

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

(57° incontro, 9-2-'25)

Gruppo di studio Info-VAX*
(*evidence based*)
e strategie anti COVID-19



*** facciamo riferimento al metodo e alle prove (*evidence*) scientifiche disponibili per individuare le migliori strategie attuabili, e chiediamo di aprire un dibattito scientifico in merito**

Alberto Donzelli – Presidente e Coordinatore
Comitato scientifico della Fondazione e *Allineare Sanità Salute*
www.fondazioneallinearesanitaesalute.org

Il gruppo si è costituito per approfondire temi medico-scientifici legati alla COVID-19 con un **approccio scientifico basato sulla evidence** (prove – *EBM, EB Prevention, EB Health Care*), promuovendo un confronto approfondito fra addetti ai lavori per un **dibattito scientifico aperto**, che accetti anche un effettivo contraddittorio

Non accetteremo alcuna strumentalizzazione che screditi il metodo scientifico utilizzato, né tollereremo appellativi quali *negazionisti, complottisti* o altro, che mettano in discussione il decoro, la professionalità, la dignità della professione medica svolta dai componenti del gruppo di studio.



Avv. Lina Manuali

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

Dichiarazione

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

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

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

E che

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

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

La CMSi chiede dal 2021 un confronto scientifico/istituzionale, che si sta aprendo...

Questa presentazione affronterà:



- Scaletta (Slide 4).
- Fondazione *Allineare Sanità e Salute* (S 5) ed es. di disease mongering:
- Caffè e diabete T2. Caffè e cause di morte (da S 6)
- Patologie epatiche, caffè ecc. (e screening dell'epatite C) (da S 9)
- Pediatra: accettare o no di seguire bambino non vaccinato vs morbillo? (da S 11)
- Vaccinazione antinfluenzale a donne incinte: priorità o all'opposto...? (da S 18)
- Vaccinazione prenatale e rischi di autismo. Fattori di rischio per autismo (da S 24)
- Spesa per la prevenzione in EU e Italia. Screening 'preventivi' (da S 36)
- Spesa sanitaria pubblica in Italia: aumentarla? (da S 39)
- Algoritmo OMS per valutazione di causalità vaccinale (da S 44)
- Vaccinazione COVID ed Herpes Zoster (e anticorpi antimorbillo) (da S 56)
- Efficacia pratica a lungo termine (?!) di vaccinazione contro variante XBB.1.5 (da S 57)
- Ioannidis, vaccinazione COVID e stime mortalità totale (da S 60)
- Aspettando JFK Jr (da S 68)
- NAC nella cura della COVID (da S 69)



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 →)

Coffee Consumption, Additive Use, and Risk of Type 2 Diabetes– Results from Three Large Prospective US Cohort Studies

Matthias Henn, Andrea J. Glenn, Walter C. Willett, Miguel A. Martínez-González, Qi Sun, Frank B. Hu



PII: S0002-9165(25)00017-6

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2025.01.017>

Reference: AJCNUT 797



To appear in: *The American Journal of Clinical Nutrition*

Accepted Date: 13 January 2025

Obiettivo: associazione tra consumo di caffè e Diabete T2, considerando aggiunte di zucchero, dolcificanti artificiali, crema (e sbiancanti non da latticini)

Metodi: tre grandi coorti prospettiche: NHS 1986-2020, NHS II e HPFS 1991-2020; consumi riportati di caffè, diabete e additivi confermati da questionari validati, rivalutati ogni 2 anni, con simultanea correzione per moltissimi possibili confondimenti.

Risultati: ~13.300 casi di diabete T2, dopo correzione multivariabile **ogni ulteriore tazza di caffè senza aggiunte** (e/o con crema) **rischio diabete -10%**, senza differenze se con o senza caffeina; se +1 cucchiaino da tè di zucchero solo -5% (e + peso); se aggiunta dolcificanti (aspartame, acesulfame K, sucralosio) solo -7%; se sbiancanti -5% (n.s.)

Coffee Drinking and Mortality in 10 European Countries

A Multinational Cohort Study

Marc J. Gunter, PhD*; Neil Murphy, PhD*; Amanda J. Cross, PhD; Laure Dossus, PhD; Laureen Dartois, PhD; Guy Fagherazzi, PhD; Rudolf Kaaks, PhD; Tilman Kühn, PhD; Heiner Boeing, PhD; Krasimira Aleksandrova, PhD; Anne Tjønneland, MD, PhD; Anja Olsen, PhD; Kim Overvad, MD, PhD; Sofus Christian Larsen, PhD; Maria Luisa Redondo Comejo, PhD; Antonio Agudo, PhD; Maria José Sánchez Pérez, MD, PhD; Jone M. Altzibar, PhD; Carmen Navarro, MD, PhD; Eva Ardanaz, MD, PhD; Kay-Tee Khaw, MB BChir; Adam Butterworth, PhD; Kathryn E. Bradbury, PhD; Antonia Trichopoulou, MD, PhD; Pagona Lagiou, MD, PhD; Dimitrios Trichopoulos, MD, PhD†; Domenico Palli, MD; Sara Grioni, BSc; Paolo Vineis, MD, MPH; Salvatore Panico, MD, MSc; Rosario Tumino, MD; Bas Bueno-de-Mesquita, MD, PhD; Peter Siersema, MD, PhD; Max Leenders, PhD; Joline W.J. Beulens, PhD; Cuno U. Utterwaal, MD, PhD; Peter Wallström, MD, PhD; Lena Maria Nilsson, PhD; Rikard Landberg, PhD; Elisabete Weiderpass, MD, PhD; Guri Skeie, PhD; Tonje Braaten, PhD; Paul Brennan, PhD; Ildir Lica, PhD; David C. Muller, PhD; Rashmi Sinha, PhD; Nick Wareham, PhD, MBBs; and Elio Riboli, MD, ScM

Background: The relationship between coffee consumption and mortality in diverse European populations with variable coffee preparation methods is unclear.

Objective: To examine whether coffee consumption is associated with all-cause and cause-specific mortality.

Design: Prospective cohort study.

Setting: 10 European countries.

Participants: 521 330 persons enrolled in EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition).

Measurements: Hazard ratios (HRs) and 95% CIs estimated using multivariable Cox proportional hazards models. The association of coffee consumption with serum biomarkers of liver function, inflammation, and metabolic health was evaluated in the EPIC Biomarkers subcohort ($n = 14\ 800$).

Results: During a mean follow-up of 16.4 years, 41 693 deaths occurred. Compared with nonconsumers, participants in the highest quartile of coffee consumption had statistically significantly lower all-cause mortality (men: HR, 0.88 [95% CI, 0.82 to 0.95]; P for trend < 0.001 ; women: HR, 0.93 [CI, 0.87 to 0.98]; P for trend = 0.009). Inverse associations were also observed for digestive disease mortality for men (HR, 0.41 [CI, 0.32 to 0.54]; P for trend < 0.001) and women (HR, 0.60 [CI, 0.46 to 0.78]; P for trend < 0.001). Among women, there was a statistically significant

inverse association of coffee drinking with circulatory disease mortality (HR, 0.78 [CI, 0.68 to 0.90]; P for trend < 0.001) and cerebrovascular disease mortality (HR, 0.70 [CI, 0.55 to 0.90]; P for trend = 0.002) and a positive association with ovarian cancer mortality (HR, 1.31 [CI, 1.07 to 1.61]; P for trend = 0.015). In the EPIC Biomarkers subcohort, higher coffee consumption was associated with lower serum alkaline phosphatase; alanine aminotransferase; aspartate aminotransferase; γ -glutamyltransferase; and, in women, C-reactive protein, lipoprotein(a), and glycated hemoglobin levels.

Limitations: Reverse causality may have biased the findings; however, results did not differ after exclusion of participants who died within 8 years of baseline. Coffee-drinking habits were assessed only once.

Conclusion: Coffee drinking was associated with reduced risk for death from various causes. This relationship did not vary by country.

Primary Funding Source: European Commission Directorate-General for Health and Consumers and International Agency for Research on Cancer.

Ann Intern Med. doi:10.7326/M16-2945

For author affiliations, see end of text.

This article was published at Annals.org on 11 July 2017.

* Drs. Gunter and Murphy contributed equally to this work.

† Deceased.



Annals.org



Appendix Table 9. Multivariable Associations of Daily Coffee Consumption and All-Cause and Cause-Specific Mortality Among Men and Women After Exclusion of Deaths Occurring During the First 8 Years of Follow-up (n = 10 790)*

Variable	Coffee Consumption†					P Value for Trend	Per Cup Per Day‡
	Nonconsumers	Quartile 1 (Low)	Quartile 2 (Medium-Low)	Quartile 3 (Medium-High)	Quartile 4 (High)		
All-cause mortality							
Men	1.00 (reference)	0.92 (0.85–1.00)	0.90 (0.82–0.97)	0.85 (0.78–0.92)	0.88 (0.81–0.96)	0.001	0.98 (0.97–0.99)
Women	1.00 (reference)	0.96 (0.90–1.02)	0.91 (0.86–0.97)	0.93 (0.87–0.99)	0.94 (0.88–1.01)	0.08	0.99 (0.99–1.01)
Cancer (ICD-10 codes C00–D48)							
Men	1.00 (reference)	0.95 (0.83–1.09)	0.99 (0.86–1.13)	0.97 (0.84–1.11)	1.02 (0.88–1.18)	0.28	1.00 (0.98–1.02)
Women	1.00 (reference)	1.00 (0.90–1.12)	1.01 (0.90–1.12)	1.04 (0.93–1.16)	1.09 (0.97–1.21)	0.03	1.02 (1.01–1.04)
Circulatory diseases (ICD-10 codes I00–I99)							
Men	1.00 (reference)	1.00 (0.84–1.19)	0.93 (0.78–1.10)	0.88 (0.73–1.05)	0.91 (0.76–1.10)	0.03	0.97 (0.95–0.99)
Women	1.00 (reference)	0.92 (0.79–1.07)	0.79 (0.68–0.92)	0.81 (0.69–0.96)	0.85 (0.72–1.01)	0.013	0.98 (0.95–1.01)
Cerebrovascular diseases (ICD-10 codes I60–I69)							
Men	1.00 (reference)	0.92 (0.65–1.31)	0.88 (0.62–1.25)	0.81 (0.56–1.17)	0.78 (0.53–1.14)	0.09	0.94 (0.88–0.99)
Women	1.00 (reference)	0.89 (0.68–1.15)	0.80 (0.62–1.04)	0.79 (0.60–1.05)	0.77 (0.57–1.03)	0.04	0.97 (0.92–1.02)
Ischemic heart diseases (ICD-10 codes I20–I25)							
Men	1.00 (reference)	1.13 (0.86–1.49)	1.06 (0.81–1.39)	0.99 (0.75–1.32)	1.08 (0.75–1.32)	0.59	0.99 (0.95–1.03)
Women	1.00 (reference)	1.06 (0.79–1.43)	0.87 (0.64–1.18)	0.73 (0.53–1.01)	0.86 (0.62–1.19)	0.004	0.95 (0.90–0.99)
Digestive diseases (ICD-10 codes K00–K93)‡							
Men	1.00 (reference)		0.67 (0.52–0.87)	0.52 (0.39–0.69)	0.44 (0.32–0.61)	<0.001	0.80 (0.74–0.86)
Women	1.00 (reference)		0.92 (0.73–1.16)	0.72 (0.55–0.95)	0.66 (0.48–0.89)	0.002	0.90 (0.84–0.97)
Respiratory diseases (ICD-10 codes J30–J98)‡							
Men	1.00 (reference)		0.85 (0.67–1.07)	0.97 (0.76–1.25)	1.09 (0.85–1.41)	0.74	1.01 (0.96–1.07)
Women	1.00 (reference)		0.93 (0.76–1.14)	0.87 (0.70–1.08)	0.98 (0.78–1.22)	0.47	0.99 (0.94–1.04)
External causes (ICD-10 codes S00–Y98)‡							
Men	1.00 (reference)		1.02 (0.79–1.31)	0.92 (0.70–1.20)	1.11 (0.85–1.44)	0.74	1.01 (0.95–1.08)
Women	1.00 (reference)		1.00 (0.78–1.29)	0.89 (0.68–1.17)	1.05 (0.80–1.39)	0.92	1.01 (0.93–1.08)

ICD-10 = International Classification of Diseases, 10th Revision.

* Multivariable models used Cox regression with adjustment for body mass index (<22, 22–24.9, 25–29.9, 30–34.9, or ≥35 kg/m²); physical activity (inactive, moderately inactive, moderately active, or active); education status (none, primary school, technical/professional school, secondary school, higher education [including university], or not specified); alcohol consumption (0, <5, 5–14.9, 15–29.9, or ≥30 g/d); smoking status and intensity (never, current [1–15, 16–25, or ≥26 cigarettes per day], former [≤10, 11–<20, or ≥20 y since quitting], current pipe/cigar/occasional smoking, current vs. former, missing, or unknown); smoking duration (<10, 10–<20, 20–<30, 30–<40, or ≥40 y or unknown); ever-use of contraceptive pill (yes, no, or unknown); menopausal status (premenopausal, postmenopausal, perimenopausal, surgically postmenopausal, or unknown); ever-use of menopausal hormone therapy (yes, no, or unknown); and intake of total energy (in kilocalories per day), red and processed meat (in grams per day), and fruits and vegetables (in grams per day) (all continuous), with stratification by age (1-y categories) and center.

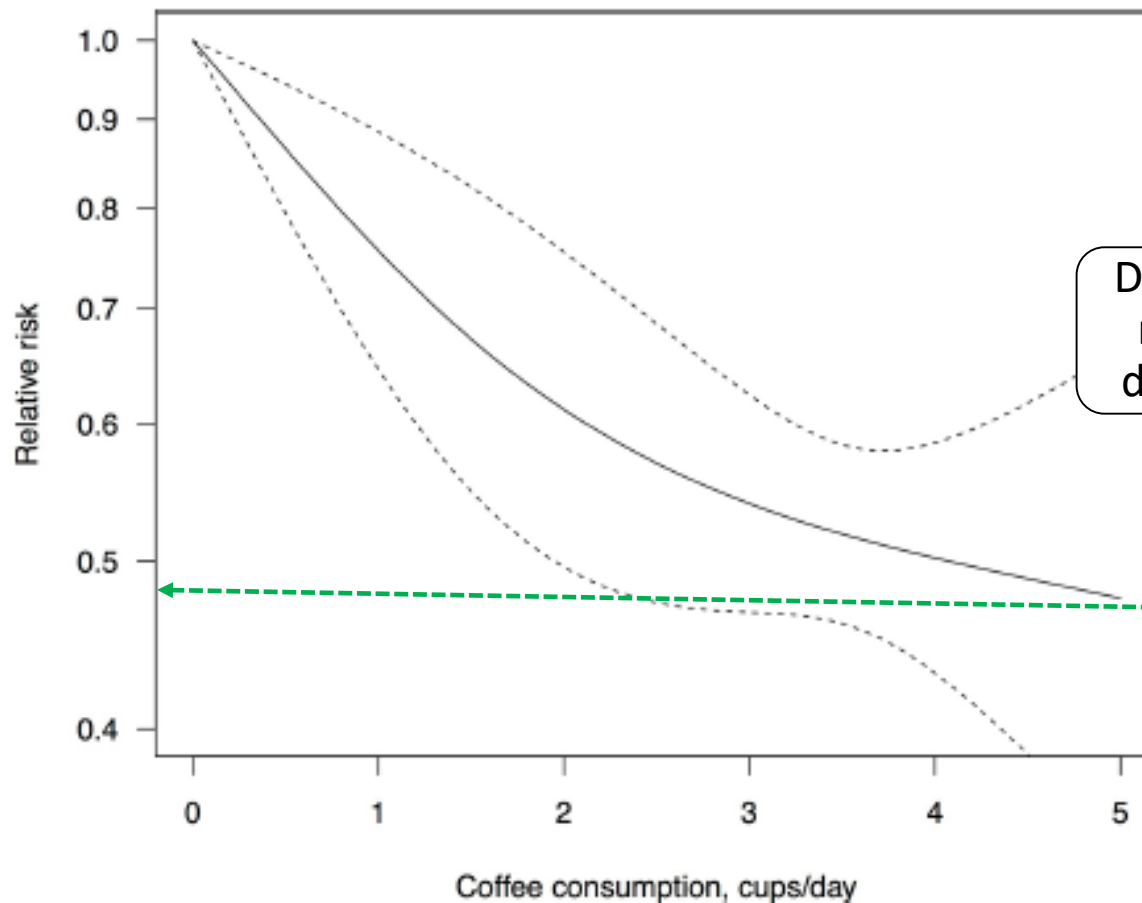
‡ Values are hazard ratios (95% CIs).

‡ Reference category merged with low consumption (quartile 1) due to low case numbers among nonconsumers.

BMJ Open Coffee, including caffeinated and decaffeinated coffee, and the risk of hepatocellular carcinoma: a systematic review and dose-response meta-analysis

2017

Oliver John Kennedy,¹ Paul Roderick,¹ Ryan Buchanan,¹
Jonathan Andrew Fallowfield,² Peter Clive Hayes,² Julie Parkes¹



Dimezza le
malattie
del fegato



Figure 3 Results of a cubic spline dose-response meta-analysis of the association between coffee and hepatocellular carcinoma.

CLINICAL DECISIONS

INTERACTIVE AT NEJM.ORG

Deciding Whether to Accept an Unvaccinated Child into a Pediatric Practice

This interactive feature addresses the approach to a clinical issue. A case vignette is followed by specific options, neither of which can be considered either correct or incorrect. In short essays, experts in the field then argue for each of the options as assigned.

Readers can participate in forming community opinion by choosing one of the options.

CASE VIGNETTE

An 18-Month-Old Child Who Has Not Received All Vaccinations

TREATMENT OPTIONS

Which one of the following approaches would you take? Base your choice on the literature, your own experience, published guidelines, and other information.

1. Accept the patient without mandating the MMR vaccine.
2. Decline the patient unless she receives the MMR vaccine.

cause they have heard about a potential association between the vaccine and autism. They intend to follow a similar regimen with their second child.

You appreciate the parents' right to make medical decisions on behalf of their children. However, you also consider the risks of the toddler contracting measles and the potential liability and public health risks associated with possible exposure of measles to her future sibling and to other young infants who are not yet eligible for the MMR vaccine, if she were to encounter them in your office or elsewhere. Weighing the two sides of the issue, you must decide whether to accept the patient into your practice.

Accept the Patient without Mandating the MMR Vaccine

Sean T. O'Leary, M.D., M.P.H.

Perché:

- 1) Il 1° dovere del medico è verso il bambino. Rifiutarlo potrebbe lasciarlo senza assistenza, o persino... con un medico che non offra gli altri vaccini (!!)
- 2) Accettarlo può aumentare la probabilità che il bambino alla fine riceva non solo il vaccino MPR, e anche gli altri (!)
- 3) Non ci sono prove che accettare bambini da tali famiglie in un ambulatorio pediatrico vi aumenti la probabilità di diffusione di malattie prevenibili da vaccino. Senza di trasmissione attiva di morbillo in una comunità, la probabilità che un bambino lo contragga dal pediatra è bassa, data l'immunità di gregge. Inoltre, il bambino potrebbe andare con un pediatra in cui si concentrano famiglie che rifiutano il vaccino, il che sarebbe probabilmente più rischioso per la diffusione di morbillo
- 4) Ci sono anche modi di mitigare il rischio per bambini non vaccinati, come avere ingressi separati o visitare in un parcheggio, come molti pediatri hanno fatto durante la pandemia.



RESEARCH ARTICLE

Decreasing Seroprevalence of Measles Antibodies after Vaccination – Possible Gap in Measles Protection in Adults in the Czech Republic

Jan Smetana^{1*}, Roman Chlibek^{1*}, Irena Hanovcova¹, Renata Sosovickova¹, Libuse Smetanova², Peter Gal³, Petr Dite^{1,4}

¹ Department of Epidemiology, Faculty of Military Health Sciences, University of Defence, Hradec Kralove,

Studio di coorte prospettico e multicentrico su un campione rappresentativo di popolazione Ceca. Su campioni di sangue di adulti ≥ 18 anni si sono determinati anticorpi IgG specifici per morbillo.

