

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

(60° incontro, 15-6-'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. Mauro Sandri

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

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:
- LDL: → Lo Devi Limitare! (?) Cardiologi e disinformazione (da S 6)
- Vaccino antimeningococco quadrivalente e falsi placebo (da S 10)
- Kennedy, Offit, Siri e dibattito sui falsi placebo (da S 12)
- Dichiarazione di Bethesda, contestazioni e risposta Bhattacharya al NIH (da S 14)
- Due osservazioni sull'IA (da S 16)
- Vaccini pediatrici e aumento patologie autoimmuni (da S 18)
- Lockdown e morti COVID nel mondo e in Europa (da S 19)
- Australia toglie raccomandazione vaccini COVID bambini e adolescenti sani (S 23)
- Katelyn Jetelina e vaccinazione COVID bambini e donne incinte (S 24)
- EMA non prove aumenti mortalità da vaccini, effetti collaterali lievi, possono ridurre trasmissione (da S 25) Booster e aumento trasmissione (e Fenton) (da S 27)
- Bassetti e decesso COVID dopo 6 dosi (da S 29)
- Kostaive rischi e limiti RCT registrativo (da S 33)
- Cronologia RCT cure efficaci, sicure, ecc. (da S 54) No antibiotici COVID non grave (da S 67)
- Assoluzione vaccini e diagnosi decessi COVID criteri opposti (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 →)

COLESTEROLO L.D.L. LO DEVI LIMITARE

Perchè accelera l'invecchiamento delle arterie
e può essere causa di infarto o di ictus

UOMO

Cercate in questo schema il **valore ideale**
del cosiddetto colesterolo "cattivo" (L.D.L.)

Lo schema **non serve** se avete avuto un infarto o un ictus
o una malattia delle coronarie perchè in questo caso
il colesterolo LDL deve essere **inferiore a 55 mg/dl.**

La pressione arteriosa, come fattore di rischio, non viene qui
considerata perchè deve comunque essere
inferiore a **140mmHg** con o senza terapia.

IL COLESTEROLO L.D.L. DEVE ESSERE

	non diabetico		diabetico	
	non fumatore	fumatore	non fumatore	fumatore
anni 50 - 60	inferiore a 116	inferiore a 100	inferiore a 100	inferiore a 70
anni 60 - 65	inferiore a 100	inferiore a 70	inferiore a 70	inferiore a 55
anni + di 65	inferiore a 70	inferiore a 55	inferiore a 55	inferiore a 55

Vuoi vivere?
Abbassa il colesterolo!
Con un cardiologo
e *nuovi farmaci* puoi
raggiungere *i target*!



Anche l'ISS usa i *target* de 'La Scienza'. Se ad es. inserisco nel Calcolatore
i miei dati ottimali, secondo  il progetto cuore

Sesso:	Uomo
Età:	69 anni (76...)
Abitudine al fumo di sigaretta:	no
Pressione sistolica:	→ 90 mmHg
Colesterolemia totale:	→ 130 mg/dl
Colesterolemia HDL:	→ 100 mg/dl
Diabete:	no
Ipertensione arteriosa:	no

e, a parità di *PAS* e *colesterolo HDL*
assurdi, abbassassi anche al minimo
di 130 mg/dl il colesterolo totale?
(dunque con **cLDL ben sotto a 70**)?

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

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

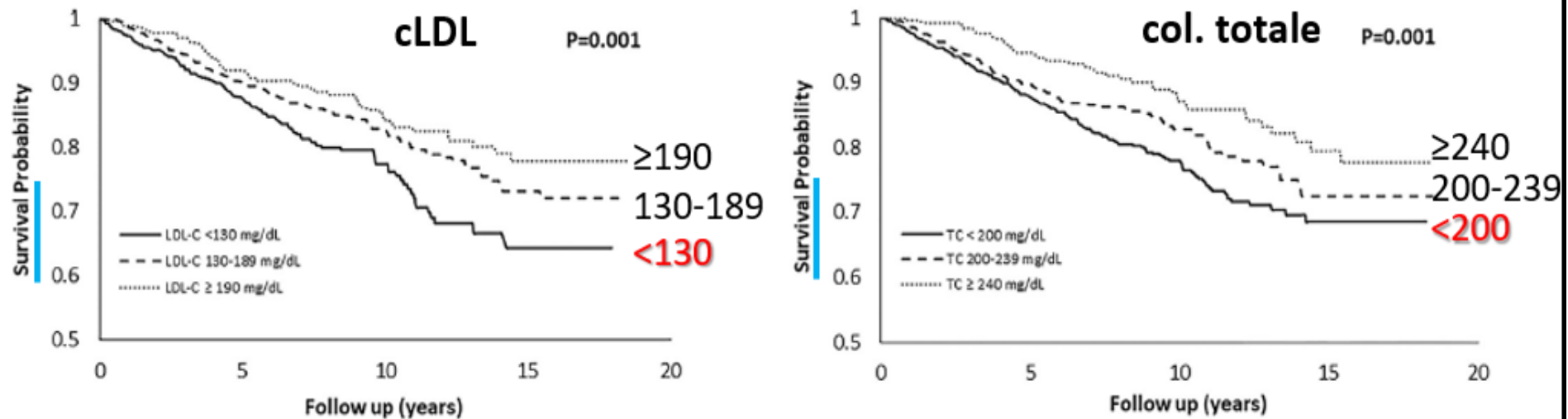
2,4% nei prossimi 10 anni

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

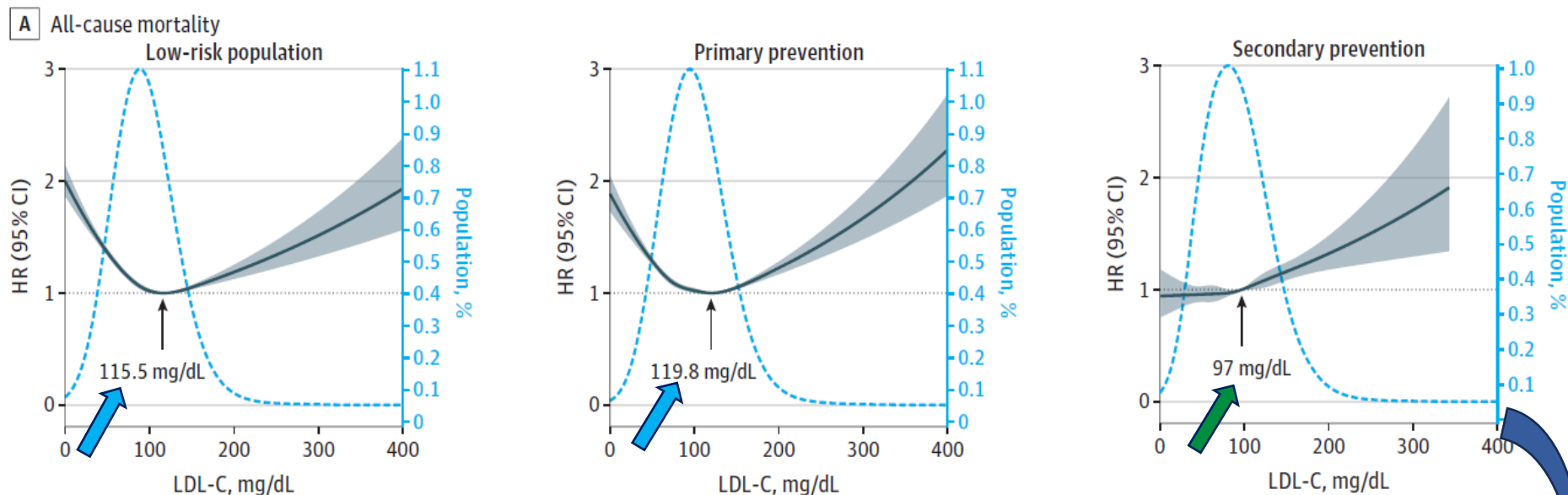
**incredibilmente, per l'ISS
il mio RCCV a 10 anni
si abbasserebbe ancora...!
Ma le prove dicono altro**

