

HART ha pubblicato un articolo intitolato "La caccia alle streghe continua", sull'autocensura dei medici, sull'eccesso di potere del General Medical Council (GMC) e di come i professionisti siano cancellati dall'albo dei medici, anche senza alcuna irregolarità.

Non si tratta però di un fenomeno nuovo. Se approfondiamo la storia di come è stato istituito **il nostro attuale "monopolio medico"**, con le sue radici saldamente in America, **è un inquietante manuale di censura, corruzione e sovversione dell'etica che dura da oltre 130 anni.**

L'attuale monopolio medico è stato ideato dalla famiglia Rockefeller e dai suoi molti contatti (lo documenta il libro di Eustace Mullins "*Murder by Injection: The Story of the Medical Conspiracy Against America*").

Racconta come **l'introduzione di un monopolio con ogni mezzo**, tra cui **racket, abusi, censura e peggio**, abbia permesso la **presa di possesso della salute da agenzie federali e governi**, inestricabilmente **legati all'industria e a Big Pharma.**

Tale monopolio è stato orchestrato dall'uomo più ricco del mondo ai tempi, John Rockefeller, che aveva trionfato nel monopolio del petrolio. Sostenuto da Rothschild e dai colleghi di Wall Street, sperava che il monopolio medico avrebbe fornito profitti ancor maggiori del petrolio. E infatti...

L'American Medical Association (AMA), fondata nel 1847, dalla sua nascita aveva un **obiettivo**: creare un **monopolio medico totale della pratica medica** e garantire che l'**allopatia fosse la base** della sua pratica.

La medicina allopatrica richiedeva che i professionisti ricevessero una formazione in una scuola di medicina accademica riconosciuta, basata molto su procedure chirurgiche e farmaci. L'allopatia rivaleggiava con l'omeopatia, e con scuole che promuovevano rimedi naturali; a metà del 1800 gli omeopati superavano gli allopati negli USA: una statistica da ribaltare.

Nel 1907 l'AMA chiese alla Carnegie Foundation un sondaggio sulle scuole di medicina negli USA; la Fondazione nominò Abraham Flexner a capo dello studio, mentre suo fratello era capo del *Rockefeller Institute of Medical Research*...

Il rapporto e l'AMA decisero che c'erano troppi medici e crearono un sistema educativo medico così elitario che alla maggior parte degli studenti impedisse tale carriera. La formazione universitaria fu strutturata intorno alla medicina allopatrica, e nel 1920 le scuole di medicina erano scese da 650 a 50.

Obbligarono le agenzie governative a perseguire chiunque minacciava il loro monopolio, anche con arresti e carcere (Macron non ha inventato...!).

L'AMA fu determinante nel nascondere terapie benefiche (ma non redditizie) con prodotti di valore, che erano rifiutati o la cui accettazione subiva ritardi ingiustificati