Conclusioni

Tassi elevati di sieropositività a lungo termine **persistono dopo l'infezione naturale** da morbillo, ma **diminuiscono nel tempo dopo la vaccinazione**.

Le concentrazioni di anticorpi in chi ha una storia di morbillo persistono per un periodo di tempo più lungo a un livello più alto rispetto ai vaccinati.

C'è un possibile divario nella protezione dal morbillo negli adulti nati dopo il 1969 (implementazione Programmi nazionali di vaccinazione), per i limitati richiami naturali, benché dal 1975 si sia passati alla schedula a due dosi

Table 2. Prevalence of IgG antibodies against measles overall, by age group and by sex.

IgG		Positive		Negative		Borderline		Total		p chi-square test
Age (years)	sex	n	%	n	%	n	%	n	%	
Overall (18–87)	Men	769	83,86	126	13,74	22	2,40	917	100	0,806
	Women	823	82,80	147	14,79	24	2,41	994	100	
	Total	1592	83,31	273	14,29	46	2,41	1911	100	
18–29	Men	135	78,03	30	17,34	8	4,62	173	100	0,280
	Women	179	83,64	30	14,02	5	2,34	214	100	
	Total	314	81,14	60	15,50	13	3,36	387	100	
30–39	Men	109	60,22	63	34,81	9	4,97	181	100	0,789
	Women	121	62,69	61	31,61	11	5,70	193	100	
	Total	230	61,50	124	33,16	20	5,35	374	100	
40–49	Men	119	82,64	21	14,58	4	2,78	144	100	0,152
	Women	157	74,06	48	22,64	7	3,30	212	100	
	Total	276	77,53	69	19,38	11	3,09	356	100	
50–59	Men	144	94,12	8	5,23	0	0,00	152	100	0,179
	Women	151	98,05	3	1,95	0	0,00	154	100	
	Total	295	96,09	11	3,58	0	0,00	306	100	
60–69	Men	174	97,75	4	2,25	0	0,00	178	100	0,564
	Women	168	97,67	3	1,74	0	0,00	171	100	
	Total	342	97,70	7	2,00	0	0,00	349	100	
≥70	Men	88	100,00	0	0,00	0	0,00	88	100	0,126
	Women	47	95,92	2	4,08	0	0,00	49	100	
	Total	135	98,54	2	1,46	0	0,00	137	100	



doi:10.1371/journal.pone.0170257.t002

NB: nell'epidemia di morbillo del 1846 alle Isole Faroe (Panum P, 1846), chi l'aveva avuto nell'epidemia di **65 anni prima è risultato immune, pur in apparente assenza di richiami**

DECESSI CON CAUSA INIZIALE MORBILLO DAL 1980 AL 2021

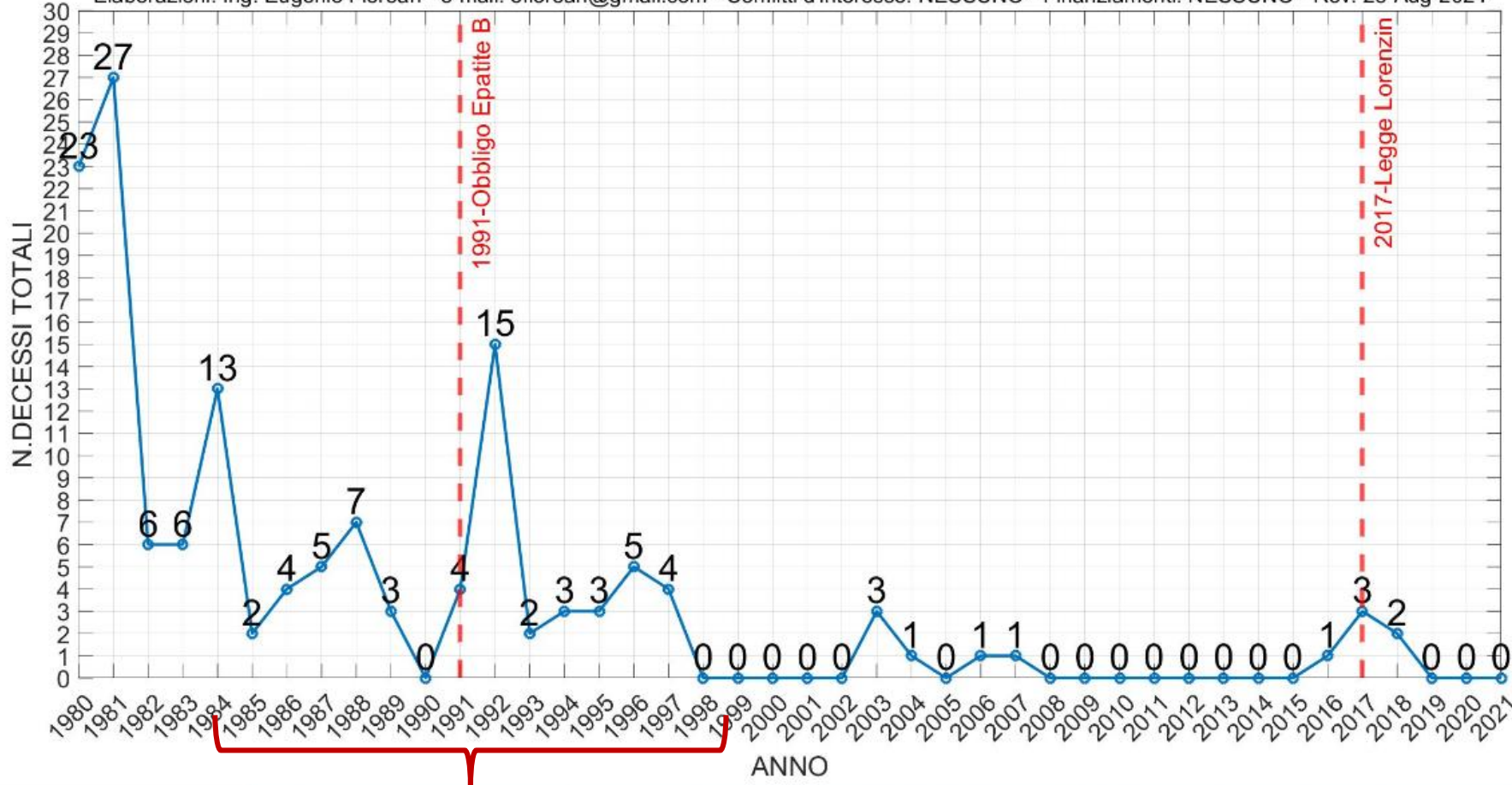
ITALIA - GENERE: M+F - FASCIA: 0-19 ANNI

CODICE ICD-9 (dal 1980 al 2002): 055* - CODICE ICD-10 (dal 2003): B05*

Fonte dati CONTACT CENTER ISTAT richieste:

n.00038284 periodo dal 1980 al 1989, n.00012255 periodo dal 1990 al 2010 e anno 2021, n.00012021 periodo dal 2011 al 2019 e n.00011877 anno 2020

Elaborazioni: Ing. Eugenio Florean - e-mail: eflorean@gmail.com - Conflitti d'interesse: NESSUNO - Finanziamenti: NESSUNO - Rev: 28-Aug-2024



Nei 15 anni precedenti la vaccinazione antimorbillo universale (introdotta nel 1999) con **bambini vaccinati dal 5% al 50%**, media di 4 morti/anno (popolaz. da 0 a 19 aa)



Il Bollettino Epidemiologico Italiano della Regione Puglia ha pubblicato i dati di sorveglianza *attiva* e *passiva* del vaccino MPRV (spesso somministrate con il vaccino anti epatite A).

I risultati sbalorditivi sono stati:

Eventi avversi Seri tasso di reporting:

- 0,012 x 100 dosi nella sorveglianza *passiva*,
- 4 x 100 dosi nella sorveglianza *attiva* (339 volte di più).

Tra essi, correlati con MPRV (applicando l'algoritmo OMS)

- 0,003 x 100 dosi nella sorveglianza *passiva*,
- 2,93 % nella sorveglianza *attiva* (977 volte di più!).



Vitamin A for treating measles in children

 Hui Ming Yang, Meng Mao, Chaomin Wan Authors' declarations of interest

Version published: 19 October 2005 Version history

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001479.pub3>

Collapse all Expand all

Abstract

Available in English Español Français 简体中文

Background

Measles is a major cause of childhood morbidity and mortality. Vitamin A deficiency is a recognized risk factor for severe measles infections. The World Health Organization (WHO) recommends a daily oral dose of vitamin A for two days to children with measles living in areas where vitamin A deficiency may be present.

Objectives

To determine whether vitamin A, commenced after measles has been diagnosed, prevents mortality, pneumonia or other complications in children.

Unlock the full review

 Download PDF

 Cite this review

 Print

 Comment

 Share

 Follow

Full text views: 4519

 Am score

0

Cited in 5 guidelines

Contents

Abstract

PICOs

Plain language summary

 Authors' conclusions

 Summary of findings

 Background

 Objectives

 Methods

Main results

Eight trials met the inclusion criteria (2574 participants). There was no significant reduction in the risk of mortality in the vitamin A group when all the studies were pooled (RR 0.70; 95% CI 0.42 to 1.15). The evidence suggests that vitamin A in a single dose was not associated with a reduced risk of mortality. However, two doses of vitamin A (200,000 international units (IUs) on consecutive days) reduced the mortality in children aged less than two years (RR 0.21; 95% CI 0.07 to 0.66) and pneumonia-specific mortality (RR 0.57; 95% CI 0.24 to 1.37). Two doses of vitamin A reduced the incidence of croup (RR 0.53; 95% CI 0.29 to 0.89) but not pneumonia morbidity (RR 0.92; 95% CI 0.69 to 1.22), nor diarrhea morbidity (RR 0.80; 95% CI 0.27 to 2.34). None of the studies included in this review reported any adverse effects.

NB: in Giappone, no carenze, ha ridotto sintomi e durata morbillo e VRS (Kawasaki, 1999, Medline)

Review

Does Influenza Vaccination during Pregnancy Have Effects on Non-Influenza Infectious Morbidity? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials

Katrine Pedersbæk Hansen ¹, Christine Stabell Benn ^{1,2,3,*}, Thomas Aamand ^{1,4}, Martin Buus ^{1,4}, Isaquel da Silva ³, Peter Aaby ^{1,3}, Ane Bærent Fisker ^{1,3} and Sanne Marie Thysen ^{1,3}



La metanalisi (analisi combinata, con sintesi matematica) di RCT di Hansen e Stabell Benn [12], oltre a confermare quanto riportato nella slide per la mortalità materna:

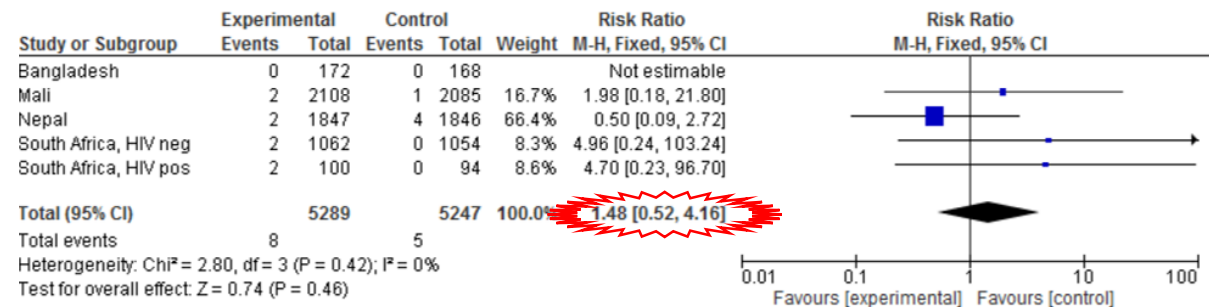


Figure 1. The effect of influenza vaccination in pregnancy on maternal mortality overall (excluding accidents/suicide).

e nella prole, combinando nati morti e mortalità infantile agli aborti (che in [11] erano stati esclusi, perché non si era vaccinato nel 1° trimestre, mostrando uno sbilanciamento anche peggiore):

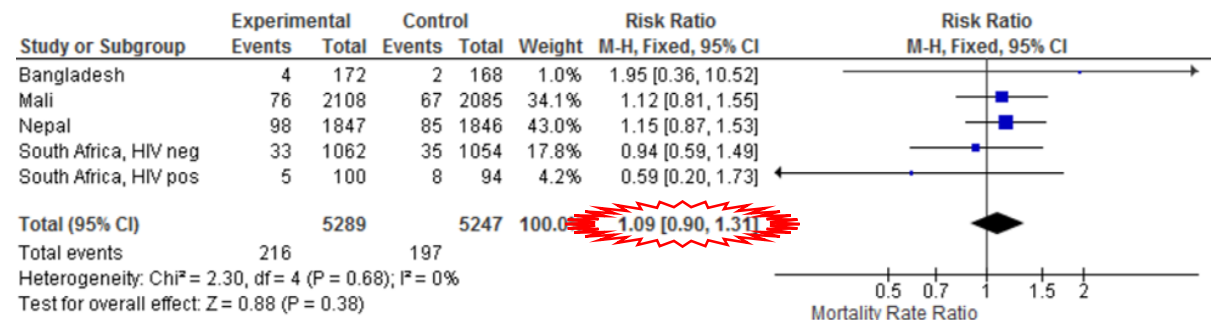


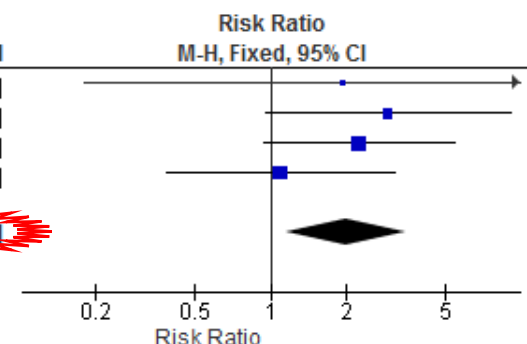
Figure 3. The effect of influenza vaccination in pregnancy on overall miscarriage/stillbirth/infant mortality.

aggiunge due importanti elementi. Infatti ha rilevato un eccesso significativo di eventi avversi come **infezioni non influenzali**

nelle mamme:

di cui 3 mortali,
solo tra le vac-
cinate antinflu.

Study or Subgroup	Experimental		Control		Weight	Risk Ratio M-H, Fixed, 95% CI
	Events	Total	Events	Total		
Bangladesh (1)	2	172	1	168	5.5%	1.95 [0.18, 21.34]
Mali (2)	12	2108	4	2085	22.0%	2.97 [0.96, 9.19]
South Africa, HIV neg (3)	16	1062	7	1054	38.5%	2.27 [0.94, 5.49]
South Africa, HIV pos (4)	7	100	6	94	33.9%	1.10 [0.38, 3.14]
Total (95% CI)		3442		3401	100.0%	2.01 [1.15, 3.50]
Total events	37		18			
Heterogeneity: $\text{Chi}^2 = 1.80$, $\text{df} = 3$ ($P = 0.62$); $I^2 = 0\%$						
Test for overall effect: $Z = 2.46$ ($P = 0.01$)						

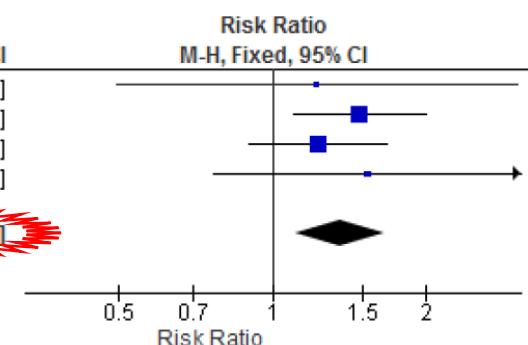


Footnotes

- (1) Adverse events: Hospitalisations
- (2) Serious adverse events
- (3) Hospitalisation for infection
- (4) Hospitalisation for infection

e nella prole:

Study or Subgroup	Experimental		Control		Weight	Risk Ratio M-H, Fixed, 95% CI
	Events	Total	Events	Total		
Bangladesh (1)	10	172	8	168	5.2%	1.22 [0.49, 3.02]
Mali (2)	102	2108	68	2085	44.1%	1.48 [1.10, 2.00]
South Africa, HIV neg (3)	83	1062	67	1054	43.4%	1.23 [0.90, 1.68]
South Africa, HIV pos (4)	18	100	11	94	7.3%	1.54 [0.77, 3.08]
Total (95% CI)		3442		3401	100.0%	1.36 [1.12, 1.67]
Total events	213		154			
Heterogeneity: $\text{Chi}^2 = 0.90$, $\text{df} = 3$ ($P = 0.82$); $I^2 = 0\%$						
Test for overall effect: $Z = 3.02$ ($P = 0.002$)						



Footnotes

- (1) Adverse events
- (2) Serious adverse events
- (3) Hospitalisations for infections
- (4) Hospitalisations for infections

Figure 4. The effect of influenza vaccination in pregnancy on infant non-specific infectious disease adverse events. In Mali

NB: la protezione vaccinale da vera influenza ha numeri assoluti maggiori, benché miseri come numeri da vaccinare (**NNV**) per risparmiare 1 caso di vera influenza: **71 per le mamme** (significa che su 71 donne vaccinate 1 avrebbe evitato una vera influenza, mentre le altre 70 avrebbero ricevuto la vaccinazione inutilmente...) e **53 per i bambini**.

Ma... è vero?!



Ma gli autori [12] spiegano che questi numeri non si possono paragonare: casi di influenza confermata in laboratorio e di polmonite si registravano con cura nei RCT, mentre le 'altre infezioni' si registravano solo quando severe abbastanza da dare ricoveri. A conferma, non vi sono stati morti per influenza, né nelle vaccinate con antinfluenzale né nei gruppi di controllo, mentre si sono avuti **3 morti da infezioni non influenzali**, solo **in vaccinate contro influenza**.

Il significativo eccesso di infezioni non influenzali nei gruppi vaccinati è coerente con quanto rilevato [12] in Africa in paesi a basso reddito, dove vaccini non vivi (**DTP, epatite B, antipolio inattivato, pentavalente e nuovo vaccino antimalaria** sono risultati **associati con effetti aspecifici negativi**, soprattutto nelle bambine, con **eccessi di mortalità totale**, pur con miglior protezione dalle infezioni target delle rispettive vaccinazioni).

Lo stesso è avvenuto a Hong-Kong (alto reddito) con la vaccinazione influenzale, in tal caso senza decessi, ma con un eccesso di infezioni non influenzali [13,14].

Association of Maternal Influenza Vaccination During Pregnancy With Early Childhood Health Outcomes

Azar Mehrabadi, PhD; Linda Dodds, PhD; Noni E. MacDonald, MD, MS; Karina A. Top, MD, MS; ...; Deshayne B. Fell, PhD

Le differenze valutate separate nei cinque esiti avversi infantili considerati nei due gruppi non erano significative, ma **4 esiti su 5** (secondo gli autori, **in verità 7 su 8!**) **mostravano tendenza a peggiorare nella prole di vaccinate contro l'influenza.**

Aggregandone i dati, l'eccesso netto annuo di esiti avversi poteva diventare significativo. Ad es., i tre molto più comuni, **l'uso di servizi sanitari urgenti/ospedalieri**, le **infezioni** e l'**asma** (gli ultimi due correlati al sistema immunitario) nei figli di vaccinate avevano stime aggiustate rispettive di **HR 1,05** (0,99-1,16), **1,07** (0,99-1,15) [con tendenza all'aumento in tutti i sottogruppi di infezioni considerate, e **1,11** (0,99-1,24) per le **infezioni delle vie respiratorie inferiori**], **1,22** (0,94-1,59).

Anche i **tumori** erano un po' più frequenti nei figli di vaccinate: **HR 1,26** (0,57-2,78), solo il **peggioramento del sensorio** ha mostrato lieve non significativo vantaggio nei figli di vaccinate: **HR 0,82** (0,49-1,37). Dunque nulla dimostra benefici a medio termine della vaccinazione materna nei figli, e c'è chiara tendenza al contrario.