Un paio di esempi, per rinfrescare la memoria →

La recente pubblicazione (*Vainshelboim B, Myers J. PLoS ONE 18(7):e0287923*) su una coorte prospettica di veterani USA di ~60 anni in partenza, seguiti per ~9 anni, con cLDL medio 149 mg/dL, 52% dislipidemicici in base a criteri del National Cholesterol Education Program-ATP III, 23% con cardiopatia coronarica, 21% diabetici di tipo 2, 40% obesi, 60% ipertesi, a rischio alto/molto alto in base alle Linee Guida, ha mostrato i risultati che seguono in termini di mortalità totale:



Massima mortalità con cLDL <130! Per gli autori un *paradosso*, ma i risultati sono del tutto coerenti con altri 13 studi citati nella discussione, che correlano colesterolemia a mortalità totale, riscontrando un'associazione nulla o più spesso inversa. È documentato anche da Ravnskov in una celebre **revisione sistematica di studi di coorte su soggetti ≥60 anni** (*Ravnskov U, et al. ... syst. review. BMJ open. 2016; 6(6):e010401*)



Il gigantesco studio prospettico di Chen: [Chen L, et al. LDL Cholesterol, Cardiovascular Disease Risk, and Mortality in China. *JAMA Netw Open*. **2024** Jul 1;7(7):e2422558. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.22558] il ChinaHEART, su quasi 4,4 milioni di Cinesi di 35-75 anni, seguiti per 4,6 anni. La media di cLDL alla partenza era di 93 mg/dL. La **mortalità totale più bassa si è avuta tra 115 e 120 mg/dl di cLDL in soggetti a basso rischio CV o in prevenzione primaria**, e a **97 mg/dl in prev. secondaria** (anche se per la mortalità specifica CV il nadir scendeva a → **56 mg/dl**, confermando la chiara dissociazione tra rischio cardiaco specifico e mortalità totale, di cui si è già detto). Vedi immagini:

MenQuadfi, Meningococcal (Groups A, C, Y, W) Conjugate Vaccine

Primary Vaccination

- Infants aged **from 6 weeks**: **4-dose** series administered at 2, 4, 6, and 12 through 18 months of age. The first dose may be given as early as 6 weeks of age.
- Infants aged months through 11 months: **2-dose** series with the second dose administered in the second year of life and at least 3 months after the first dose.
- Infants aged 12 months through 23 months: **2-dose** series with the second dose administered at least 3 months after the first dose.

ADVERSE REACTIONS

Infants 6 weeks through 23 months of age:

- **4-dose series** given at 2, 4, 6, and 12 through 18 months of age: **tenderness** (da qui, valore medio: **42%**), **erythema** (**16%**), and **swelling** (**11%**) at the injection site; **irritability** (**46%**), **crying abnormal** (**35%**), **drowsiness** (**34%**), **appetite lost** (**20%**), **fever** (**13%**), **vomiting** (**8%**).

Children 2 through 9 years of age: **pain** (**38.6%**), **erythema** (**22.6%**), and **swelling** (**13.8%**) at the injection site; **malaise** (**21.1%**), **myalgia** (**20.1%**), and **headache** (**12.5%**).

Adolescents aged 10 through 17 years of age: injection site **pain** (da qui, valore medio: **40%**), **myalgia** (**31%**), **headache** (**28%**), and **malaise** (**23%**).

Adults aged 18 through 55 years: injection site **pain** (**41.9%**), **myalgia** (**35.6%**), **headache** (**29.0%**), and **malaise** (**22.9%**).

Inoltre può verificarsi **svenimento** (come x altri vaccini) e associato temporalmente a **GBS**

La sicurezza di **MenQuadfi** è stata valutata in 10 RCT... **con controllo attivo (non placebo!)** in USA e Portorico, in concomitanza con **DTaP/IPV/Hib**, o **PCV13**, o **HepB**, o **HepA**, o **MMR**, o **vaccini Rotavirus** o **Varicella**.

La % di reazioni avverse locali o sistemiche in tutte le classi di età è stata alta, ma di norma non significativamente differente dal **falso** placebo. Ad es. nei bambini dai 2 mesi di età:

- **Dolorabilità** in sede iniezione: max **45,6%**, ma *solo* nel **4,4% di Grado 3**
- **Tumefazione** in sede iniezione: max **12,7%**, ma solo nell' **1% di Grado 3**
- **Febbre**: max **17,6%**, ma solo nell' **1% di Grado 3**
- **Pianto inconsolabile**: max **42,1%**, ma *solo* nel **3,6% di Grado 3**
- **Sonnolenza (letargia)**: max **43,4%**, ma *solo* nel **2,5% di Grado 3**
- **Irritabilità**: max **51,9%**, ma *solo* nel **4,7% di Grado 3** ...



Invece negli adolescenti 10-17 anni:

- **Dolore** in sede iniezione: max **45,2%**, ma *solo* nel **1,8% di Grado 3**
- **Dolore muscolare**: max **35,3%**, ma *solo* nel **1,9% di Grado 3**
- **Mal di testa**: max **30,2%**, ma *solo* nel **2,3% di Grado 3**
- **Malessere generale**: max **26%**, ma *solo* nel **1,2% di Grado 3** ...



E il booster in adolescenti e giovani 13-26 anni:

- **Dolore** in sede iniezione: max **38%**, ma *solo* nel **5,4% di Grado 3**
- **Dolore muscolare**: max **65,2%**, ma *solo* nel **7,6% di Grado 3**
- **Mal di testa**: max **42,4%**, ma *solo* nel **4,3% di Grado 3**
- **Malessere generale**: max **39,1%**, ma *solo* nel **5,4% di Grado 3** ...





"Casual Cruelty" of Dr. Paul Offit Reveals

Considered by many to be the world's leading expert on
"vaccine safety" [AARON SIRI](#) AUG 04, 2023



In risposta a uno scambio su Twitter che ho avuto con il dott. Paul Offit, lui ha scritto l'articolo «The Casual Cruelty of Placebo-Controlled Clinical Trials», in cui avanza numerose affermazioni categoricamente false per argomentare contro l'adeguatezza delle sperimentazioni cliniche sui prodotti iniettati nei neonati.