Aggiungendo rischi futuri sconosciuti in potenza gravi, oneri finanziari e organizzativi importanti e perdita di costo-opportunità, **perché vaccinare?!?**

Table 2. Association Between Seasonal Influenza Vaccination in Pregnancy and Pediatric Health Outcomes Among 28 255 Children in Nova Scotia, Canada

Outcome	Influenza vaccination during pregnancy					Estimate (95% CI)	
	Yes (n = 10 227)		No (n = 18 028)		Crude rate difference per 1000 person-years (95% CI)	Crude	Adjusted ^a
	No. of events	Incidence rate per 1000 person-years (95% CI)	No. of events	Incidence rate per 1000 person-years (95% CI)			
Immune-related outcomes							
Atopic disease (asthma) ^b	113	3.0 (2.5-3.6)	162	2.5 (2.1-2.9)	0.53 (−0.15 to 1.21)	1.20 (0.95-1.53)	1.22 (0.94-1.59)
Infectious disease							
Respiratory tract infections ^c							
Upper	3170	84.7 (81.8-87.7)	5422	83.5 (81.3-85.7)	1.25 (−2.25 to 4.94)	1.01 (0.95-1.08)	1.03 (0.94-1.12)
Lower	1348	36.0 (34.2-38.0)	2355	36.3 (34.8-37.8)	−0.23 (−2.65 to 2.19)	0.99 (0.91-1.08)	1.11 (0.99-1.24)
Gastrointestinal infections ^c	1129	30.2 (28.5-32.0)	1816	28.0 (26.7-29.3)	2.22 (0.04 to 4.40)	1.08 (0.99-1.18)	1.04 (0.94-1.15)
Otitis media ^c	1684	45.0 (42.9-45.4)	2841	43.7 (42.2-45.4)	1.27 (−1.42 to 3.95)	1.03 (0.95-1.11)	1.10 (1.00-1.22)
All infections ^{c,d}	6906	184.6 (180.3-189.0)	11 635	179.1 (175.9-182.4)	5.44 (0.01 to 10.9)	1.03 (0.98-1.08)	1.07 (0.99-1.15)
Non-immune-related outcomes							
Neoplasms ^b	12	0.32 (0.18-0.57)	17	0.26 (0.16-0.42)	0.06 (−0.16 to 0.28)	1.22 (0.58-2.56)	1.26 (0.57-2.78)
Sensory impairment (hearing or vision loss) ^b	30	0.80 (0.56-1.15)	63	0.97 (0.76-1.24)	−0.17 (−0.54 to 0.21)	0.84 (0.54-1.30)	0.82 (0.49-1.37)
Nonspecific outcomes							
Urgent and inpatient health services utilization ^c	19 146	511.7 (504.5-519.0)	31 035	477.8 (472.6-483.2)	33.9 (24.9 to 42.9)	1.07 (1.03-1.11)	1.05 (0.99-1.16)
Negative control outcome							
All-cause injuries ^c	2640	70.6 (67.9-73.3)	4118	63.4 (61.5-65.4)	7.16 (3.84 to 10.5)	1.11 (1.05-1.18)	1.05 (0.97-1.13)

^a Adjusted using stabilized inverse probability of treatment weights.^b Number of events represents the total number of children diagnosed with the outcome. Incidence rates are based on the full study population. Point estimates are hazard ratios generated from a Cox proportional hazards model.^c Number of events represents the total number of occurrences for each

outcome. Incidence rates are based on the full study population. Point estimates are incidence rate ratios generated from a negative binomial regression model.

^d Composite of upper respiratory tract infections, lower respiratory tract infections, gastrointestinal infections, and otitis media.

È come lanciare in aria 8 volte una moneta non truccata, che per 7 su 8 dà croce...

(Prof. Stefano Isola, matematico probabilista)

Quante sono le probabilità che ciò accada (in caso di eventi indipendenti)?

L'evento si può realizzare in 8 modi ('testa' al 1°, al 2°, ..., all'8° posto) e ciascuno di questi ha probabilità $2^{(-8)} = 1/256$, cioè circa 0,0039 (poco meno del 4 per mille).

Moltiplicando quest'ultimo numero per 8 si ha la **probabilità cercata**, cioè 0,03, **poco più del 3%**

7 volte croce e 1 testa?!?
Temo non sia un caso

Croooooe??!...

Crocee!?!
...

Croce!!...

Testa, Wow!

Toh, ancora
croce!!

Croce!...

Croce ...

Chiedete ora a 1000 donne:
nelle ricerche valide che han confrontato **donne incinte vaccinate con antinfluenzale (Sì)** contro pari numero di **non vaccinate con antinfluenzale (No)**,
i confronti diretti hanno dato:

- mamme **8 morte** e **+ effetti avversi (Sì)** contro 5 (**No**)
- prole **20 morti in più** se (**Sì**) rispetto a (**No**)

Probabili meno malattie nei 3,6 anni dopo la nascita **3% (Sì)**, **97% (No)**

E adesso dite: vi vaccinereste??

[Find a journal](#)[Publish with us](#)[Track your research](#)[Search](#)[Home](#) > [Neurochemical Research](#) > [Article](#)

Prenatal Exposure to COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 Induces Autism-Like Behaviors in Male Neonatal Rats: Insights into WNT and BDNF Signaling Perturbations

[Original Paper](#) | [Open access](#) | [Published: 10 January 2024](#)[\(2024\)](#) [Cite this article](#)[Neurochemical Research](#)[Aims and scope](#) →

Rispetto al gruppo di controllo (ratti iniettati con una soluzione salina, i cuccioli da madri vaccinate contro il COVID hanno mostrato

- diminuzione dei conteggi neuronali
- marcata riduzione dell'interazione sociale
- modelli di comportamento anomali e ripetitivi.

Gli autori dello studio li hanno chiamati comportamenti simili all'autismo.



E gli esseri umani?!



Vaccination and Neurodevelopmental Disorders: A Study of Nine-Year-Old Children Enrolled in Medicaid

Anthony R. Mawson^{1*}, Binu Jacob¹

(famiglie basso reddito)

Le vaccinazioni per frequenza a scuola sono **triplicate dagli anni '50** (ora x 17 malattie)

- Obiettivi: 1) le vaccinazioni si associano con disordini dello spettro autistico (ASD) o con altri disturbi del neurosviluppo (NDD → negli USA **24%**, doppi in M vs F)?
2) nascite pretermine + vaccinazioni aumentano NDD vs pretermine senza vaccinaz.?
3) aumento del n. di vaccinazioni si associa con maggior rischio di ASD?

Studio retrospettivo

Birth Years	All Medicaid Children	Vaccinated Children	Unvaccinated Children
1999	12,138	10,764 (88.7%)	1,374 (11.3%)
2000	11,445	10,154 (88.7%)	1,291 (11.3%)
2001	11,520	10,270 (89.1%)	1,250 (10.9%)
2002	12,052	10,844 (90.0%)	1,208 (10.0%)
Total	47,155	42,032 (89.1%)	5,123 (10.9%)

Table 2. Vaccination Status by Year of Birth of Florida Medicaid Children born between 1999 to 2002 and Continuously Enrolled from Birth to Age 9.

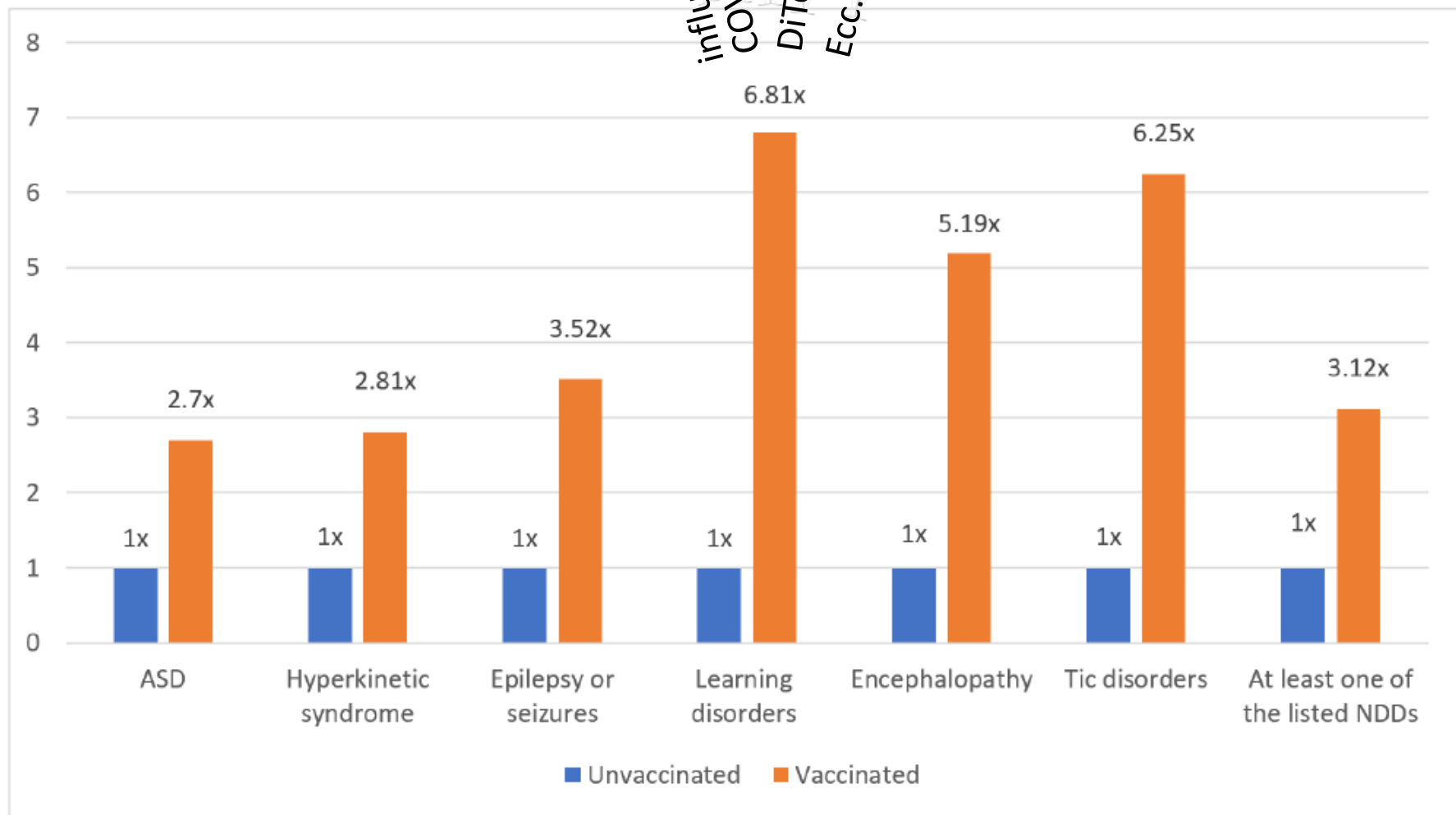


Figure 2. Odds Ratios of NDDs by Vaccination Status in 9-year-old Medicaid children.

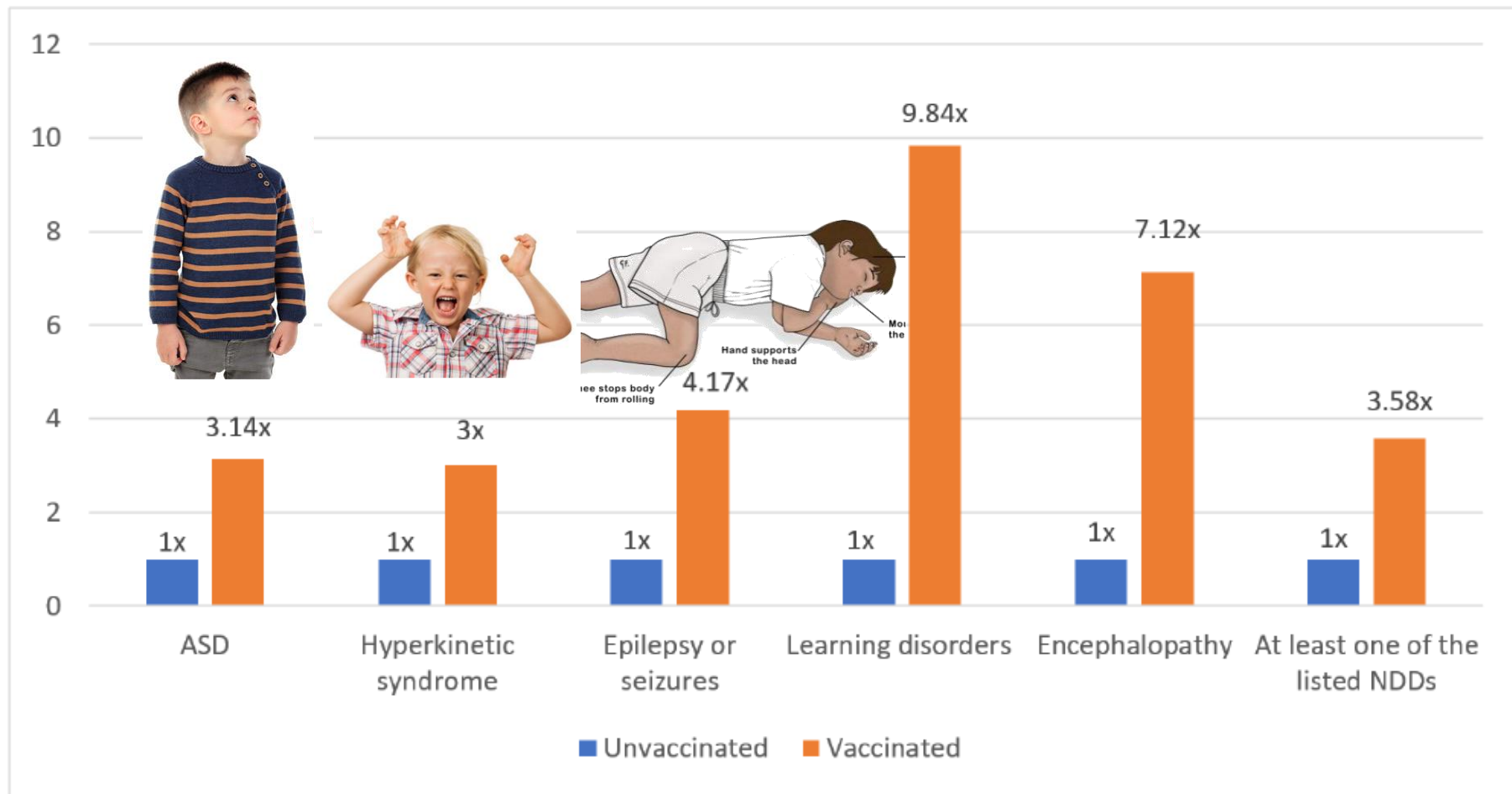


Figure 3. Odds Ratios of NDDs by Vaccination Status in 9-year-old Medicaid Children Born Preterm.

I **nati pretermine** sono risultati **particolarmente suscettibili ai danni da vaccinazioni** e a conseguenze avverse a lungo termine.

Ma i **nati pretermine non vaccinati** hanno mostrato **differenze minori e non significative in disturbi del neurosviluppo** rispetto ai nati a termine non vaccinati.

Dunque il **carico vaccinale** potrebbe essere fattore più importante della prematurità.

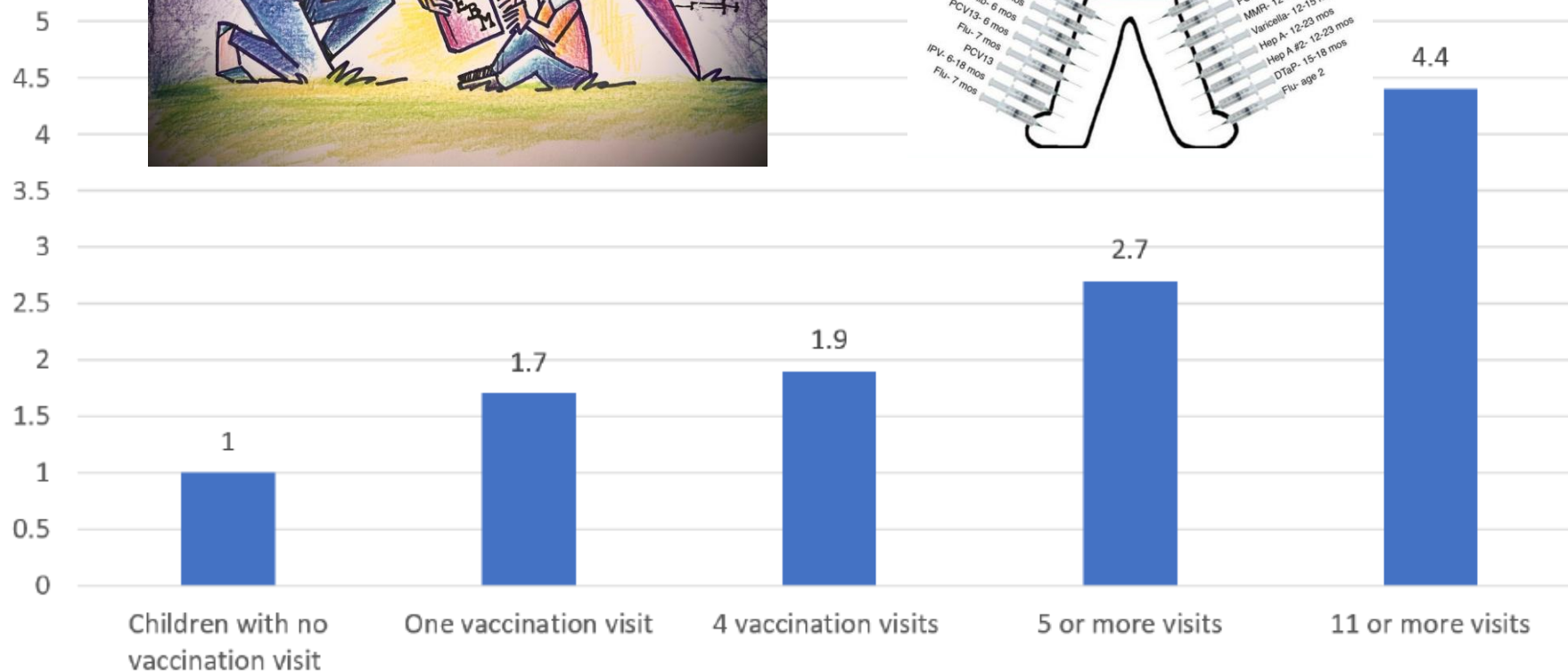
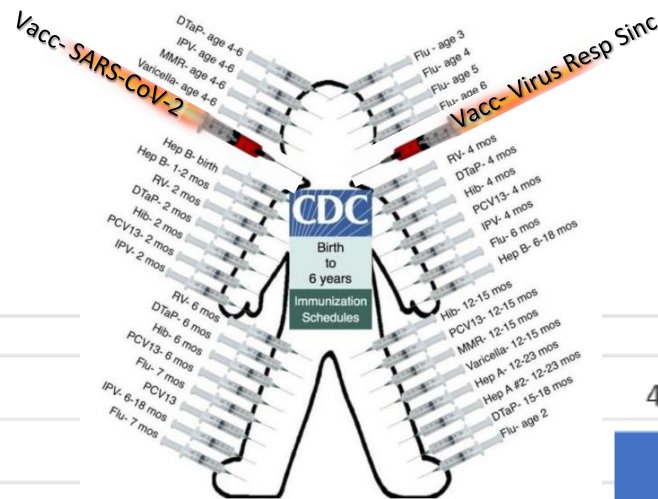
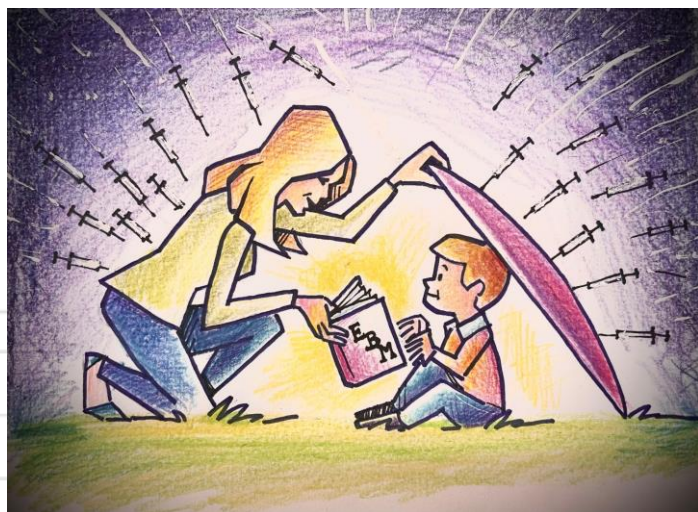


Figure 4. Relative risks of the diagnosis of ASD and increasing numbers of visits that included vaccinations.

Life expectancy and years of life lost for adults with diagnosed ADHD in the UK: matched cohort study

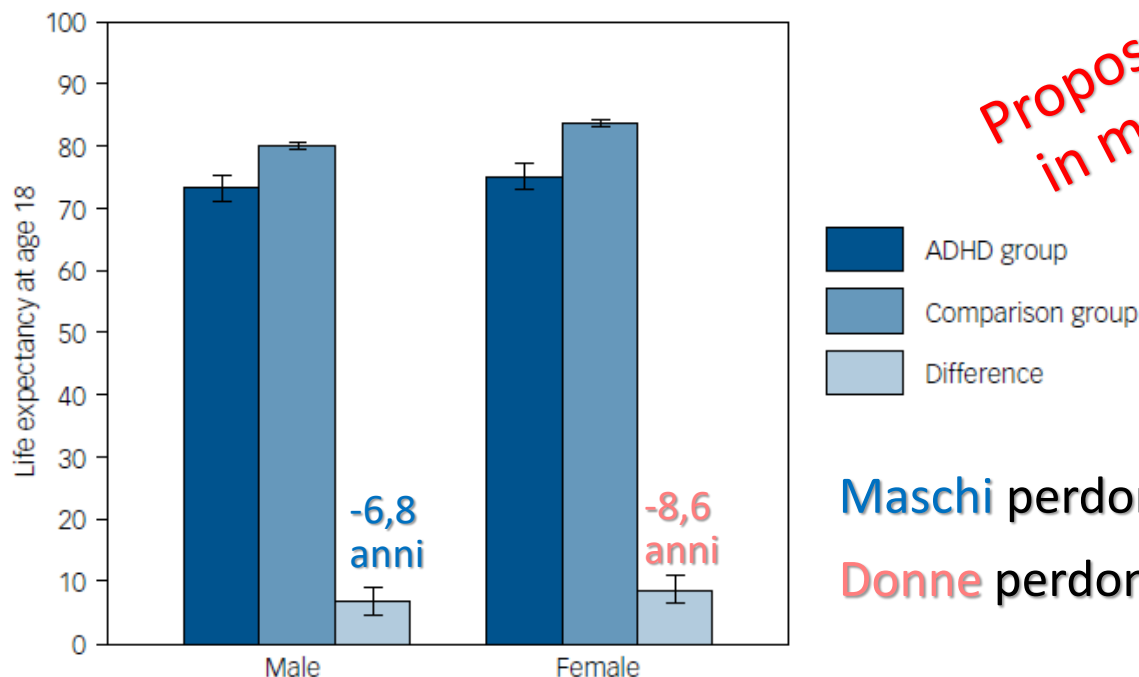
Elizabeth O'Nions, Céline El Baou, Amber John, Dan Lewer, Will Mandy, Douglas G.J. McKechnie, Irene Petersen and Josh Stott

Background

Nearly 3% of adults have attention-deficit and hyperactivity disorder (ADHD), although in the UK, most are undiagnosed. Adults with ADHD on average experience poorer educational and employment outcomes, worse physical and mental health and are more likely to die prematurely. No studies have yet used mortality data to examine the life expectancy deficit experienced

mental health conditions were more common in adults with diagnosed ADHD than the comparison group. The apparent reduction in life expectancy for adults with diagnosed ADHD relative to the general population was 6.78 years (95% CI: 4.50 to 9.11) for males, and 8.64 years (95% CI: 6.55 to 10.91) for females.

Conclusions



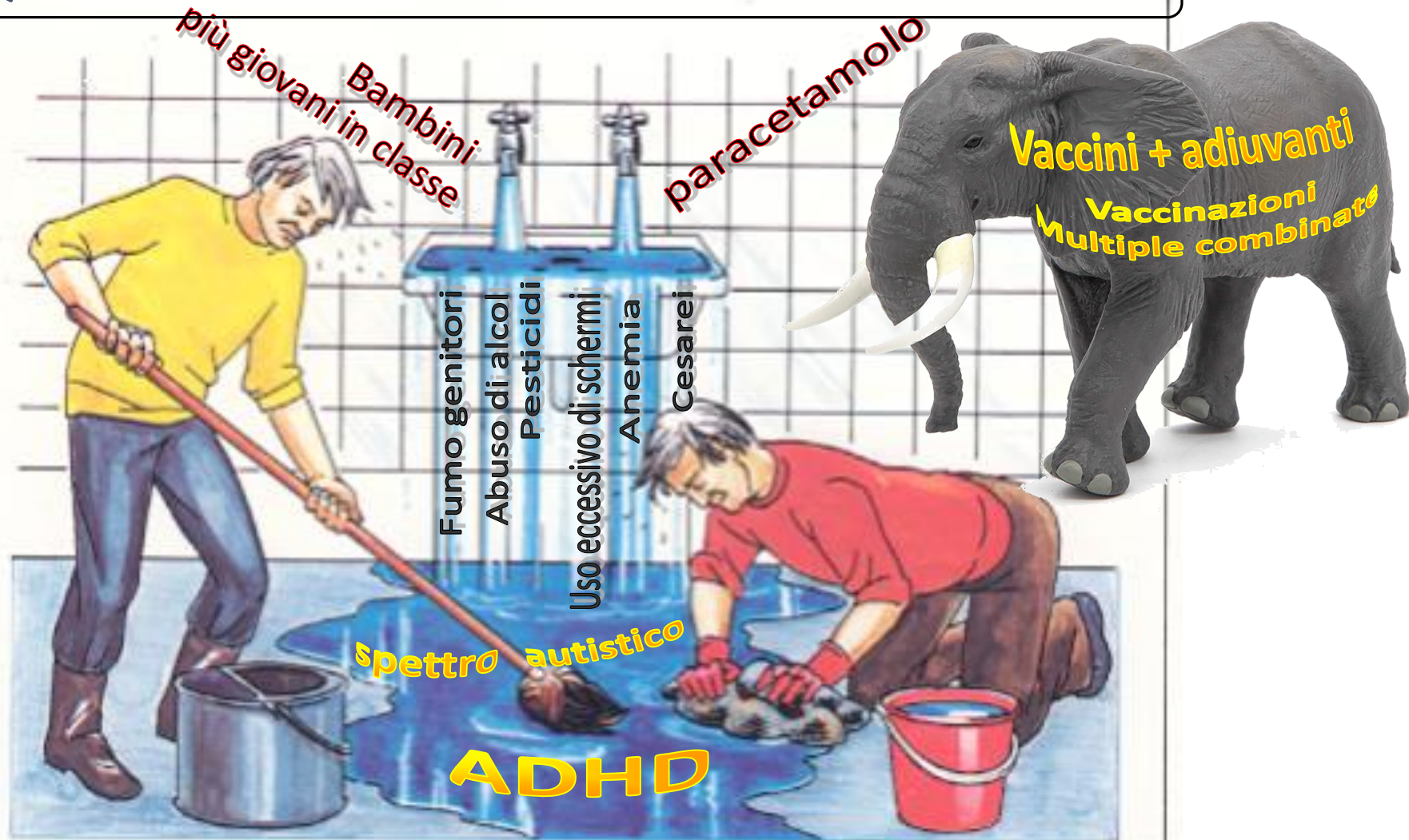
Proposta autori: investire in maggior assistenza...

Maschi perdono 6,8 anni di vita

Donne perdono 8,6 anni di vita

Fig. 2 Life expectancy for participants with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) stratified by sex, compared with matched comparison participants without a diagnosis of ADHD. Error bars indicate 95% CI.

Quali fattori sono associati a minor rischio di ADHD?



Questi due uomini stanno inutilmente raccogliendo l'acqua dal pavimento, senza chiudere il rubinetto.



Pillole di educazione sanitaria per cittadini-consumatori

Deficit di attenzione e iperattività (ADHD): possibilità preventive

[per chi legge su display, la bibliografia in apice sottolineata è cliccabile]

n. 145-146/2020

Bambini più giovani in una classe. Hanno più probabilità di diagnosi di ADHD. Molte ricerche riportano l' **'effetto età relativa'**



Fumo. L'associazione tra esposizione materna alla nicotina e ADHD nella prole era già stata rilevata in una coorte di nascita danese⁷ (Tabella →)

Tab. 1 – Bambini con ADHD e fumo dei genitori⁷

Madre	Padre	% ADHD nei figli
Fumatrice	Fumatore	4,2%
SMESSO di fumare	Fumatore	3,5%
Usa TSN*	Fumatore	2,9%
Non fumatrice	Fumatore	2,6%
Fumatrice	Non fumatore	3,4%
Usa TSN*	Non fumatore	3,8%
SMESSO di fumare	Non fumatore	2,0%
Non fumatrice	Non fumatore	1,8%

*prodotti sostitutivi a base di nicotina

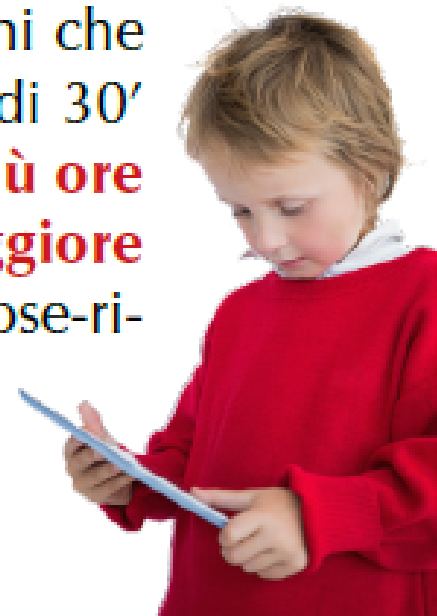
Tempo trascorso davanti a schermi. Una ricerca canadese⁹ ha interrogato i genitori di 2400 bambini sul tempo trascorso davanti a schermi tra 3 e 5 anni e su problemi comportamentali come disattenzione e ag-

....

sione e ansia. Tuttavia, rispetto a bambini che passavano **davanti agli schermi** meno di 30' al giorno, quelli che vi passavano **2 o più ore avevano un rischio quasi 8 volte maggiore** di diagnosi di ADHD, con un effetto dose-risposta. Invece, bambini che partecipavano a **2 o più ore a settimana ad attività fisica organizzata** avevano **meno problemi di salute mentale**. È la riprova che l'interazione con altre persone e i giochi reali sono importanti per lo sviluppo cognitivo e sociale.

....

l'UK Millennium avevano mostrato che **più di 3 ore al giorno davanti alla TV** si associavano in modo significativo con **problemi comportamentali a 7 anni**.



Paracetamolo. Questo analgesico/antifebbre è usato in circa metà delle gravidanze, ed è stato associato a disturbi del neurosviluppo e ADHD^{10,11}.



Niente farmaci!
È solo un po'
di mal di testa.

Il paracetamolo è usato anche come antifebbre in caso di infezioni, ma gli autori non ritengono probabile che il vero fattore causale sia l'infezione o la febbre, poiché hanno effettuato correzioni statistiche per febbre e infezioni urinarie, nonché per malattie croniche riferite dalle madri.

NB: le vaccinazioni in gravidanza sono altri motivi d'uso di paracetamolo

paracetamolo per mitigare infiammazioni acute in gravidanza, ma suggeriscono di **limitarlo molto, in particolare come antidolorifico**, ricorrendo invece ad approcci come mindfulness o yoga, per tollerare lo stress, e a un **modello alimentare mediterraneo a base vegetale**, che **aumenta la tolleranza al dolore¹⁴**, oltre che per la salute in generale.





Pesticidi. Ricerche sperimentali su animali e ricerche epidemiologiche supportano una relazione tra ADHD e/o autismo ed esposizione a pesticidi a basse dosi¹⁷, che non arrivano alla tossicità acuta.

Implicazioni. Ciò può essere un motivo in più per **preferire prodotti da agricoltura biologica**, che importanti ricerche hanno associato a miglior salute umana¹⁸, oltre a costituire un complessivo contributo alla sostenibilità e alla salute del pianeta^{19,20}.





Per noi due,
solo bevande
salutari!



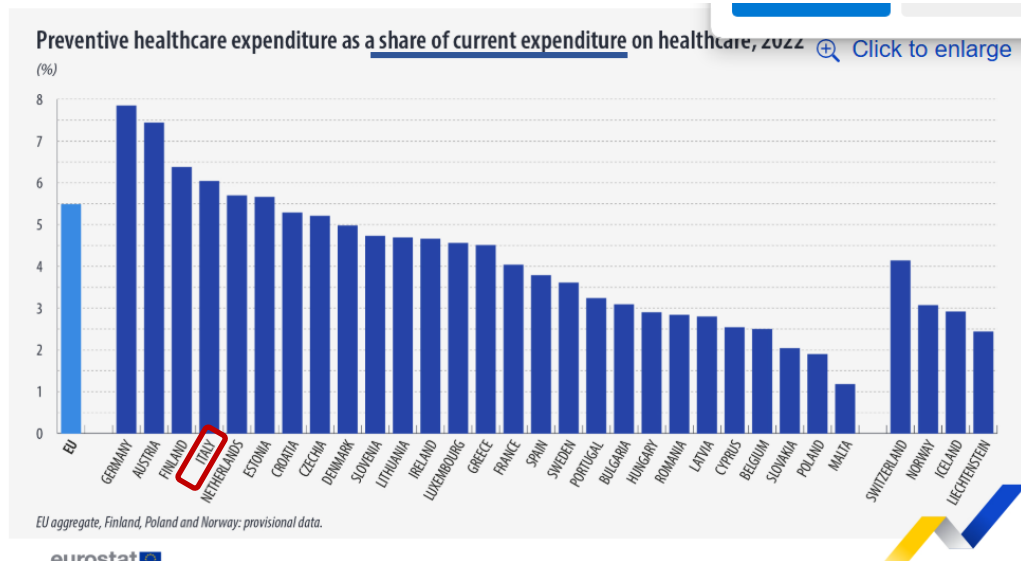
Alcol. Un'analisi combinata di 9 ricerche associa l'abuso alcolico della gravida a un raddoppio di disordini di comportamento nella prole²¹. Bambini con sindrome fetto-alcolica (FAS) hanno un rischio 15 volte maggiore di ADHD; ma un consumo modico di alcol in gravidanza, non oltre 70 g a settimana, pur non rac-

comandabile per molti motivi, non pare associato ad aumento di ADHD²².

QS 04 FEBBRAIO 2025

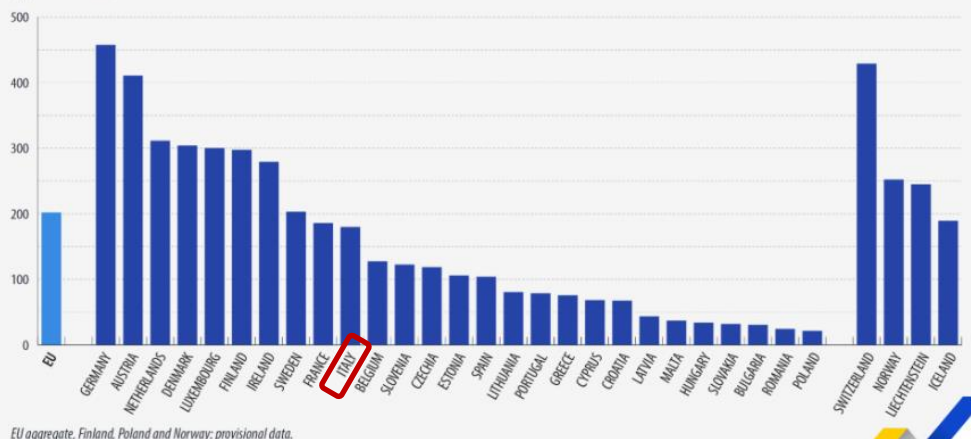
Prevenzione. In Ue valeva il 5,4% della spesa sanitaria nel 2022, in Italia il 6%. Ma in termini pro-capite spendiamo meno: 202 vs 180. **I dati Eurostat**

Italia 2022 6% in 'prevenzione'
vs 5,4% media UE



Current expenditure on preventive healthcare, 2022

(€ per inhabitant)



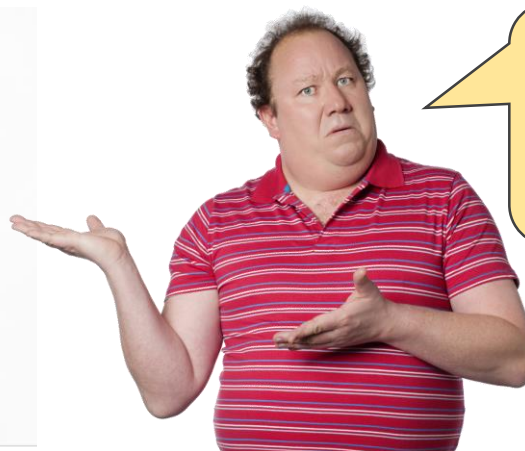
Italia 2022 180 € in 'prevenzione'
vs 202 media UE

Ma che cosa si intende
per 'prevenzione'?!



Calendario della Prevenzione 2024

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



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

Screening oncologici

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

Screening gratuito per l'Epatite C (HCV)

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

#iononaspetto "Se davvero ti vuoi bene prenota oggi"

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



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

Screening consigliato pre- e post-vaccinale

• PRIMA DELLA VACCINAZIONE:

- Accurata anamnesi clinica e familiare (allergopatia, patologie sistemiche a carattere autoimmune, patologie cardiache congenite, storia di morte improvvisa in famiglia che richiederebbe la ricerca di mutazioni di geni associati ad aritmie ventricolari maligne, es. SNC5A).
- Test sierologico quantitativo (valutazione di pregressa infezione naturale con sviluppo di anticorpi neutralizzanti), tampone molecolare e test allergologici (es. prick test per PEG e polisorbato 80)
- Visita cardiologica con elettrocardiogramma
- Screening trombofilico (con ricerca dei mutazioni del fattore II protrombinico, del fattore V di Leiden, del PAI1, di MTHFR (C677A e A1298C), dosaggio omocisteina, fibrinogeno e D-Dimero).

Costo del tutto indicativo: circa **580 Euro**

• DOPO LA VACCINAZIONE (specialmente dopo 2 o 3 dosi)

- Visita cardiologica (con ECG ed ecocardiogramma), specialmente nei soggetti <40 anni. Alterazioni elettrocardiografiche non presenti in fase pre-vaccinale impongono la richiesta di esami diagnostici di secondo livello (RMN cardiaca)
- Pannello MIT (per valutazione dell'immunità cellulo-mediata) con associata sierologia per herpesvirus (EBV, CMV e HHV8) e parametri di autoimmunità (autoanticorpi)
- Valutazione della conta piastrinica (frequente piastrinopenia autoimmune), degli indici di infiammazione e dei parametri di coagulazione (in particolare, fibrinogeno e D-Dimero e omocisteina)

Costo del tutto indicativo: circa **400 Euro**

Considerazioni: ciò poteva aver senso quando si era costretti a vaccinarsi, per avere esenzioni o almeno differimenti, senza rischiare vaccini pericolosi, o di perdere lavoro e diritti civili, subire incredibili e ingiustificate discriminazioni, ecc.

Oggi che il Governo ha abolito gli obblighi, **indurre l'86% degli italiani adulti** (vaccinati COVID) **a spendere un migliaio di Euro** (soprattutto nel privato), **e molti a ripetere esami periodici**, senza prove di benefici maggiori dei danni iatrogeni, **va evitato**.