Offit: *«Gli attivisti anti-vaccini raccontano spesso la stessa storia. Cambiano solo i nomi dei vaccini, i materiali contenuti e gli scienziati che li sostengono. Ma la storia resta la stessa. Funzionari governativi, aziende farmaceutiche, agenzie di sanità pubblica, scienziati e medici vi mentono sui vaccini. Nascondono problemi di sicurezza. Noi, svelando questa cospirazione, vi diremo la verità. Fidatevi di noi. Non di loro.»*

Quando io e altri, come il signor Kennedy, solleviamo preoccupazioni sulle sperimentazioni cliniche sui vaccini, non stiamo dicendo 'fidatevi di noi', ma l'esatto l'opposto: guardate voi stessi le prove, eccole! Offit, non solo dice "fidatevi di me", senza fornire alcuna prova dietro la presunta cortina che sta sollevando, ma sta anche dicendo che se non vi fidate di lui, siete complottisti anti-vaccini...

Siri replica senza trascurare alcun vaccino approvato, e i comuni problemi di credibilità

RFK Jr. Rips CNN Over Claims on Vaccines and Placebo-Controlled Trials

"CNN is wrong," Kennedy wrote. "No routine injected vaccine on CDC's schedule was licensed for children based on a placebo-controlled trial. In instances where a vaccine was used as a control, it too was never licensed based on a placebo-controlled trial. That is not conjecture. It is a fact based on FDA's clinical trial data."

JUNE 11, 2025



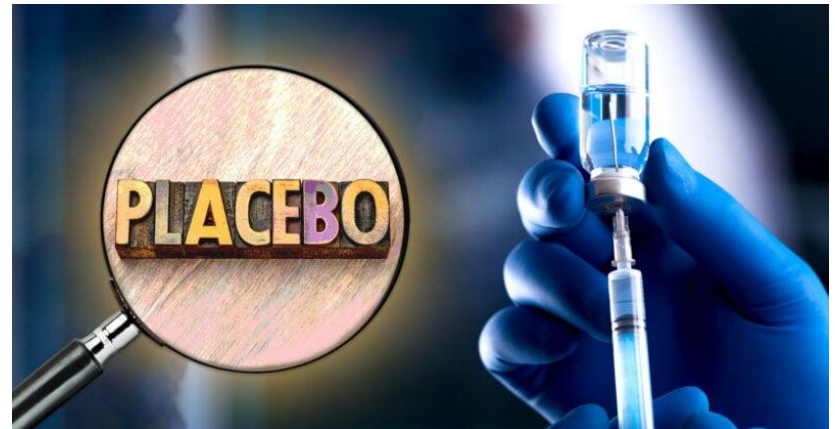
TOXIC EXPOSURES

Part 2: Why RFK Jr.'s Call for Placebo-Controlled Vaccine Trials Is Justified — And Worth Expanding

A double-blind, placebo-controlled trial is considered the "gold standard" for clinical trials because it has the best chance of determining whether an active treatment is effective. So why are critics assailing HHS Secretary Robert F. Kennedy's call for such trials before any vaccines are approved?

by **Torsten Engelbrecht, Marvin Haberland**

JUNE 11, 2025



**Big Pharma ha in tasca i media mainstream:
v. che cos'è accaduto con la 'Dichiarazione di Bethesda'**

The Washington Post
Democracy Dies in Darkness

Forbes



The New York Times



1) Politicize research by halting high-quality, peer reviewed grants and contracts

(Health disparities, COVID, Long COVID, Climate change, Gender identity, ...)

2) Interrupt global collaboration

3) Undermine peer review

4) a blanket 15% cap on indirect costs

5) Fire essential NIH staff



Bhattacharya responds to Bethesda Declaration as NIH staff dissent

NIH staff have signed the Bethesda Declaration, accusing agency leadership of undermining science. But Bhattacharya and HHS say the claims are misguided—and that reform is essential to restore rigour.



MARYANNE DEMASI, PHD

JUN 09, 2025

1) Il dissenso è produttivo

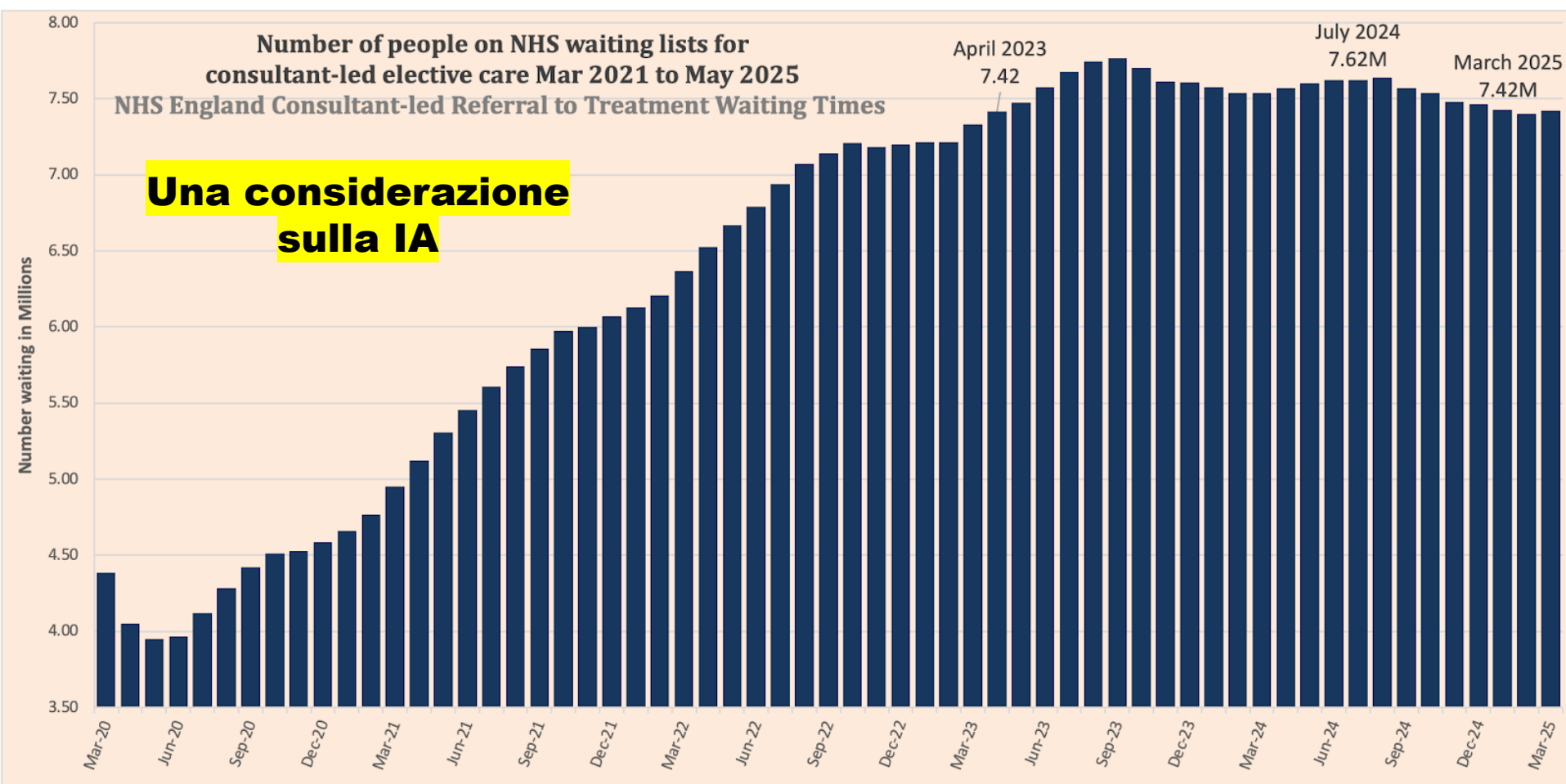
2) Nessun congelamento della ricerca internazionale