Osservatorio sui
Conti Pubblici Italiani
<https://osservatoriocpi.unicatt.it>
osservatoriocpi@unicatt.it

 Osservatorio sui Conti
Pubblici Italiani

 Osservatorio sui Conti
Pubblici Italiani

 @osservatoriocpi

 Osservatorio CPI

Direttore: Carlo Cottarelli

commento

IOCPPI

La spesa pubblica per la sanità è ai massimi o ai minimi storici? Chi ha ragione tra Meloni e Schlein?

di Alessio Capacci e Carlo Cottarelli
20 dicembre 2024

Da settimane divampa la polemica tra governo e opposizione sulla spesa pubblica per la sanità. La spesa in euro raggiungerà effettivamente un valore massimo nel 2025, ma questo avviene ogni anno da almeno un quarto di secolo anche per la necessità di compensare l'inflazione. Meglio allora guardare alla spesa rispetto al Pil, in primo luogo perché un euro di oggi non vale un euro di cinque anni fa e, in secondo luogo, perché al crescere del Pil crescono le tasse pagate dai contribuenti che quindi dovrebbero aspettarsi una maggiore spesa anche per la sanità. Il rapporto tra spesa pubblica per la sanità e Pil scende a un minimo storico del 6,2% nel 2023, per poi risalire al 6,3% nel 2024-2025 e al 6,4% nel 2026-2027. Paradossalmente, questa tendenza è stata lasciata il centrosinistra dopo riduzioni nel 2011 e 2012, e iniziata dal 2015.

Sanità, Meloni: Fondo sanitario nazionale a 136miliardi, è più alto investimento di sempre

16 ottobre 2023

Intervenendo ad Atréju, e in linea con precedenti dichiarazioni, Giorgia Meloni ha affermato che nel 2025 "il Fondo Sanitario nazionale arriverà a 136 miliardi e 500 milioni di euro. È, senza timore di smentita, numeri alla mano, lo stanziamento più alto di sempre".¹ Elly Schlein, invece, afferma che in realtà Fondo sanitario nazionale è ai minimi storici. Chi ha ragione?

L'evoluzione della spesa sanitaria in Italia

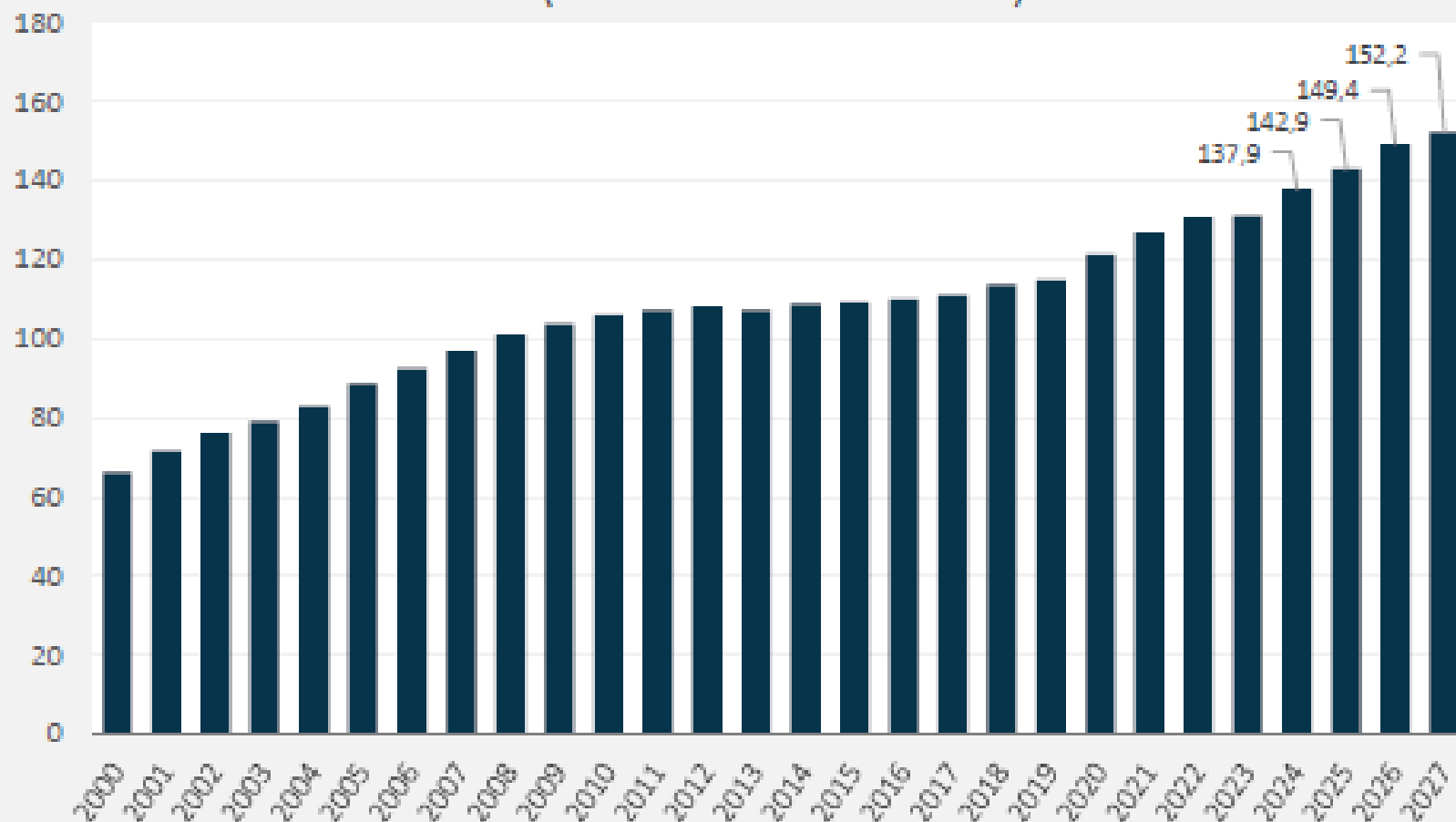
Per facilitare il confronto con periodi passati ci focalizziamo sulla spesa pubblica per la sanità, invece che sui trasferimenti al Servizio Sanitario



Spesa pubblica per
la sanità al minimo
storico. Più risorse
per la sanità

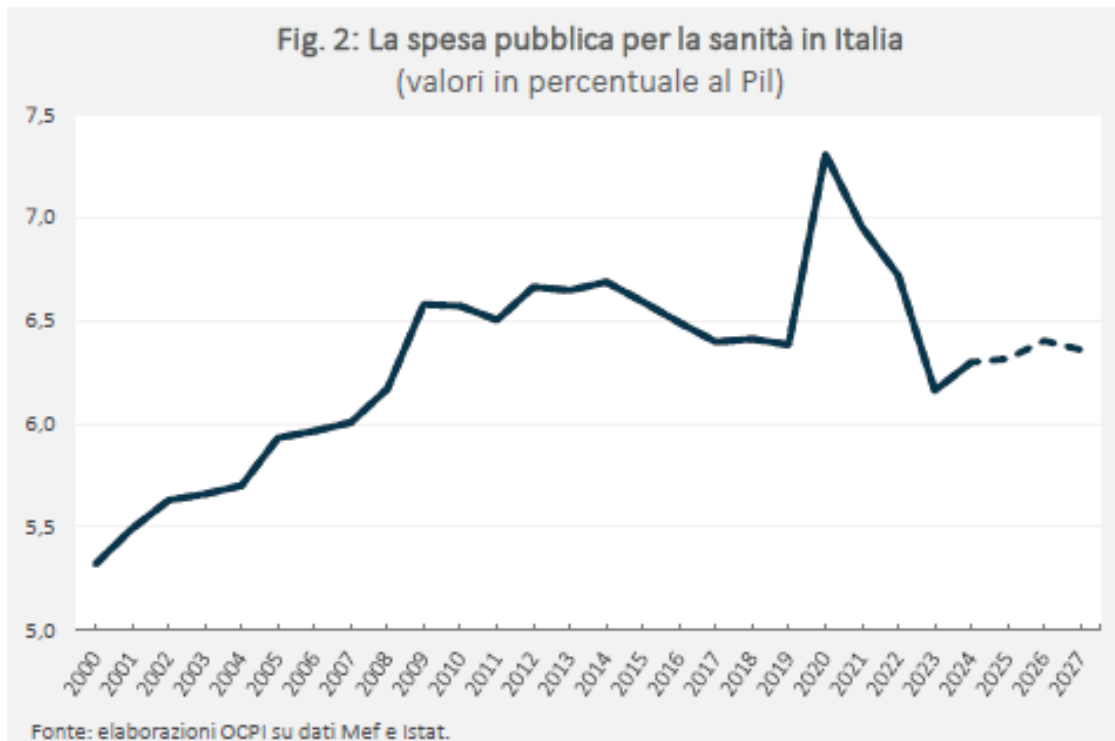
La spesa pubblica per la sanità raggiungerà i 137,9 miliardi di euro nel 2024.³ Con gli stanziamenti nel disegno di legge di bilancio, salirà a 142,9 miliardi nel 2025, 149,4 nel 2026 e 152,2 nel 2027.⁴ In miliardi di euro si tratta effettivamente del più alto livello mai raggiunto, cosa peraltro che avviene di anno in anno almeno dal 2000 (Fig. 1).⁵

Fig. 1: La spesa pubblica per la sanità in Italia
(valori in miliardi di euro)



Fonte: elaborazioni OCPI su dati Mef e Istat.

In rapporto al Pil, la spesa sanitaria è cresciuta quasi costantemente dall'inizio degli anni Duemila, come peraltro in tutti i Paesi avanzati, anche per la crescente disponibilità di prodotti sanitari di qualità migliore ma di costo più elevato (Fig. 2). Dopo aver raggiunto il 6,7% del Pil nel 2014, si è ridotta al 6,4% del Pil quando al governo c'era il centrosinistra (la legge di bilancio 2019 fu approvata da una maggioranza di centrosinistra).



⁶ Il calcolo è effettuato utilizzando il tasso di crescita del Pil previsto per la legge di bilancio per il 2020, prima dello shock Covid (Vedi Tav. I.2 della [Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanze 2019](#)).

La spesa è poi salita al 7,3% del Pil nel 2020 per il Covid e, soprattutto, per il calo del Pil; senza, sarebbe cresciuto solo al 6,6%.⁶

Con centrodestra al governo è sceso al 6,2% nel 2023 minimo dal 2007. Ciò perché gli stanziamenti nella legge di bilancio 2023 erano ben sotto al necessario per compensare gli aumenti dei prezzi del periodo precedente. Risale però al 6,3% nel 2024 e 2025 e al 6,4% nel 2026-2027.

Non è un massimo storico.

Ma è lo stesso livello a cui il centrosinistra lo aveva lasciato prima della Covid (Fig. 2).



Tornando al quesito...

OCPI

La spesa pubblica per la sanità è ai massimi o ai minimi storici? Chi ha ragione tra Meloni e Schlein?

di Ales

Italia
Sanità, Meloni: Fondo sanitario nazionale a 136miliardi, è più alto investimento di sempre

16 ottobre 2023

Da settimane divampa la polemica tra governo e opposizione sulla spesa pubblica per la sanità. Lo Stato in euro aggiunge ogni anno in valore massimo nel 2025, ma questo avviene ogni anno da almeno un quarto di secolo anche per la spesa sanitaria complessiva. Il governo, invece, non vuole dare alla spesa rispetto al Pil, in primo luogo perché un euro di oggi non vale un euro di cinque anni fa e, in secondo luogo, perché al crescere del Pil crescono le tasse pagate dai contribuenti che quindi dovrebbero aspettarsi una maggiore spesa anche per la sanità. Il rapporto tra spesa pubblica per la sanità e Pil scende a

**Meloni non ha torto, almeno formalmente...
Schlein invece ha torto 3 volte, perché:**



- 1) la spesa pubblica sanitaria **non** è al minimo: formalmente è al massimo
- 2) anche rispetto al PIL non è sotto al livello lasciato dal centrosinistra
- 3) ma soprattutto **torto marcio nella ricetta ideologica e diseducativa di aumentare la spesa sanitaria pubblica (+5 mld) senza dire per fare che cosa**, o peggio puntando a far cose inutili e dannose (**più vaccinazioni, più screening, abuso tecnologico, più terapie ad alto costo**, senza curarsi della loro efficacia, sicurezza, costo-efficacia, costo-opportunità [NB: il centrodestra non ha idee più chiare, fa circa le stesse cose (salvo obblighi), ma almeno non chiede in modo ideologico e ossessivo di aumentare la spesa pubblica...])

Primo piano | Politica e giustizia

L'intervista

di **Adriana Logroscino**

ROMA Elly Schlein, sulla liberazione e il rimpatrio di Almasri i ministri hanno riferito in Parlamento, ma continuano a sollecitare la premier.

«Certo. Meloni deve chiarire perché un torturatore libico è stato liberato e riaccompagnato in Libia dove può continuare a torturare. L'Italia sta coi torturati o coi torturatori? I ministri sono venuti in Aula per coprirlo. Ma la scelta è stata politica. E noi a Meloni, che ne ha la responsabilità, chiediamo conto di questa scelta. Non può sfuggire. Come le chiediamo perché e da chi siano stati spiati giornalisti e attivisti».

Nordio dice che le inesattezze nel mandato d'arresto della Corte penale internazionale hanno motivato la sua valutazione.

«A parte che lui e Piantedosi, che ha avvalorato in Aula la tesi della pericolosità di Almasri, si sono contraddetti, la legge italiana non dà al ministro della Giustizia alcuna facoltà discrezionale. Doveva solo trasmettere gli atti della Corte al procuratore. Invece ha permesso che fosse liberato. Chi ha chiesto a Nordio di formar-



«Meloni continua a nascondersi Ora 5 miliardi per la Sanità»

Schlein: la proposta di Franceschini? È tempo di scelte comuni, non di piani B

che scelgono per stare comodi: giustizia, immigrazione, sicurezza. Ma occupandoci di temi economici e sociali. Non ne parlano mai. E gli italiani pagano questa inerzia».

E lei cosa ha da dire al riguardo?

«Lontano dalla propaganda del governo c'è il calo della produzione industriale che va avanti da 22 mesi. I salari più bassi d'Europa, le bollette che aumentano per imprese e famiglie, le liste d'attesa così lunghe da rendere inefficace la prevenzione. Lavoratori e lavoratrici sono alle prese con treni sempre in ritardo che rubano ora ai pendolari. Mentre il mi-

Il profilo

● Elly Schlein. 39 anni. laurea in Legge. inizia l'attività politica nel 2013: è tra i promotori di #OccupyPd. l'iniziativa nata dopo la bocciatura della candidatura di Prodi al Colle e contro il governo Letta di larghe intese

● Deputata Ue

hanno messo la legge delega su un binario morto. Dove giace da 14 mesi. E intanto impugnano la legge pugliese sostenendo sia competenza nazionale. Allora la approvino».

Ci sono contraddizioni anche nel centrosinistra: sulla pace, è più con il Papa che invita a negoziare, o con Ursula von der Leyen che sostiene il rafforzamento dell'Ucraina?

«Abbiamo sempre trovato una sintesi forte tra il sostegno a un popolo colpito dall'invasione criminale di Putin, e la sollecitazione di una iniziativa diplomatica e politica europea. Si rischia di lasciare spazio a falsi interpreti del processo di



Perspective

The WHO Algorithm for Causality Assessment of Adverse Effects Following Immunization with Genetic-Based Anti-COVID-19 Vaccines: Pitfalls and Suggestions for Improvement

Paolo Bellavite ^{1,*} , Alberto Donzelli ²  and Ciro Isidoro ^{3,*} 



¹ Independent Researcher, 37134 Verona, Italy

² Foundation Allineare Sanità e Salute, via Ricordi 4, 20131 Milano, Italy;
info@fondazioneallinearesanitaesalute.org

³ Department of Health Sciences, Università del Piemonte Orientale, Via P. Solaroli 17, 28100 Novara, Italy

* Correspondence: paolo.bellavite@gmail.com (P.B.); ciro.isidoro@med.uniupo.it (C.I.)



Il riconoscimento di una relazione causale per un evento avverso dopo immunizzazione (AEFi) è un percorso a ostacoli, che pare disegnato per assolvere i vaccini da ogni responsabilità.

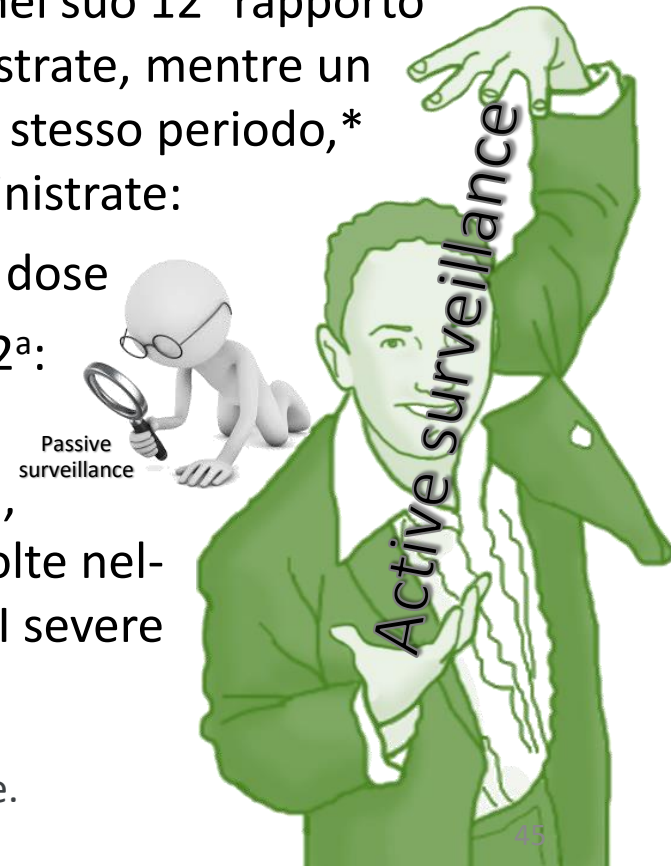
La prima trappola è la **farmacovigilanza passiva**, basata su segnalazioni spontanee e adottate nel mondo. Per quanto difficile da credere, ciò porta a una sottostima degli AEFI fino a 1000 volte e più rispetto ai pochi esempi istituzionali di **attiva sorveglianza**.*

Per esempio, AIFA, l'Agenzia Italiana dei medicinali, nel suo 12° rapporto parla di 100 *sospette* AEFI per 100.000 dosi somministrate, mentre un sistema USA di sorveglianza attiva, **v-safe**, circa nello stesso periodo,* riporta per i 2 vaccini a mRNA, x 100.000 dosi somministrate:

68.600 reazioni locali e 52.700 sistemiche dopo la 1^a dose
e 71.700 reazioni locali e 70.800 sistemiche dopo la 2^a:
oltre 1000 volte di più!

AIFA riporta solo 18,1 per 100.000 dosi di AEFI severi, mentre il trial registrativo del vaccino Moderna, sepolte nella *Supplemental Web Appendix*, riporta 17,7% di AEFI severe dopo la 2^a dose: **ben oltre 1000 volte di più!**

* Per i riferimenti bibliografici, far riferimento all'articolo originale.



Il secondo **filtro micidiale** è l'**algoritmo OMS** per la valutazione di causalità.