3) Correggere la peer review, senza comprometterla

4) Riallineamento della forza lavoro, valutazione caso per caso

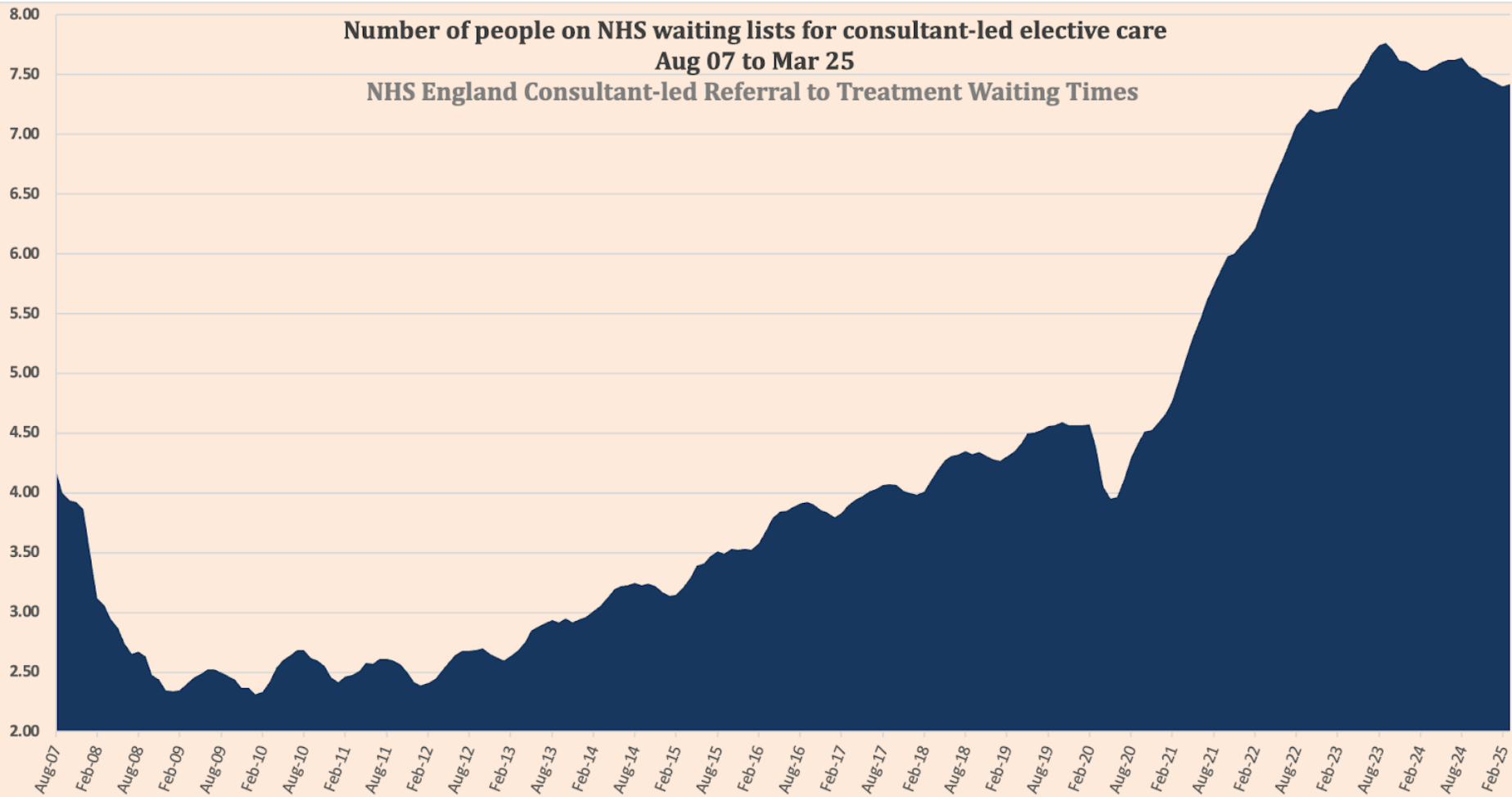
5) Resa dei conti culturale, basata su prove, trasparenza, responsabilità





Quasi 3 milioni di persone sono in attesa da >18 settimane, 180.000 da >1 anno. Con tutte le "app", 147 pazienti aspettano ancora >2 anni. Vi sono stati lievi miglioramenti iniziali, ma i tempi di attesa rimangono significativamente più alti rispetto a prima della pandemia; 4,57 milioni di persone erano in lista d'attesa a fine 2020. Il tempo d'attesa mediano per chi inizia un trattamento è ora ~14 settimane, vs le ~7 settimane di marzo 2019 (Heneghan 5-6-'25 → strategia *Gatto morto*).

Number of people on NHS waiting lists for consultant-led elective care
Aug 07 to Mar 25
NHS England Consultant-led Referral to Treatment Waiting Times



L'elezione del partito laburista ha portato al rapporto Darzi. Il NHS è in condizioni critiche, per il Ministro della Salute Darzi è l'uomo giusto. Si sono istituite **squadre specializzate per ridurre i tempi d'attesa**, gli aggiornamenti dell'**app NHS** li ridurranno in modo drastico.

E c'è la svolta dell'affidamento del governo all'**intelligenza artificiale**: può fare tutto, ridurrà le liste d'attesa e la carenza di personale, affermano i Laburisti.

I medici assistiti dall'IA accelereranno gli appuntamenti nel **cambiamento sismico verso il digitale**, le sale operatorie saranno digitalizzate... (per ora non pare proprio...!)

RESEARCH

Open Access



Investigating the association between SARS-CoV-2 infection, COVID-19 vaccination, and autoimmune diseases **+23%** in a pediatric population: a comprehensive analysis

Cynthia Freiberg^{1*} , Arad Dotan^{2,3}, Dana Arnheim^{2,3} and Yonatan Butbul Aviel⁴

Additionally, COVID-19 diagnosis was not significantly associated with increased autoimmune disease risk (HR 1.092, $p=0.491$); however, receiving at least one COVID vaccine was linked to higher risk (HR 1.2323, $p=0.0033$). **Sopratt. vasculiti, artriti, + LES, sarcoidosi, GBS, DT1...**

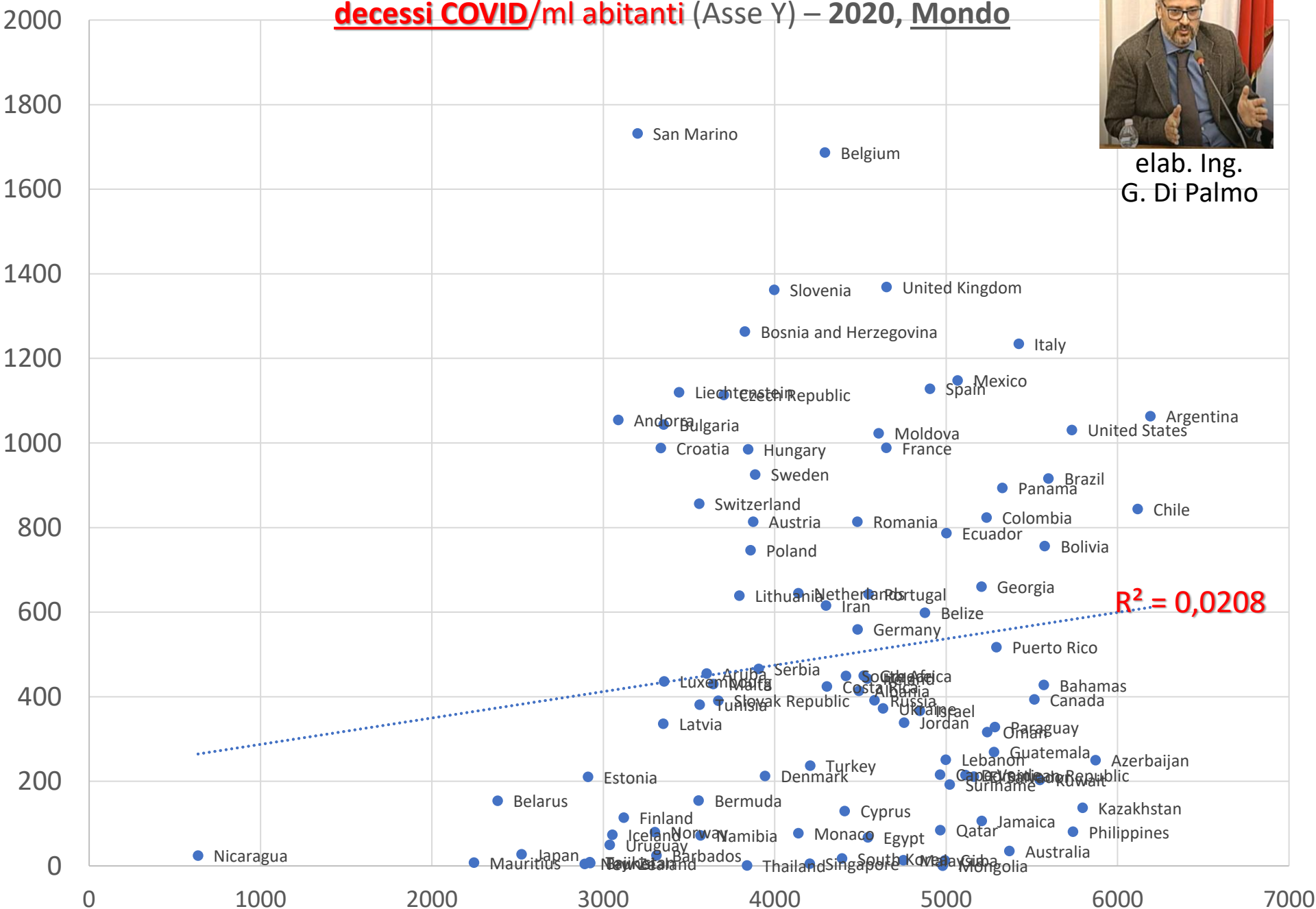
Table 4 Cox regression analysis of autoimmune disease onset in association with COVID-19 infection and vaccination during pandemic period, period C (2020–2022)

Characteristic	HR	Lower 95% CI	Upper 95% CI	P-value
COVID until June 2021	1.092	0.8501	1.4026	0.491
COVID vaccine	1.2323	1.0721	1.4165	0.0033

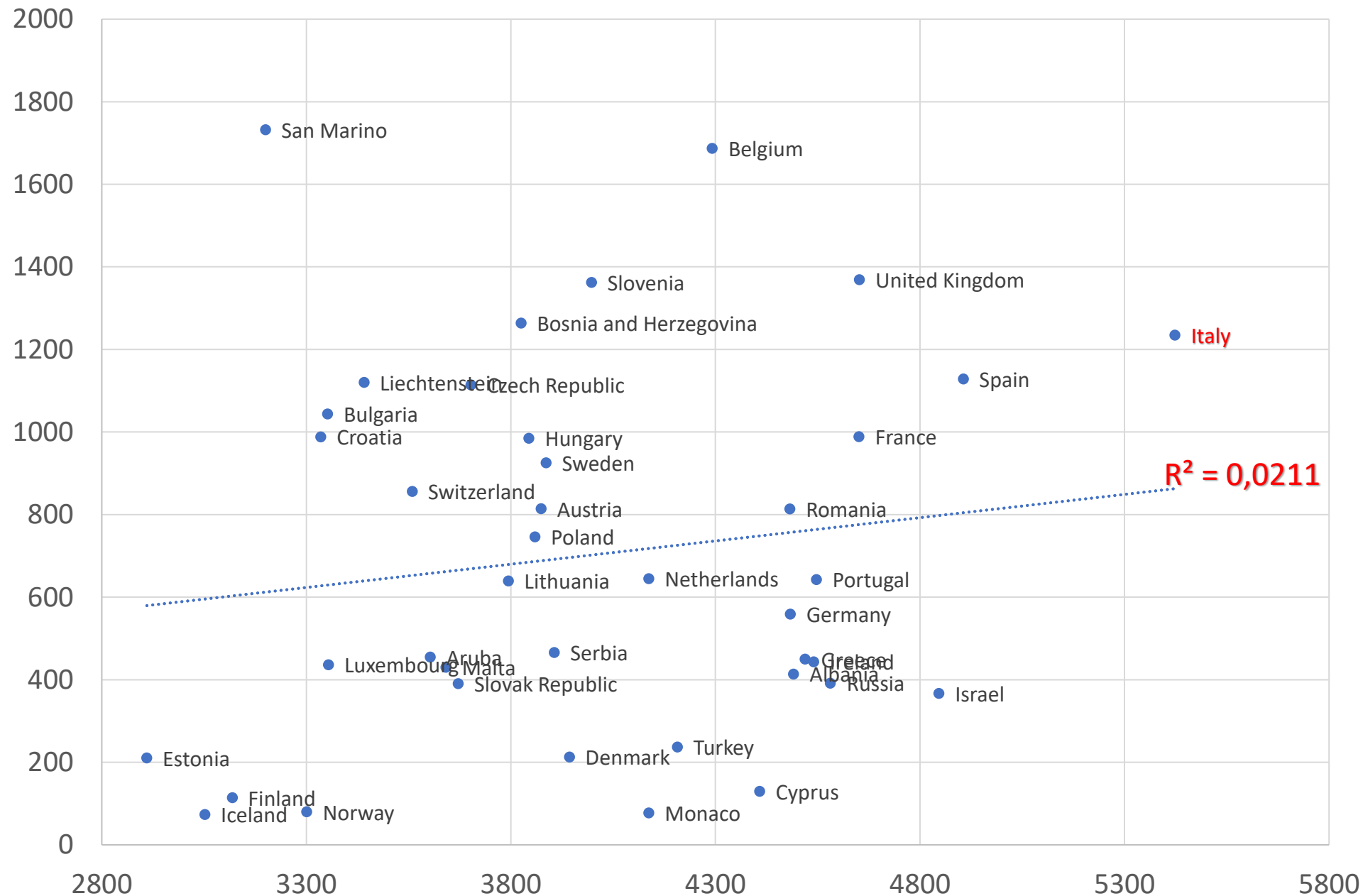
Correlazione tra **indice di lockdown** (Asse X) e **decessi COVID/ml abitanti** (Asse Y) – 2020, Mondo