Un AEFI si definisce come “qualsiasi evento medico sfavorevole che fa seguito a una vaccinazione, non necessariamente con una relazione causale con l’uso del vaccino”

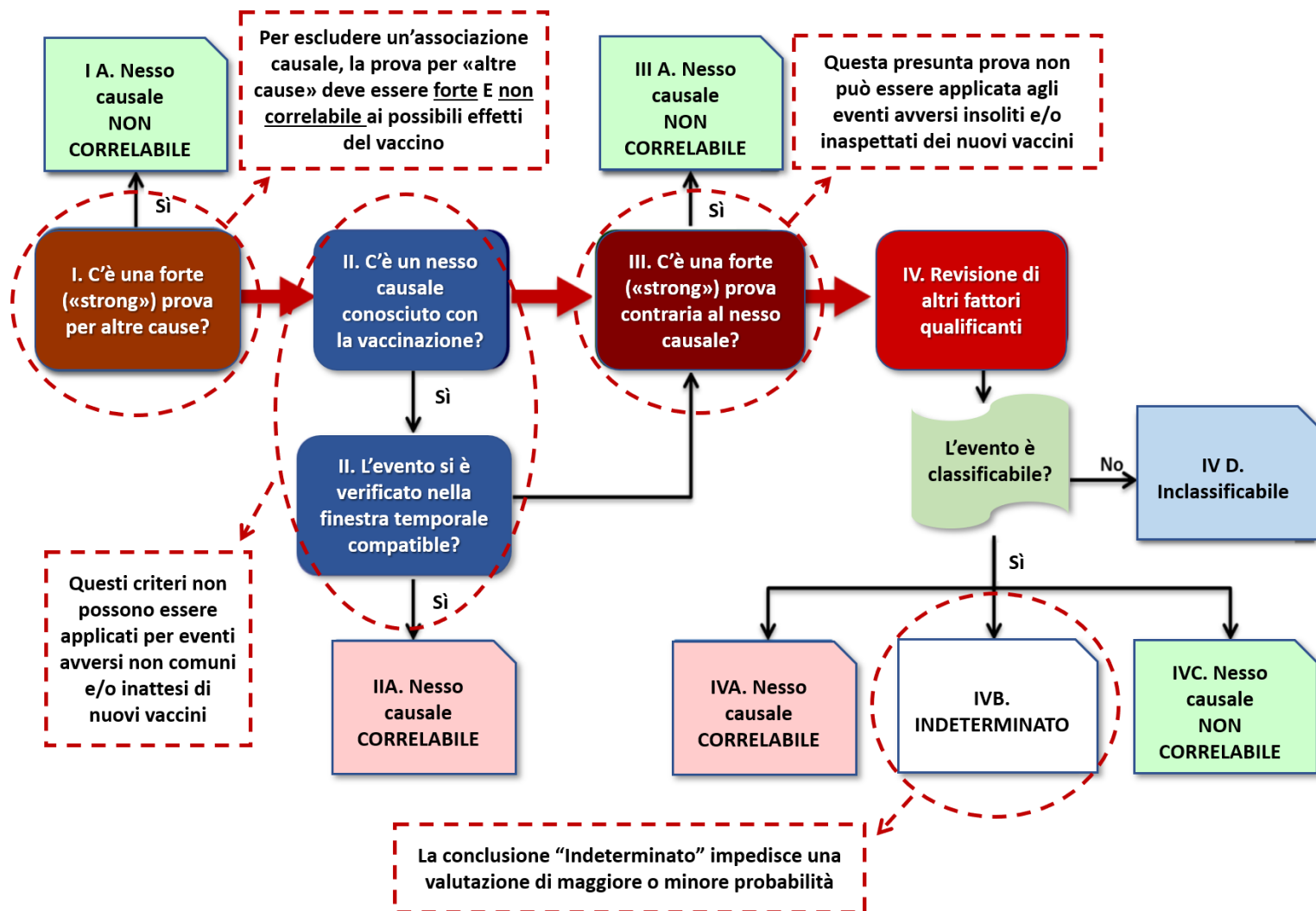
L’OMS ha proposto un protocollo che usa una lista di domande su eventi avversi correlati al vaccino, e un algoritmo per esprimere un giudizio.

Abbiamo discusso i **gravi limiti di questo protocollo**, a maggior ragione quando applicato ai nuovi vaccini genetici COVID-19 vaccini, particolarmente quando si ha a che fare con eventi patologici rari e inattesi.

Mostriamo il percorso e i principali aspetti controversi riguardo:



Punti critici dell'algoritmo dell'OMS per la valutazione della causalità dei vaccini COVID-19



P. Bellavite, A. Donzelli e C. Isidoro, JCM 2024

Algoritmo di valutazione della causalità in base al manuale WHO/OMS

I A.
Inconsistent
causal
association

↑ Yes

I. Is there strong
evidence for
other causes?

Il manuale OMS afferma «una diretta causa è un fattore senza il quale l'effetto non si verifichebbe (cause necessaria). 'Talvolta' ci sono fattori multipli che possono precipitare l'evento, come co-fattori così che l'effetto (evento) si verifica.»



In base a questo criterio, **quasi mai il vaccino può essere considerato la "diretta" e sola causa** dei comuni problemi lamentati dai vaccinati.

Virtualmente ogni AEFI cade nella seconda categoria, in cui il vaccino è solo uno dei fattori scatenanti l'evento.

AlFA applica il metodo OMS, riguardo ai dati sulle morti, affermando "*le valutazioni dei casi suggeriscono l'assenza di responsabilità del vaccino nella maggioranza di questi, poiché sono spesso soggetti con intercorrenti o previe patologie, come: cardiovascolari, metaboliche, oncologiche, autoimmuni, neurodegenerative, respiratorie, renali, epatiche, pancreatiche, del sistema linfopoietico (difetti di coagulazione)*"

Applicando il protocollo OMS, **chi muore dopo il vaccino ed era portatore di 'altre malattie' non è morto a causa del vaccino, ma di quelle malattie.**

■ «L'eccesso nei confronti del 2018-2019 è spiegato principalmente dalla mortalità per Covid-19», affermava l'Istat nel giugno dello scorso anno presentando il report sulle cause di morte 2021. I decessi complessivi erano stati 706.969, quelli Covid 63.915. Come già aveva fatto per il 2020, l'indagine però non tiene conto della compresenza di altre patologie che compromettevano pesantemente la salute dei pazienti e potevano essere fatali. Non lo fa nemmeno sui nuovi dati, relativi al 2022.

In realtà, nell'anno della gigantesca campagna vaccinale il virus di Wuhan ha provocato in Italia la morte di 149 persone senza alcuna

LA FOTOGRAFIA

Mortalità anno 2022

Classe di età	Solo Covid	Fino a 4 patologie	Con almeno 5 patologie	Totale	% solo Covid
0	0	1	6	7	0,0%
1-4	0	6	3	9	0,0%
5-9	0	1	2	3	0,0%
10-14	0	2	7	9	0,0%
15-19	0	4	8	12	0,0%
20-24	0	6	8	14	0,0%
25-29	0	6	16	22	0,0%
30-34	1	14	42	56	1,8%
35-39	0	24	53	77	0,0%
40-44	1	48	85	133	0,8%
45-49	0	57	212	269	0,0%

Elaborazione Eugenio Florean per La Verità

Classe di età	Solo Covid	Fino a 4 patologie	Con almeno 5 patologie	Totale	% solo Covid
50-54	2	141	379	520	0,4%
55-59	1	257	586	843	0,1%
60-64	5	396	1.013	1.409	0,4%
65-69	3	595	1.724	2.319	0,1%
70-74	6	1.101	2.940	4.041	0,1%
75-79	9	1.549	4.502	6.051	0,1%
80-84	24	2.651	6.844	9.495	0,3%
85-89	32	3.567	8.313	11.880	0,3%
90-94	41	3.440	6.419	9.859	0,4%
95+	30	2.017	2.585	4.602	0,7%
Totale	155	15.883	35.747	51.630	0,3%

LaVerità

Decessi per Covid gonfiati ancora: solo lo 0,3% non aveva altre malattie

Anche per il 2022 l'Istat include tra i morti a causa del virus i pazienti fragili. Quasi il 70% delle vittime, infatti, è perito in presenza di almeno 5 patologie. Ennesima evidenza dell'inutilità di lockdown e vaccinazione coatta

patologia, su un totale di 63.915 di deceduti Covid. Appena lo 0,2% dei decessi associati a Covid-19 nel 2021, e codificati secondo la classificazione internazionale delle malattie (Icd) dell'Oms, era avvenuto in persone sane. Invece, 18.843 pazienti deceduti (29,5% del totale) avevano fino a quattro patologie e 45.072 (70,5%) ben cinque patologie.

L'elaborazione dei dati forniti dal nostro Istituto nazionale di statistica è stata fatta, anche per il 2022, dall'ingegnere Eugenio Florean, che più volte ha fornito alla Verità il dettaglio di numeri altrimenti non evidenziati nei report. Facciamo un passo indietro, per poter avere la visuale completa dell'andamento e della causa dei decessi nel periodo pandemico più caratterizzato da misure restrittive. Nell'anno della dichiarazione dell'emergen-

za sanitaria globale in Italia i deceduti furono 746.324, dei quali 78.673 classificati nelle schede di morte come «Covid». Le persone morte senza alcuna patologia risultarono 326 (0,4% sul totale); quelle che avevano fino a quattro comorbidità rappresentavano il 36,7% del totale (28.834 de-

cessi Covid. Sempre alta, anche se in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente, era la percentuale dei morti con fino a quattro patologie: 29,5% del totale (18.843 schede di morte). Nel 2022, i decessi classificati Covid risultarono 51.630; prima di essere infettati i sa-

morti per fascia di età. Allora si diceva che anche i bambini, i giovanissimi erano a rischio. Però nel 2021 l'83,3% dei decessi Covid in fascia 10-14 era costituito da ragazzini con almeno cinque patologie; in fascia 20-24 anni avevano multiple malattie l'81,8% di coloro che non sopravvissero alla Sars-Cov-19. In fascia 40-60 anni, la percentuale è stata tra il 70,7% e il 72%. Nel 2022, i bambini deceduti di età compresa tra 10 e 14 e con almeno cinque patologie rappresentarono il 77,8% di coloro che non sopravvissero al virus di Wuhan. In fascia 45-49 anni, il 78,8%.

Questo conferma quanto abbiamo più volte affermato, ovvero che le vaccinazioni andavano indirizzate a fragili con comorbidità, non imposte a sanitari, insegnanti, forze dell'ordine e militari. In ogni caso, la causa «per o

con Covid» non può finire nello stesso calderone. Più patologie che minavano il corpo di pazienti tra i 50 e gli 80 anni, passati dal 67% dei totali nel 2020 ad oltre il 73% nel 2021, non possono essere ignorate certificando il decesso con la codifica Covid nella scheda Istat.

I morti durante la pandemia sono stati sicuramente tanti, troppi, ma non dimentichiamo che si è continuato a morire anche per altre cause. Nel 2020, le malattie del sistema circolatorio provocarono 227.350 decessi; 217.523 nel 2021. I morti Covid furono rispettivamente 78.673 e 63.915. Anche i tumori si portarono via un numero ben più alto di persone: 177.858 nel 2020 e 174.511 nel 2021. Tumori e malattie circolatorie provocarono più del 55% dei decessi totali.

Dichiarare che «il Covid-19 si posiziona al terzo posto

in entrambi i sessi» come causa di morte, secondo quanto afferma l'Istat, non rispecchia la situazione in cui si trovavano decine di migliaia di persone prima di venire in contatto con il virus. Sempre il report dell'Istat riferisce che «il Covid-19 è stato uno dei principali responsabili dell'aumento di mortalità tra gli under 50 avendo causato 0,21 decessi ogni 10.000 persone nel 2020 e ancora di più nel 2021 (0,25 decessi per 10.000) che in termini assoluti corrispondono a 785 decessi nel 2020 e 922 nel 2021. Questi numeri (...) hanno fatto del Covid-19 una importante causa di mortalità tra gli under 50».

Se però guardiamo alle patologie che affliggevano queste persone under 50, 519 delle 785 morte nel 2020 avevano almeno cinque patologie; 266 fino a quattro malattie; 4 persone erano sane e se il Covid è risultato per loro letale, sicuramente rappresentano una grave perdita ma il dato aiuta a ridimensionare la mortalità della narrazione Covid.

Stesso ragionamento per il 2021. Dei 922 morti, 643 avevano almeno cinque patologie; 279 fino a quattro; 2 persone non avevano malattie. Su questi dati, bisogna valutare la gestione dell'emergenza sanitaria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un'altra prova contro il lockdown: i morti avevano almeno 4 malattie

REPLICA Il titolo della Verità del 31 gennaio 2024 riferito ai dati del 2020

cessi); con cinque patologie vennero classificati il 63,3% dei deceduti Covid.

La situazione non migliorò nei due anni successivi, anzi peggiorò. Nel 2021, come abbiamo visto, i morti con almeno 5 patologie salirono a 45.072 finendo per rappresentare il 70,5 dei de-

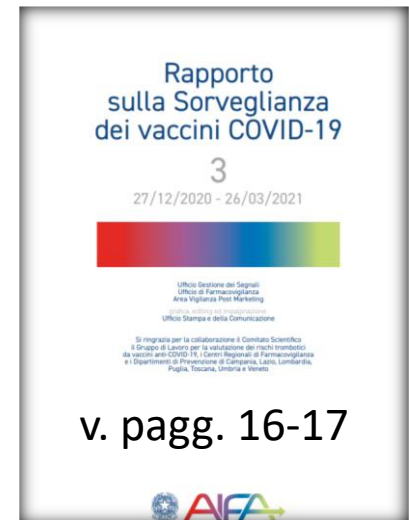
ni erano 155 (0,3% del totale morti per questa infermità); quelli con almeno quattro patologie scesero a 15.883 (ma rappresentavano il 30,8% dei decessi del totale Covid) e con almeno cinque patologie morirono 35.747 persone (30,8% del totale).

Utile risulta considerare le

Si legge testualmente da quanto dichiara AIFA: "**La valutazione dei casi correlati di informazioni suggeriscono l'assenza di responsabilità del vaccino in quanto nella maggior parte dei casi si tratta di soggetti con patologie intercorrenti o pregresse e in politerapia, con fragilità.**"

Queste patologie che assolvono i vaccini sono così elencate da AIFA: "*malattie:*

- *Cardiovascolari (ipertensione, pregressi IMA, scompenso card., cardiomiopatia)*
- *Metaboliche (diabete, dislipidemia)*
- *Oncologiche*
- *Autoimmuni*
- *Neurodegenerative (malattia di Alzheimer)*
- *Respiratorie (BPCO, enfisema)*
- *Renali*
- *Epatiche*
- *Pancreatiche*
- *Malattia del sistema linfopoietico (piastrinopenia, difetti coagulazione)".*



In pratica, chiunque o quasi avesse queste malattie, vaccinato e morto o con gravi effetti, non ha visto riconoscere la causa vaccinale. Quindi la vaccinazione si è considerata solo nelle (già scarse) segnalazioni di soggetti 'sanissimi' che hanno avuto effetti avversi (poi ci sono altri passaggi-tagliola dell'algoritmo OMS).

Ma per classificare i '*morti COVID*' il criterio è stato opposto!

PUBBLICATI I DATI ISTAT RELATIVI AL 2022

LaVerità 2 febbraio 2025

I «morti Covid»? Il 99,7% aveva altre patologie





Classe di età	Solo Covid	Fino a 4 patologie	Con almeno 5 patologie	Totale	% solo Covid
50-54	2	141	379	520	0,4%
55-59	1	257	586	843	0,1%
60-64	5	396	1.013	1.409	0,4%
65-69	3	595	1.724	2.319	0,1%
70-74	6	1.101	2.940	4.041	0,1%
75-79	9	1.549	4.502	6.051	0,1%
80-84	24	2.651	6.844	9.495	0,3%
85-89	32	3.567	8.313	11.880	0,3%
90-94	41	3.440	6.419	9.859	0,4%
95+	30	2.017	2.585	4.602	0,7%
Totale	155	15.883	35.747	51.630	0,3%

LaVerità

2 febbraio 2025

Completiamo la disamina dell'Algoritmo OMS per la valutazione di causalità →

II. Is there a known causal association with the vaccination?



Questa **domanda avrebbe senso solo dopo che i vaccini siano stati usati per anni, certamente non nello stadio sperimentale e nel periodo precoce** delle campagne. Il rischio di questo AEFI dovrebbe già essere stato riportato nella letteratura scientifica!

Is there a biological plausibility?



Di nuovo, pare ragionevole che la plausibilità biologica di un AEFI causato da un nuovo vaccino possa emergere nel tempo.

Per esempio, molti degli effetti biologici della proteina spike non erano neppure noti per il virus, e risultano studiati solo fino a dopo la distribuzione dei vaccini.



Questi sono due importanti posti di blocco

II. Was the event
within the time
window of
increased risk?



Nel caso di un nuovo vaccino, non si può stabilire un intervallo di tempo entro il quale può essere considerato un AEFI, finché l'osservazione di vari segnali di pericolo non si sia consolidata.

Per esempio, **reazioni autoimmuni** di solito si manifestano diverso tempo dopo (settimane o persino anni) dall'esposizione iniziale.

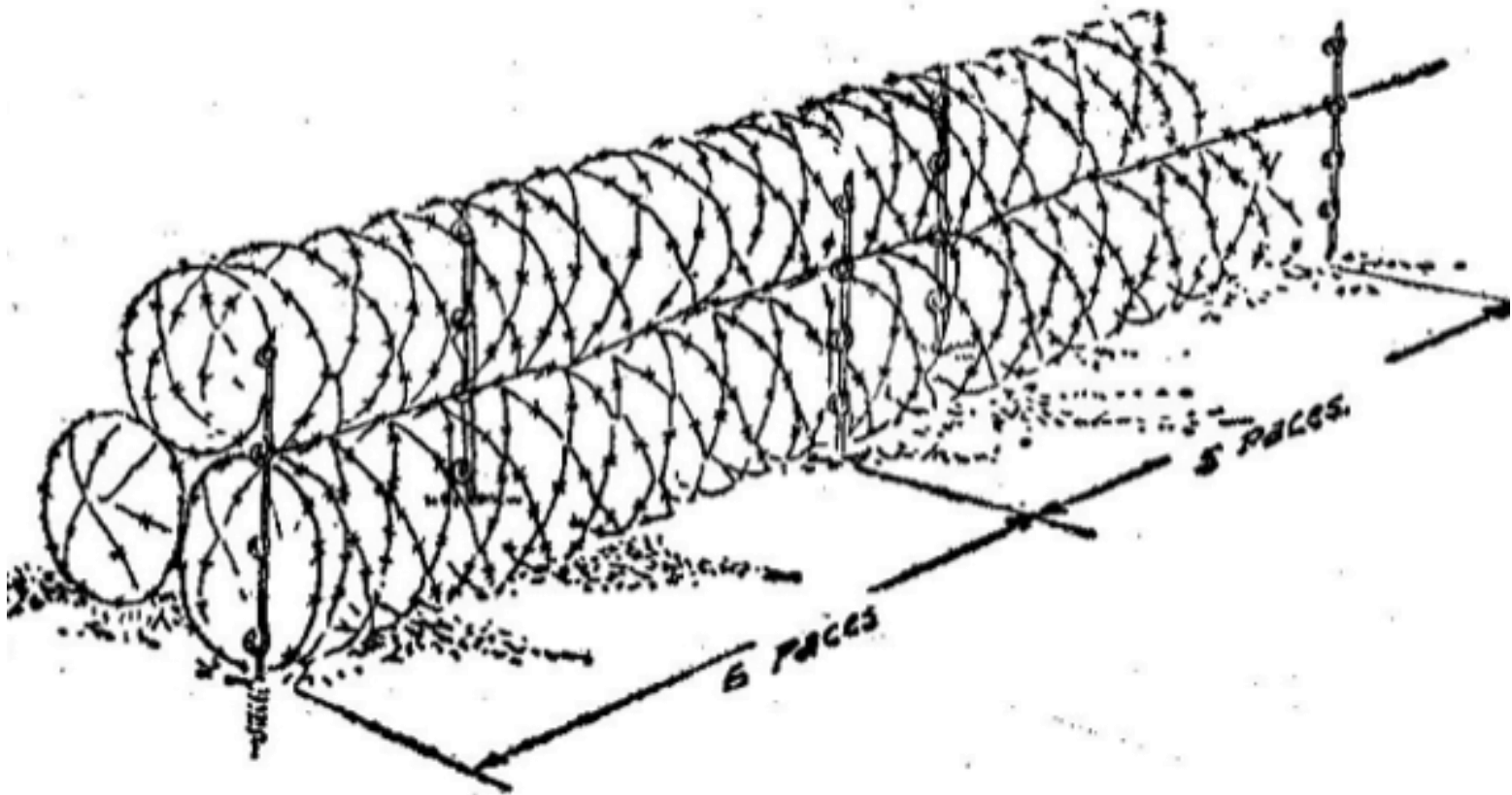
Si noti che sia le proteine spike virali che vaccinali hanno considerevoli omologie con proteine o peptidi umani, con un ovvio potenziale di indurre malattie autoimmuni.