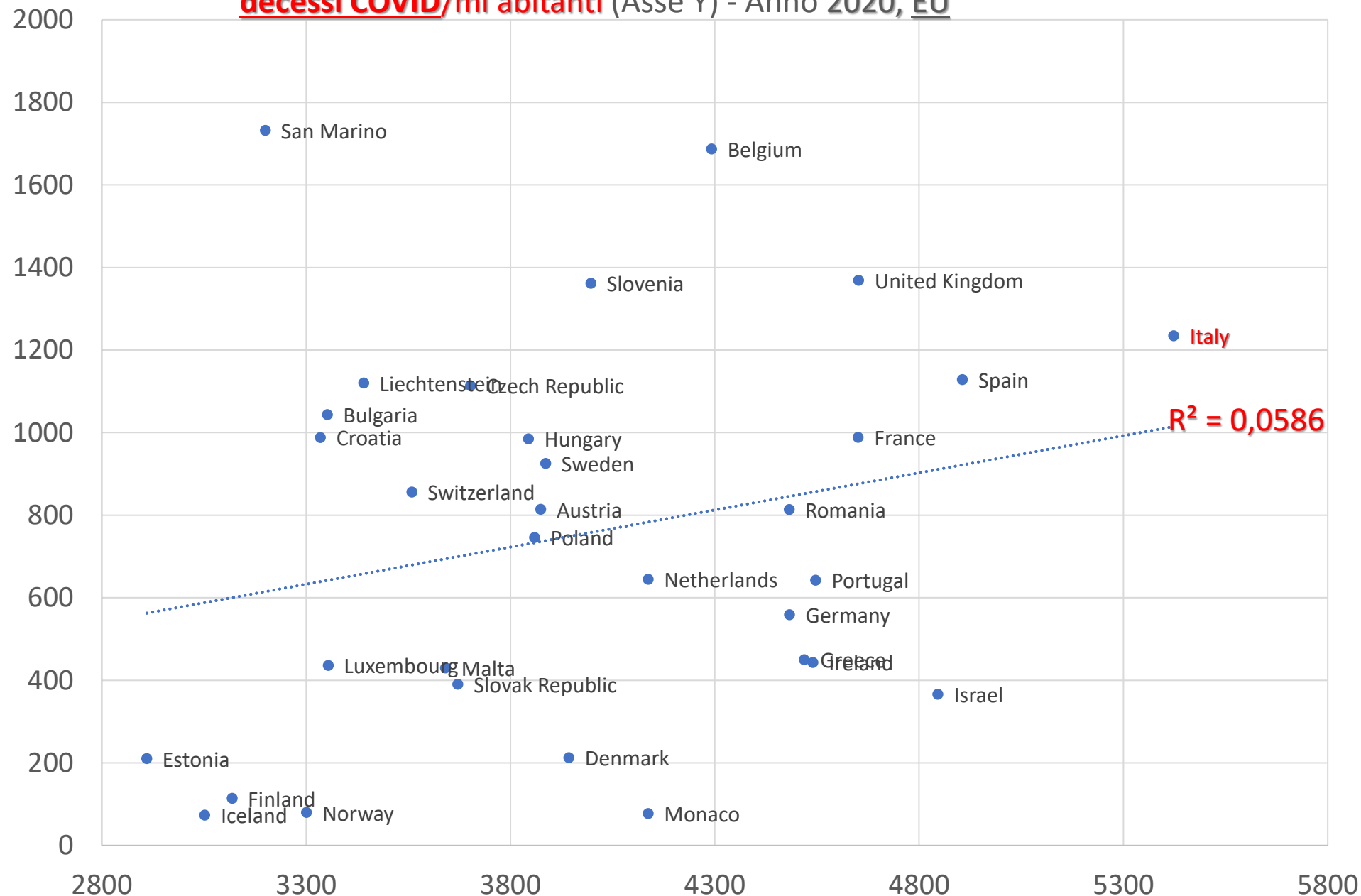
elab. Ing.
G. Di Palma



Correlazione tra indice **lockdown** (Asse X) e **decessi COVID/**
/ml abitanti (Asse Y) – **2020, Europa Geografica**



Correlazione tra **indice di lockdown** (Asse X) e **decessi COVID/ml abitanti** (Asse Y) - Anno 2020, **EU**





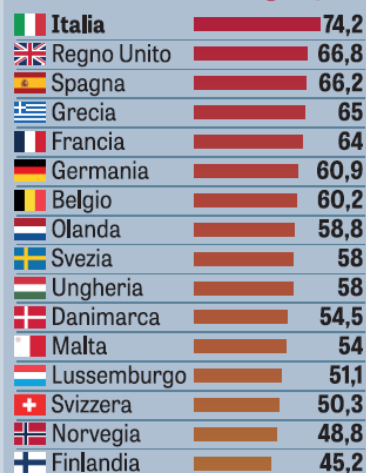
Che cosa
ci avete fatto...?