Un'**arbitraria finestra temporale introduce una chiara distorsione** nella valutazione complessiva dell'efficacia e sicurezza vaccinale, a maggior ragione se un vaccino promuove tumori.



Questa è chiaramente un'ulteriore barriera

Sfortunatamente, queste e altre barriere al riconoscimento di una relazione causale hanno finora **protetto i vaccini e coloro che li producono e promuovono (e che – incentivati – li somministrano)**, a detrimento della sicurezza e salute di coloro che li ricevono.



L'algoritmo per la valutazione di causalità OMS/**WHO** deve essere **radicalmente riformulato**.

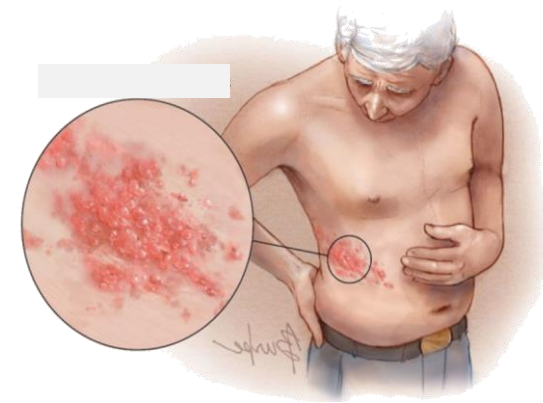
A transient reduction of the varicella-zoster virus-specific immunoglobulin G level after vaccination against severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 with an mRNA vaccine in nursing home residents, but not staff

Masae Itamochi, Shunsuke Yazawa, Yumiko Saga, Takahisa Shimada, Kei Fukuyama, Kazunori Oishi, Hideki Tani

PII: S1341-321X(25)00033-9

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jiac.2025.102637>

Reference: JIC 102637



To appear in: *Journal of Infection and Chemotherapy*

Accepted Date: 29 January 2025

Si sono valutati gli effetti della vaccinazione mRNA antiSARS-CoV-2 sulla risposta vs il **virus varicella-zoster (VZV)**, come titoli di IgG contro VZV e contro il virus del morbillo (MV) come controllo, prima e dopo la vaccinazione, in residenti di case di cura (età media 89 anni), tra maggio 2021 e settembre 2022.

Nei residenti, **2 mesi dopo la 2^a dose le IgG specifiche sono diminuite in modo significativo**. Sono tornate al livello prevaccinale a 5 mesi, ma **diminuite di nuovo 2 mesi dopo la 3^a dose, restando in questo caso ridotte** (anche un po' di più) **dopo 5 mesi**. Le **IgG antimorbillo** hanno presentato **identico andamento**. Invece nello staff (età mediana 43) non si sono avute riduzioni.

Commento: il **vaccino può indurre immunodepressione prolungata** (gli autori ripetono *transitoria*, ma senza remissione a 5 mesi...!), **verso COVID-19**, e verso **altre infezioni**.

Effectiveness of the 2023-to-2024 XBB.1.5 COVID-19 Vaccines Over Long-Term Follow-up **media 176 gg = <5,9 mesi!** doi:10.7326/ANNALS-24-01015

A Target Trial Emulation

George N. Ioannou, BMBCh, MS; Kristin Berry, PhD; Nallakkandi Rajeevan, PhD; Yuli Li, MS; Lei Yan, PhD; Yuan Huang, PhD; Hung-Mo Lin, PhD; David Bui, PhD; Denise M. Hynes, MPH, PhD, RN; Mazhgan Rowneki, MPH; Amy Bohnert, PhD, MHS; Edward J. Boyko, MD, MPH; Theodore J. Iwashyna, MD, PhD; Matthew L. Maciejewski, PhD; Valerie A. Smith, DrPH; Theodore S.Z. Berkowitz, MS; Ann M. O'Hare, MD; Elizabeth M. Viglianti, MD, MPH, MSc; Mihaela Aslan, PhD; and Kristina L. Bajema, MD, MSc

Background: Monovalent COVID-19 vaccines targeting the XBB.1.5 Omicron variant were introduced in September 2023. In the absence of randomized controlled trials demonstrating their efficacy, information on real-world vaccine effectiveness (VE) is needed.

Objective: To determine XBB.1.5 COVID-19 VE and the extent to which it declines over time.

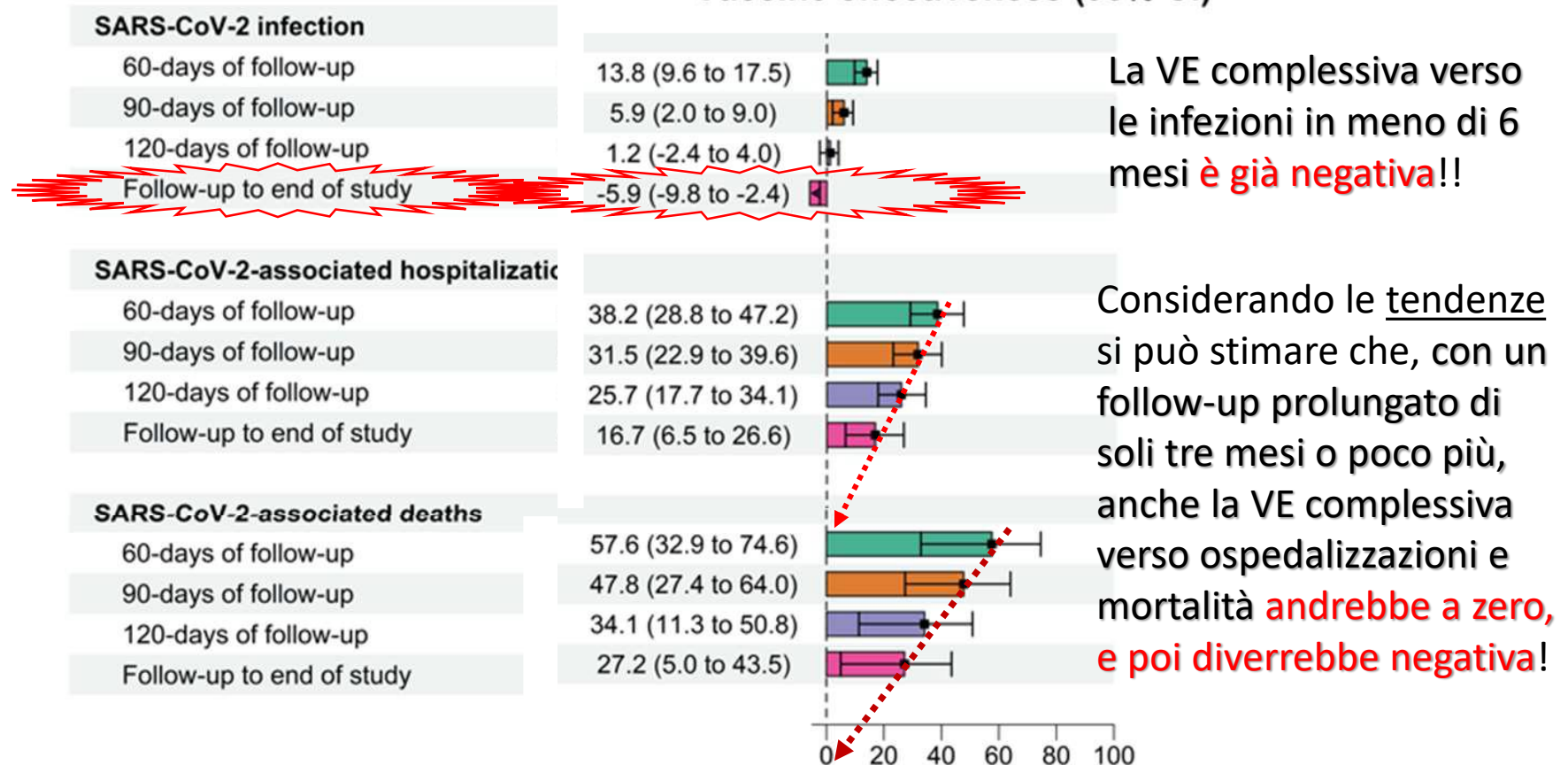
Results: Participants (91.3% male; mean age, 69.9 years) included 587 137 pairs of vaccinated and matched unvaccinated persons. Over a mean follow-up of 176 days (range, 118 to 211 days), VE was -3.26% (95% CI, -6.78% to -0.22%) against documented SARS-CoV-2 infection, 16.64% (CI, 6.47% to 25.77%) against SARS-CoV-2-associated hospitalization, and 26.61% (CI, 5.53% to 42.32%) against SARS-CoV-2-associated death. When estimated at 60, 90, and

NB: non è il risultato a fine follow-up di 5,9 mesi, ma la **media dell'intero periodo!** È proprio un' **efficacia negativa!** (e nell'analisi *per protocol* è peggio: **-5,89%!**)

Quanto alle ospedalizzazioni, il **NNV è imbarazzante**: servirebbero nei 5,9 mesi **4.160 vaccinazioni per prevenire 1 ricovero**; e 14.286 per prevenire un decesso! Ma non è tutto, purtroppo...! [senza contare che **applicano persino il Cheap Trick di 10 giorni!**]

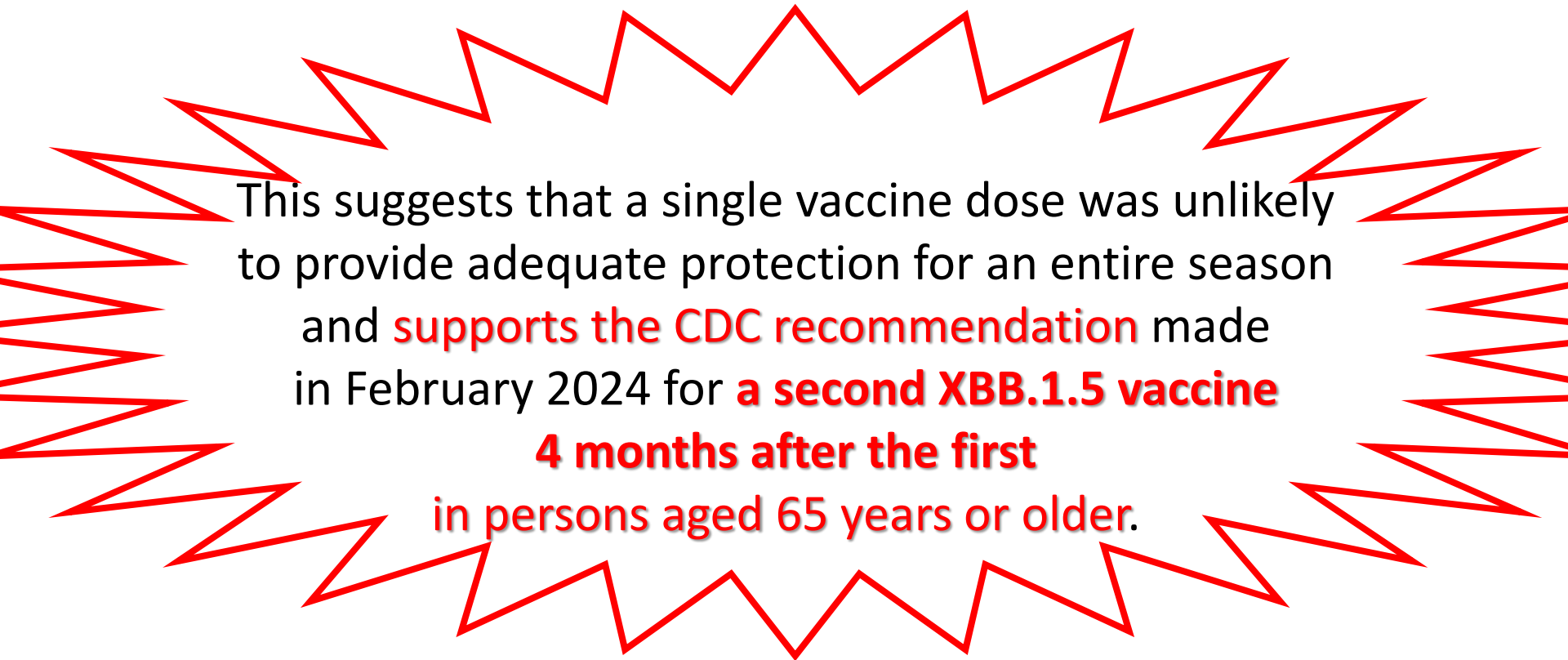
Supplement Figure 4. Per-protocol analysis of estimated effectiveness of updated COVID-19 vaccines, targeting the XBB.1.5 variant of Omicron, against documented SARS-CoV-2 infection, SARS-CoV-2-associated hospitalization and death...

Vaccine effectiveness (95% CI)



E con la **prospettiva catastrofica** appena descritta,
che cosa riescono a dire i nostri eroi?!

We showed substantial decline in VE against both hospitalization and death between 60 and 120 days, which continued to decline at 176 days, the study's mean follow-up time.



This suggests that a single vaccine dose was unlikely to provide adequate protection for an entire season and **supports the CDC recommendation** made in February 2024 for **a second XBB.1.5 vaccine 4 months after the first** in persons aged 65 years or older.

Due giorni prima
della vittoria di Trump
esce questo stupe-
facente pre-print,
1^a firma Ioannidis

Global estimates of lives and life-years saved by COVID-19 vaccination during 2020-2024

John P.A. Ioannidis (1-3), Angelo Maria Pezzullo (3,4), Antonio Cristiano (3,4), Stefania Boccia (4,5)

(1) Department of Medicine, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA,
USA ...

(4) Section of Hygiene, Department of Life Sciences and Public Health, Università
Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy

Prior studies have focused mainly on the pre-Omicron period or only on specific regions, lack crucial life-year calculations, and **often depend on strong modeling assumptions with unaccounted uncertainty.** (...)

2.533 million deaths were averted (1 death averted per 5,400 vaccine doses administered). Eighty-two percent were among people vaccinated before any infection, 57% were in the Omicron period, and 90% pertained to people 60 years and above. Sensitivity analyses suggested 1.4 to 4.0 million lives saved (...)

Children and adolescents (0.01% of lives saved [1×10.000]...) and young adults 20-29 years old (0.07% of lives saved [7×10.000]...) had very small contributions to the total benefit.

these estimates are substantially more conservative than previous calculations focusing mostly on the first year of vaccination, but **they still clearly** [prima aveva scritto 'undeniably'] **demonstrate a major overall benefit from COVID-19 vaccination** during 2020-2024.

Values used and sensitivity analyses (...)

We assume that during Omicron, the remaining 56% of global population who remained uninfected by November 2021 were infected at least once until October 2024. (...)

We assume VE=75% (sensitivity range, 40-85%) **pre-Omicron** and **50%** (sensitivity range, 30-70%) **during Omicron**. (...)

?!?

The relative contribution of children, adolescents, and young adults to lives and lifeyears saved appears minimal. Assessment of absolute net benefits in these populations, if any, **require careful consideration of potential additional benefits for non-lethal outcomes** (e.g. **hospitalizations** and other **symptomatic disease**), **as well as any deaths and other consequences from adverse effects (not included in our calculations)**.^{22,23} Cost-effectiveness ratios should be considered carefully in these age strata to document whether vaccination was worthwhile for younger.²⁴ (...)

The age groups 0-29 years... if one-sixth of vaccine doses were given to these age groups, benefits would translate to 1 death averted per ~100,000 vaccine doses. One might argue that vaccination of younger may have diminished transmission to older, vulnerable individuals.

However, vaccine effectiveness regarding infection risk was modest and very rapidly waning. False messaging that vaccination will substantially avert transmission may even have backfired.

Risk compensation with increased exposure due to false reassurance may have resulted even in increased viral spread.²⁵

Come aumentare i profitti ed evitare le perdite? Facile! Conteggiare i ricavi **e non i costi!**



Alessandro Bagnato

Our estimates do not separate deaths averted from vaccine efficacy versus deaths caused from vaccination-related harms.

Adverse events on COVID-19 vaccines remain a contentious topic. Randomized trial data are very limited.²⁶ Estimates of risk from registries and other observations carry substantial uncertainty.

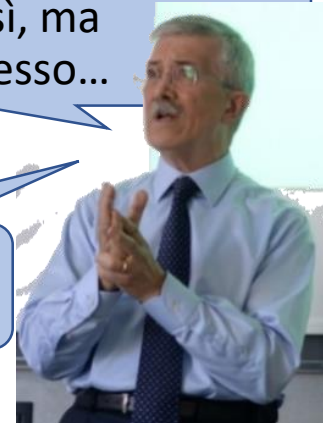
However, as shown in Appendix 2, the **number of deaths due to widely recognized and accepted adverse events** (thrombosis, myocarditis, and deaths in highly debilitated nursing home residents) **are probably approximately 2 orders of magnitude smaller than the overall benefit.**

Still, these harms may be important to weigh against benefits in specific sub-populations where they have the highest frequency and where risk-benefit may change or even get reversed.

Inequity, inefficient vaccination campaigns, and **vaccine hesitancy** may have **eroded substantially the benefit that might have been derived under ideal circumstances** (see Appendix 3: “Deaths averted under ideal circumstances”).

2-3 anni fa si potevano ancora discutere stime così, ma adesso...

Anche se poi prova a correggere...



Finally, one may put COVID-19 vaccination benefits in perspective along with benefits from other available vaccinations. (...)

One study⁴⁸ estimated that vaccination for 10 pathogens across 112 countries in 2000-2019 saved 50 million lives; another 47 million may be saved in 2020-2030.(...)

If these calculations are sound, COVID-19 vaccination apparently saved during 2020-2024 fewer lives than measles or hepatitis B vaccination in the same period...

However, lifeyears saved by COVID-19 vaccination for the same period were more than 30-fold lower than the life-years saved from measles vaccination, 10-fold lower than from hepatitis B vaccination and substantially lower also than the life-years saved from HPV, yellow fever, *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, and rubella vaccination.⁴⁸

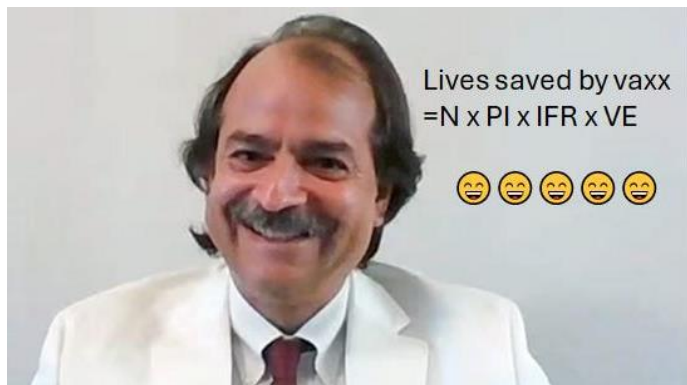
Therefore, even though COVID-19 vaccines are clearly a major achievement, their benefits do not necessarily match the benefits of several other widely used vaccines. Decrease in trust and increased hesitancy for these vaccines may be devastating.^{49,50}

The COVID-19 pandemic and **pandemic response created a more challenging landscape on how to overcome general vaccine hesitancy**.⁵⁰⁻⁵²

Long-term outcomes in both vaccinated and unvaccinated people should also be examined with further follow-up.



Et Tu, John? **Et Tu, John?** Ioannidis pushes circular 'safe and effective' vaccination assumptions in model to show vaccine saved millions of lives
NORMAN FENTON MARTIN NEIL NOV 21, 2024



Lo studio che sostiene di testare l'affermazione secondo cui il vaccino anti-COVID ha salvato milioni di vite (proprio come uno studio precedente dell'Imperial College di Londra...) **non si basa su alcun confronto di dati empirici**

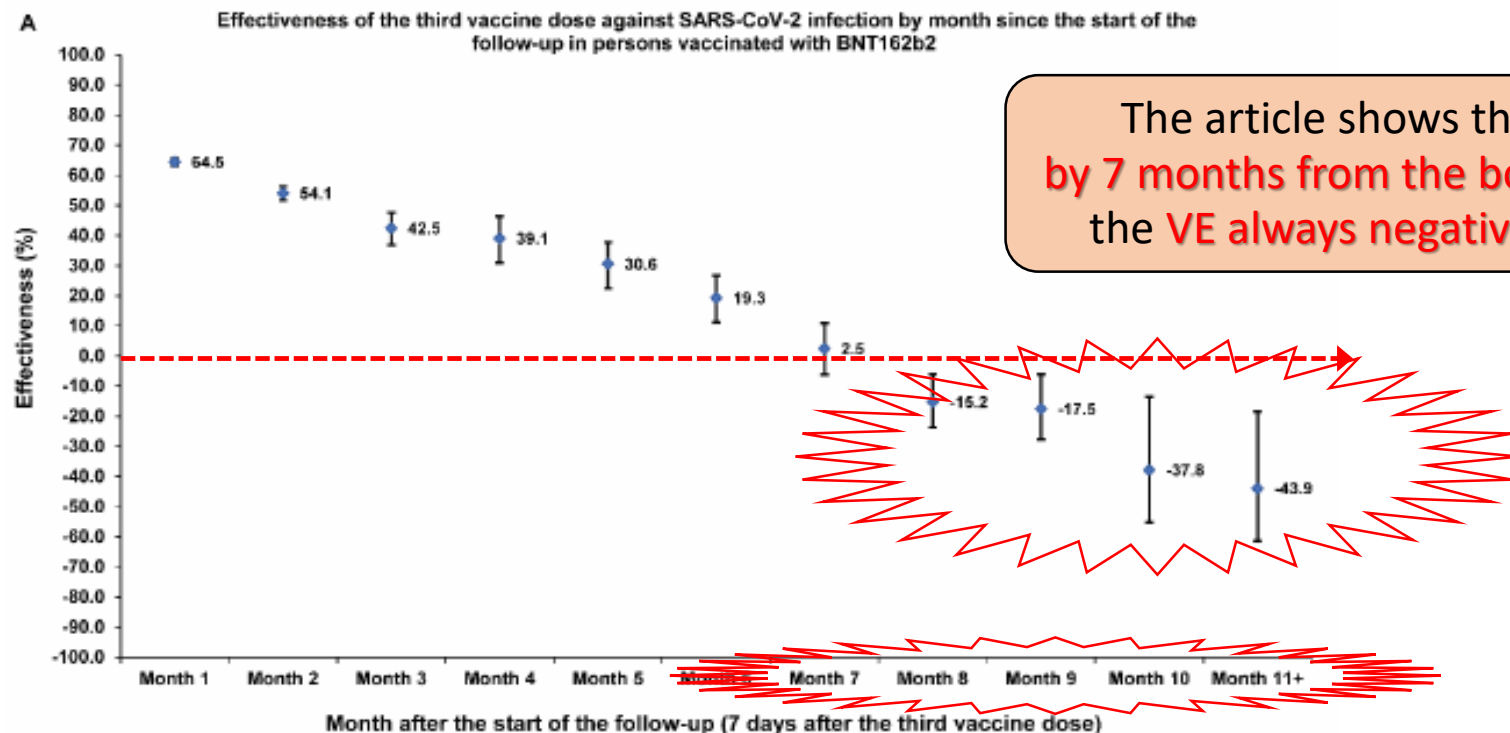
sulla mortalità tra popolazioni di vaccinati e non vaccinati, ma piuttosto sulla metodologia 'scientifica', applicando la stessa logica 'altamente sofisticata' e simili 'ipotesi circolari' [utilizzate per testare le affermazioni sulla dieta speciale, D,] ovvero che:

- Senza vaccinazione il COVID infetta e uccide molte persone.
- Il **vaccino è efficace**; in particolare, le persone che non si vaccinano han 4 volte più probabilità di contrarre il COVID rispetto a quelle che lo fanno (**VE 75%, sic!**).
- Il **vaccino è sicuro**, ovvero **nessuno muore a causa di un effetto collaterale** del vaccino (o comunque 100 volte meno...!).

Long-term COVID-19 booster effectiveness by infection history and clinical vulnerability and immune imprinting: a retrospective population-based cohort study *Lancet Infect Dis* 2023

Hiam Chemaitelly, Houssein H Ayoub, Patrick Tang, Peter Coyle, Hadi M Yassine, Asmaa A Al Thani, Hebah A Al-Khatib, Mohammad R Hasan, Zaina Al-Kanaani, Einas Al-Kuwari, Andrew Jeremijenko, Anvar Hassan Kaleeckal, Ali Nizar Latif, Riyazuddin Mohammad Shaik, Hanan F Abdul-Rahim, Gheyath K Nasrallah, Mohamed Ghaith Al-Kuwari, Adeel A Butt, Hamad Eid Al-Romaihi, Mohamed H Al-Thani, Abdullatif Al-Khal, Roberto Bertollini, Jeremy Samuel Faust, Laith J Abu-Raddad

Figure S6: Booster effectiveness relative to primary series against SARS-CoV-2 infection by month since the start of the follow-up for each of (A) BNT162b2 and (B) mRNA-1273 vaccines.



ECDC ed efficacia vaccino vs COVID-19 grave che si negativizza



- The adjusted vaccine effectiveness of first booster dose vaccination in preventing SARI hospitalisations associated with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection was moderate at 54% (95% CI: 45–61%), and relative to complete primary series vaccination adjusted relative effectiveness of the first booster dose was 29% (95% CI: 14–42%).
- The results presented in this report suggest a lower relative vaccine effectiveness for the first booster dose vaccination among younger adults (20–59 years of age) compared with older adults (60–79 and ≥80 years), albeit with wide overlapping confidence intervals.
- Vaccine effectiveness and relative vaccine effectiveness of the first booster dose vaccination remained high in the first four months after vaccination, but reduced substantially after four months. A similar pattern was observed for 60–79 and ≥80 years of age groups. Limited sample size did not allow vaccine

(ricoveri per grave polmonite COVID-19)



Commissione Senato Usa approva Rfk come segretario alla Sanità

Passa la controversa nomina



Research article

Clinical efficacy of N-acetylcysteine for COVID-19: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

Ting-Hui Liu^a, Jheng-Yan Wu^b, Po-Yu Huang^c, Ya-Wen Tsai^d, Wan-Hsuan Hsu^c, Min-Hsiang Chuang^c, Hung-Jen Tang^b, Chih-Cheng Lai^{e,f,*}

^a Department of Psychiatry, Chi Mei Medical Center, Tainan City, Taiwan

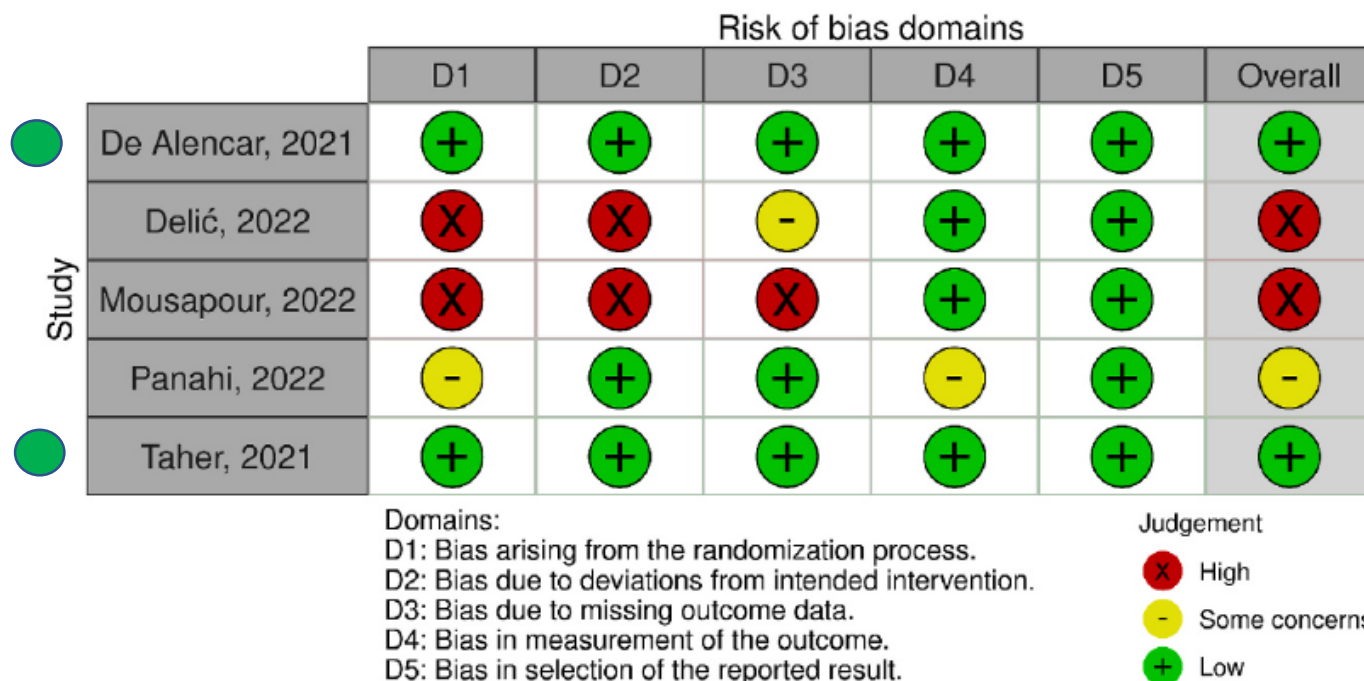


Fig. 2. Risk-of-bias assessment.

Table 3
GRADE assessment.

Participants	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Overall certainty of evidence
Mortality						
5 RCTs 651 patients	Very serious	Serious	Not serious	Very serious	Not serious	Very Low
Invasive mechanical ventilation						
3 RCTs 310 patients	Serious	Not serious	Not serious	Very serious	Not serious	Very Low
Length of hospitalization						
3 RCTs 477 patients	Very serious	Not serious	Not serious	Very serious	Not serious	Very Low
Intensive care unit stay						
2 RCTs 227 patients	Very serious	Not serious	Not serious	Very serious	Not serious	Very Low

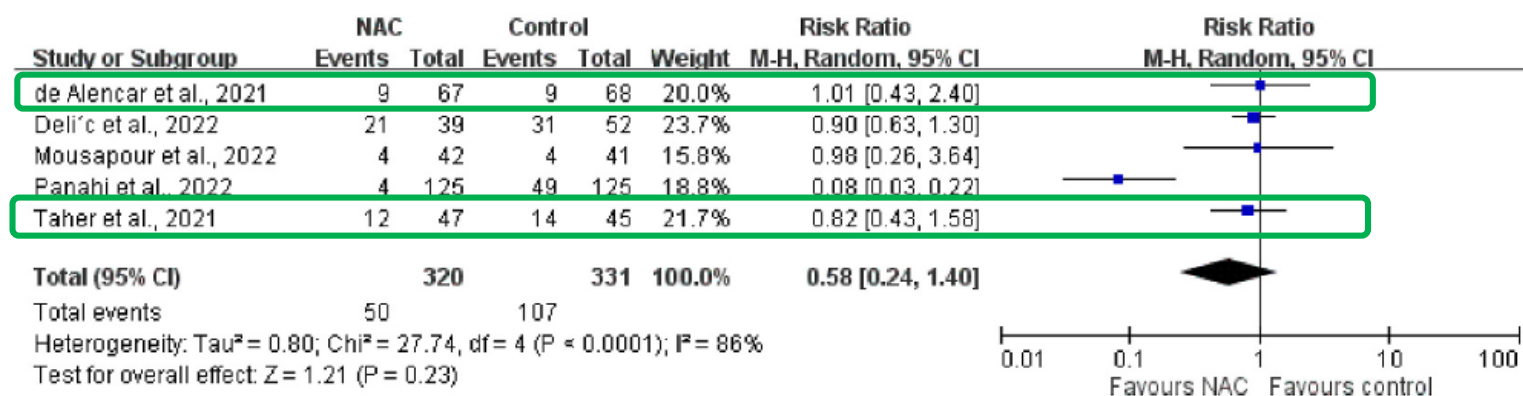


Fig. 3. Meta-analysis of the association between N-acetylcysteine (NAC) and mortality.

11 N-acetylcysteine COVID-19 Randomized Controlled Trials

c19early.org
January 2025

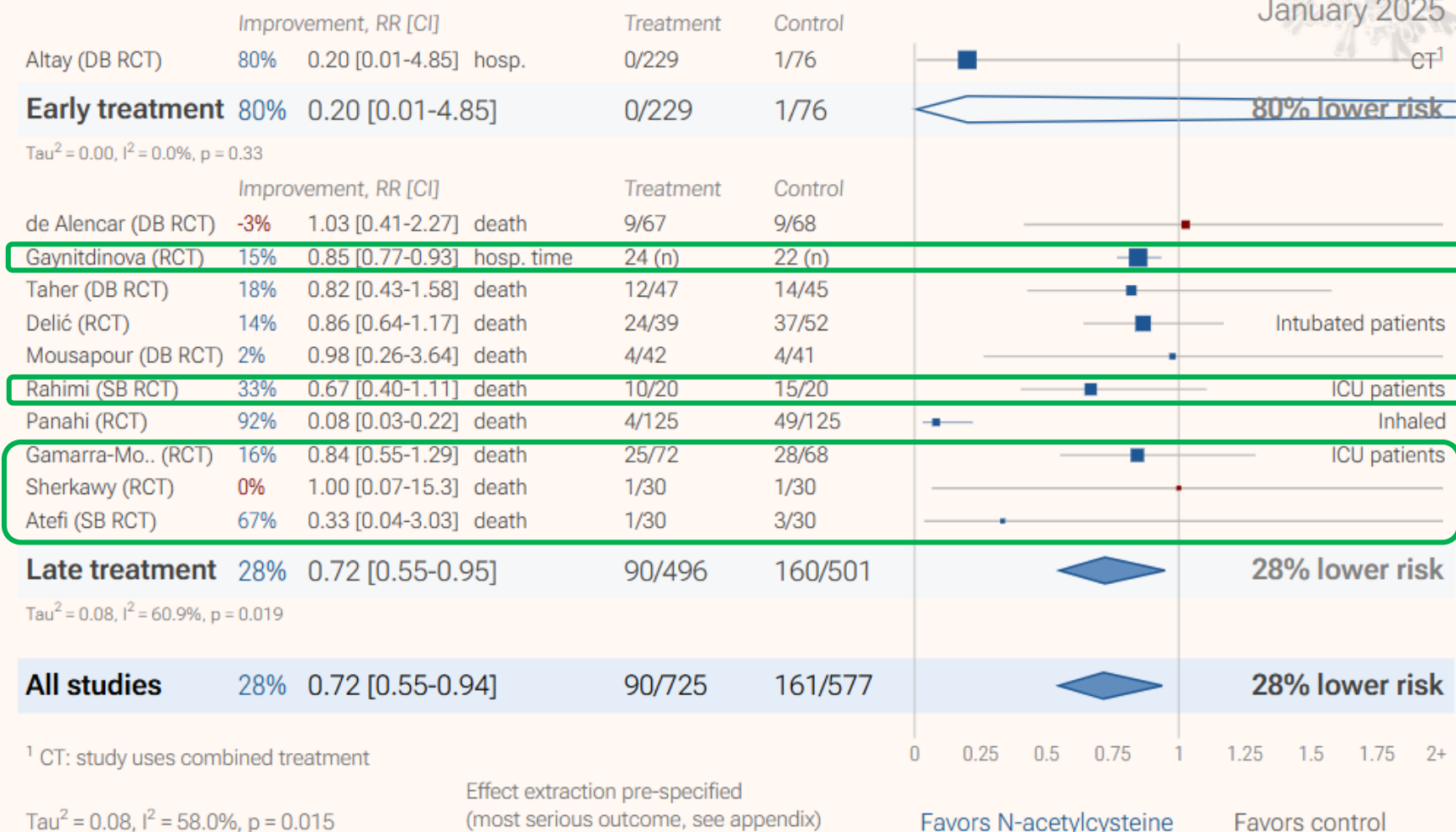


Figure 13. Random effects meta-analysis for all Randomized Controlled Trials. This plot shows pooled effects, see the specific outcome analyses for individual outcomes. Analysis validating pooled outcomes for COVID-19 can be found below. Effect extraction is pre-specified, using the most serious outcome reported. For details see the appendix.

Figure 13. Random effects meta-analysis for all Randomized Controlled Trials. This plot shows pooled effects, see the specific outcome analyses for individual outcomes. Analysis validating pooled outcomes for COVID-19 can be found below. Effect extraction is pre-specified, using the most serious outcome reported. For details see the appendix.

9 N-acetylcysteine COVID-19 RCT mortality results

c19early.org
January 2025

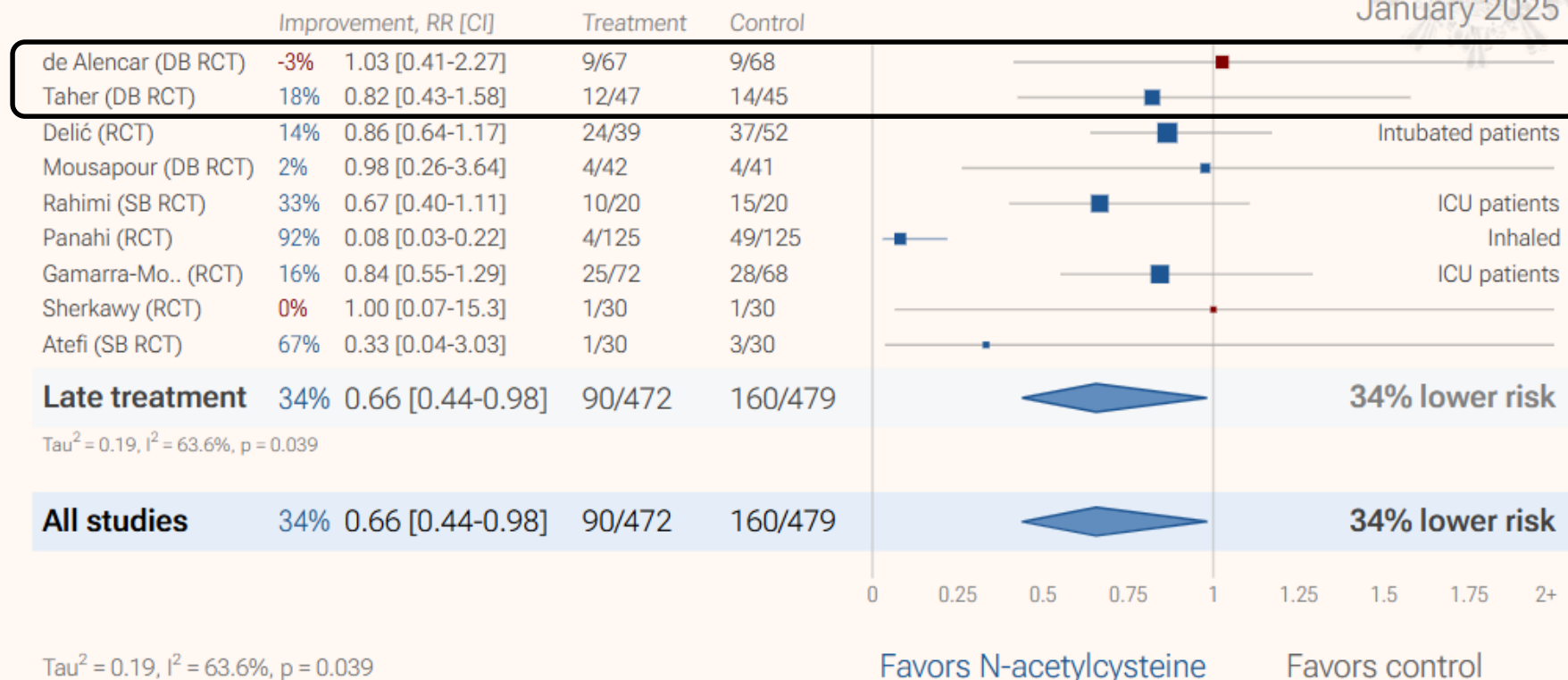


Figure 14. Random effects meta-analysis for RCT mortality results.