RESTRIZIONI: I NUMERI E GLI EFFETTI

Indice del rigore

Parametri considerati:

- chiusura delle scuole
- chiusura dei luoghi di lavoro
- cancellazione di eventi pubblici
- restrizioni agli assembramenti pubblici
- chiusura dei trasporti pubblici
- obblighi di restare a casa
- campagne di informazione pubblica
- restrizioni agli spostamenti interni
- controlli sui viaggi internazionali

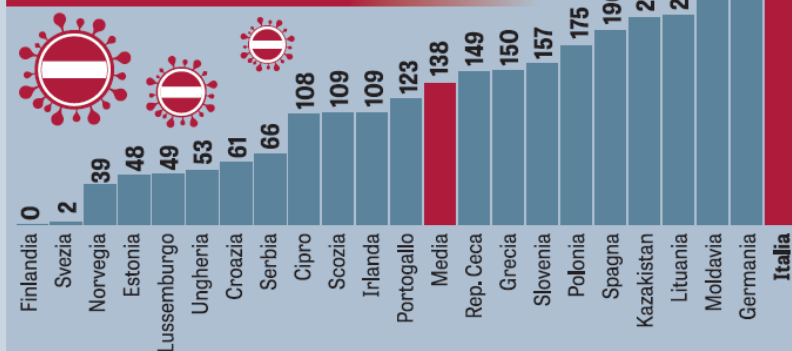


Prima fase della pandemia

- 1 I bambini si sono ammalati meno degli adulti
- 2 I bambini, se contagiati dal Sars-CoV-2, erano in genere asintomatici o presentavano sintomi lievi
- 3 Il ruolo dei più giovani nella trasmissione di Sars-CoV-2 è stato limitato
- 4 Il confinamento domestico e la chiusura prolungata delle scuole hanno avuto conseguenze negative gravi e di lunga durata sulla salute fisica e psicologica dei bambini
- 5 Il rischio di infezione tra i bambini nei contesti educativi è stato più basso che nelle comunità in cui vivono
- 6 La chiusura prolungata delle scuole avrebbe causato più decessi complessivi rispetto ad altre misure di contenimento della pandemia
- 7 La riapertura delle scuole non è stata associata ad un significativo incremento della diffusione del virus né ha inciso sul carico ospedaliero



Giorni totali di chiusura scuole in Europa





Australian Government
Department of Health
and Aged Care

Australian
Immunisation
Handbook



[Australia admits COVID vaccine risks outweigh benefits?](#)

COVID-19 vaccine is not recommended for healthy infants, children or adolescents who do not have medical conditions that increase their risk of severe illness. This is because the risk of severe illness was extremely low in this cohort over the course of the pandemic, and benefits of vaccination are not considered to outweigh the potential harms.^{1,2}

«Il vaccino anti COVID-19 non è raccomandato per neonati, bambini o adolescenti sani che non presentano patologie che aumentano il rischio di malattie gravi. Questo perché il rischio di malattie gravi è stato estremamente basso in questa coorte durante la pandemia e i benefici della vaccinazione non sono considerati superiori ai potenziali danni».

Lataster: 'Non solo il governo australiano non raccomanda più i vaccini ai bambini sani, ma sta quasi ammettendo che per questo gruppo i rischi superano i benefici'.

Es. di controinformazione USA
evidence based
da Katelyn Jetelina,
‘your local epidemiologist’

Mio figlio dovrebbe vaccinarsi contro la COVID-19 ogni anno? Dipende

Il **rischio di COVID-19** è basso nei bambini piccoli, ma **non nullo**. **I miei figli si sono vaccinati diverse volte dopo la prima dose, per una protezione a breve termine durante la scuola, le riunioni di famiglia e i periodi ad alto rischio.**
Io non li ho vaccinati ogni anno: sono difficili da trovare.

La gravidanza è già abbastanza difficile **senza che la politica ostacoli la protezione**. Se non sei sicura o ti senti bloccata, **parlane con il tuo ginecologo, l'ostetrica o il pediatra.**

Ma sappi questo: **hai ancora la possibilità di vaccinarti contro la COVID-19.**
E **potrebbe fare una grande differenza, per te e per il tuo bambino.**



Covid, l'Ema: «Non c'è prova di un aumento di decessi nella popolazione dovuto alle vaccinazioni contro il coronavirus»

L'Agenzia Europea dei Medicinali (**Ema**) ha voluto chiarire alcuni luoghi comuni che ancora circolano sui vaccini, aggiornando la pagina dedicata a questi prodotti sul proprio sito. «**Le prove raccolte da centinaia di milioni di persone vaccinate confermano che la sicurezza dei vaccini Covid-19 autorizzati nell'Ue è molto rassicurante**», scrive l'Ema.

Gli effetti collaterali

«La **stragrande maggioranza degli effetti collaterali noti sono lievi e di breve durata**».

L'agenzia non esclude che «possono verificarsi **gravi effetti collaterali**, ma **sono molto rari**».

Inoltre, «**in circostanze molto eccezionali**», questi «**possono aver contribuito alla morte di una persona vaccinata**». Si tratta tuttavia di **casi veramente eccezionali**, precisa l'agenzia.

Per ultimo, la **capacità dei vaccini anti-Covid di ridurre la trasmissione del virus**. All'inizio della pandemia, è stato «chiesto alle aziende di dare priorità agli studi che esaminassero quanto bene i vaccini proteggessero contro la malattia», aggiunge l'Ema. «Questo **non significa che non possano ridurre la trasmissione del virus**», conclude.

Che dire dell'EMA? O sono così ignoranti da non meritare più credito, o ci ingannano da anni e non accennano a smettere.

Più Europa? Ma solo dopo riforme radicali di queste Agenzie e Istituzioni deviate.

Una perla per tutte: «La **stragrande maggioranza degli effetti collaterali noti sono lievi**»

medRxiv

THE PREPRINT SERVER FOR HEALTH SCIENCES



BMJ Yale

Safety Monitoring of mRNA Vaccines Administered During the Initial 6 Months of the U.S. COVID-19 Vaccination Program: Reports to Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) and v-safe

Posted October 28, 2021.

[Download PDF](#)

[Print/Save Options](#)

[Author Declarations](#)

[Data/Code](#)

Hannah G. Rosenblum, Julianne M. Gee, Ruiling Liu, Paige L. Marquez, Bicheng Zhang, Penelope Strid, Winston E. Abara, Michael M. McNeil, Tanya R. Myers, Anne M. Hause, John R. Su, Bethany Baer, David Menschik, Lauri E. Markowitz, Tom T. Shimabukuro, David K. Shay

doi: <https://doi.org/10.1101/2021.10.26.21265261>

	Both mRNA vaccines		BNT162b2 vaccine		mRNA-1273 vaccine	
	Dose one (n=6775515)	Dose two (n=5674420)	Dose one (n=3455778)	Dose two (n=2920520)	Dose one (n=3319737)	Dose two (n=2753894)
With reported health impacts*	808 963 (11.9%)	1 821 421 (32.1%)	361 834 (10.5%)	740 529 (25.4%)	447 123 (13.5%)	1 066 892 (39.2%)
Unable to do normal activity	658 330 (9.7%)	1 501 679 (26.5%)	290 207 (8.4%)	598 584 (20.5%)	368 123 (11.1%)	903 095 (32.8%)
Unable to work	305 709 (4.5%)	911 366 (16.1%)	135 063 (3.9%)	360 411 (12.3%)	70 646 (5.1%)	550 955 (20.0%)
Reported medical care	56 647 (0.8%)	53 077 (0.9%)	27 358 (0.8%)	25 568 (0.9%)	29 289 (0.9%)	27 509 (1.0%)
Telehealth consultation	19 562 (0.3%)	19 770 (0.3%)	9 318 (0.3%)	9 238 (0.3%)	10 244 (0.3%)	10 532 (0.4%)
Clinic attendance	18 671 (0.3%)	16 793 (0.3%)	9 109 (0.3%)	8 487 (0.3%)	9 562 (0.3%)	8 306 (0.3%)
Emergency room visit	9 907 (0.1%)	8 907 (0.2%)	5 087 (0.1%)	4 494 (0.2%)	4 820 (0.1%)	4 413 (0.2%)
Hospitalisation	1 896 (<0.1%)	2 053 (<0.1%)	915 (<0.1%)	1 001 (<0.1%)	981 (<0.1%)	1 052 (<0.1%)

Data are n (%). Includes health check-in surveys made and vaccines administered from Dec 14, 2020, to June 14, 2021. *Reports of local and systemic reactions and reported health impacts are not mutually exclusive.

Table 5: Local and systemic reactions and health impacts following mRNA COVID-19 vaccines reported during days 0-7 after vaccination to v-safe, by manufacturer and dose

frase oltraggiosa e irricevibile da parte di chiunque, ma a maggior ragione da parte dell'Agenzia Regolatoria per i Medicinali dell'UE!

Quanto meno a partire dal 28 ottobre 2021, quando è comparso il primo rapporto CDC V-safe di sorveglianza attiva, poi pubblicato su *The Lancet*



Article

Rates of SARS-CoV-2 Breakthrough Infection or Severe COVID-19 and Associated Risk Factors After Primary and Booster Vaccination Against COVID-19 in the Netherlands



Jesse M. van den Berg ^{1,2,3,*}, Marieke T. Blom ^{2,3}, Jetty A. Overbeek ^{1,2,3}, Sharon Remmelzwaal ^{2,3,4},

Abstract: Background: The effectiveness of COVID-19 vaccines appears to decline rapidly over time due to waning immunity and immune evasion by emerging variants of concern, and may be reduced in high-risk populations. We aimed to evaluate the rates of SARS-CoV-2 breakthrough infection or severe COVID-19, both in individuals who had completed their primary COVID-19 vaccination, and in those who had received their first booster

CoV-2 breakthrough infection and severe COVID-19 after primary vaccination were 29.9 and 3.1 per 1000 person-years, respectively, and after booster vaccination were 256.4 and 2.3, respectively. Male gender, older age, lower SES, history of COVID-19, and recent

?

Conclusions: Our study emphasizes the crucial role of boosters in reducing breakthrough infections, particularly in high-risk populations.

?!?

La propensione a reinfettarsi dopo il booster aumenta solo 8,6 volte...!

Ma almeno dopo il booster si riducono un pochino (da 3,1 a 2,3 x 1000 anni-persona) le COVID gravi, o no?

Macché!

Può essere solo un'illusione statistica, dovuta al *Cheap-Trick*! Infatti:

received a (first) booster vaccination. The cohort entry date (CED) for cohort 1 was the date of completing their primary vaccination and the CED for cohort 2 was the date of the booster vaccination. Follow-up was from 14 days after CED 1 for cohort 1 and 14 days after CED 2 for cohort 2. Censoring of cohort 1 occurred at either a SARS-CoV-2 breakthrough

Outcomes are (1) SARS-CoV-2 breakthrough infection after vaccination, defined as either a positive SARS-CoV-2 PCR test or diagnosis of COVID-19 (i.e., using an algorithm that includes either ICPC-1 code R83.03 or a free text in medical records mentioning COVID-19, and subsequently excludes irrelevant records), from 14 days after vaccination onwards, aligned with the WHO definition [21], and (2) severe COVID-19, defined as either COVID-19-related hospitalization or all-cause mortality within 28 days of a SARS-CoV-2 infection [24].



Norman
Fenton

Ricordate? Con lo shift dei 14 giorni anche un vaccino finto, e persino un vaccino dannoso, nei primi mesi può sembrare efficace e sicuro....

https://genova.repubblica.it/cronaca/2025/06/04/news/covid_bassetti_variante_lp81_polmonite-424647716/

Covid, Bassetti: “A Genova un decesso per polmonite devastante da variante LP.8.1”



L'annuncio del direttore della clinica malattie infettive del San Martino di Genova

una decina di giorni fa". L'infezione ha colpito "una paziente giovane, di 66 anni, canadese, purtroppo deceduta per le complicanze di una [forma di Covid](#) molto aggressiva che non vedevamo da oltre 2 anni. Un **paziente in apparenza immunocompetente, senza particolari problemi di salute**, che è arrivato con una devastante polmonite da Covid ed è deceduto dopo un paio di settimane di terapia intensiva". Lo ha segnalato all'AdnKronos Salute Bassetti, direttore Malattie infettive al San Martino.

Il caso di LP.8.1, precisa Bassetti, ha riguardato "**un soggetto che aveva fatto 6 dosi di vaccino, quindi** sembra una **variante molto elusiva dell'immunità** (**qualche altra interpretazione no?!**). ... pensare a **vaccini aggiornati** anche su queste **nuove varianti che sembrano eludere l'immunità** sia da vaccino sia naturale", conclude l'infettivologo.

LP.8.1 è proprio la variante a cui si raccomanda di mirare i vaccini per le prossime campagne vaccinali, per esempio in Europa (**raccomandazione 'coerente'? →**)

L'ospedale policlinico San Martino di Genova ha registrato il primo caso italiano di infezione Covid da variante Nimbus NB.1.8.1, "purtroppo abbiamo avuto un caso di LP.8.1 – variante Sars-CoV-2 molto diffusa - che ha portato a un decesso

DOI: 10.1093/ofid/ofad209

Effectiveness of the Coronavirus Disease 2019 Bivalent Vaccine

19 April 2023

Nabin K. Shrestha,^{1,2} Patrick C. Burke,² Amy S. Nowacki,^{3,4} James F. Simon,⁴ Amanda Hagen,⁵ and Steven M. Gordon¹¹Department of Infectious Diseases, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA, ²Infection Prevention, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA, ³Quantitative Health Sciences, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA, ⁴Enterprise Business Intelligence, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA, and ⁵Occupational Health, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA

Su 51.000 lavoratori della [Cleveland Clinic, in Ohio](#) (USA), il **n. di dosi di bivalente** si associa con **maggior incidenza di reinfezione** (differenze altamente significative)

Come da tabella riprodotta, rispetto ai **non vaccinati** le infezioni nei vaccinati con **1 dose sono state doppie**, con **due dosi 2 volte e ½**, con **3 dosi oltre 3 volte...**

Da Table 2. Associazione con il tempo necessario per nuova diagnosi di COVID-19

N. di precedenti dosi di vaccino **Indice di rischio corretto**
(e intervalli di confidenza al 95%)

Nessuna dose (riferimento)

1

1 dose **2,07** (1,30-2,24) → **+107%**

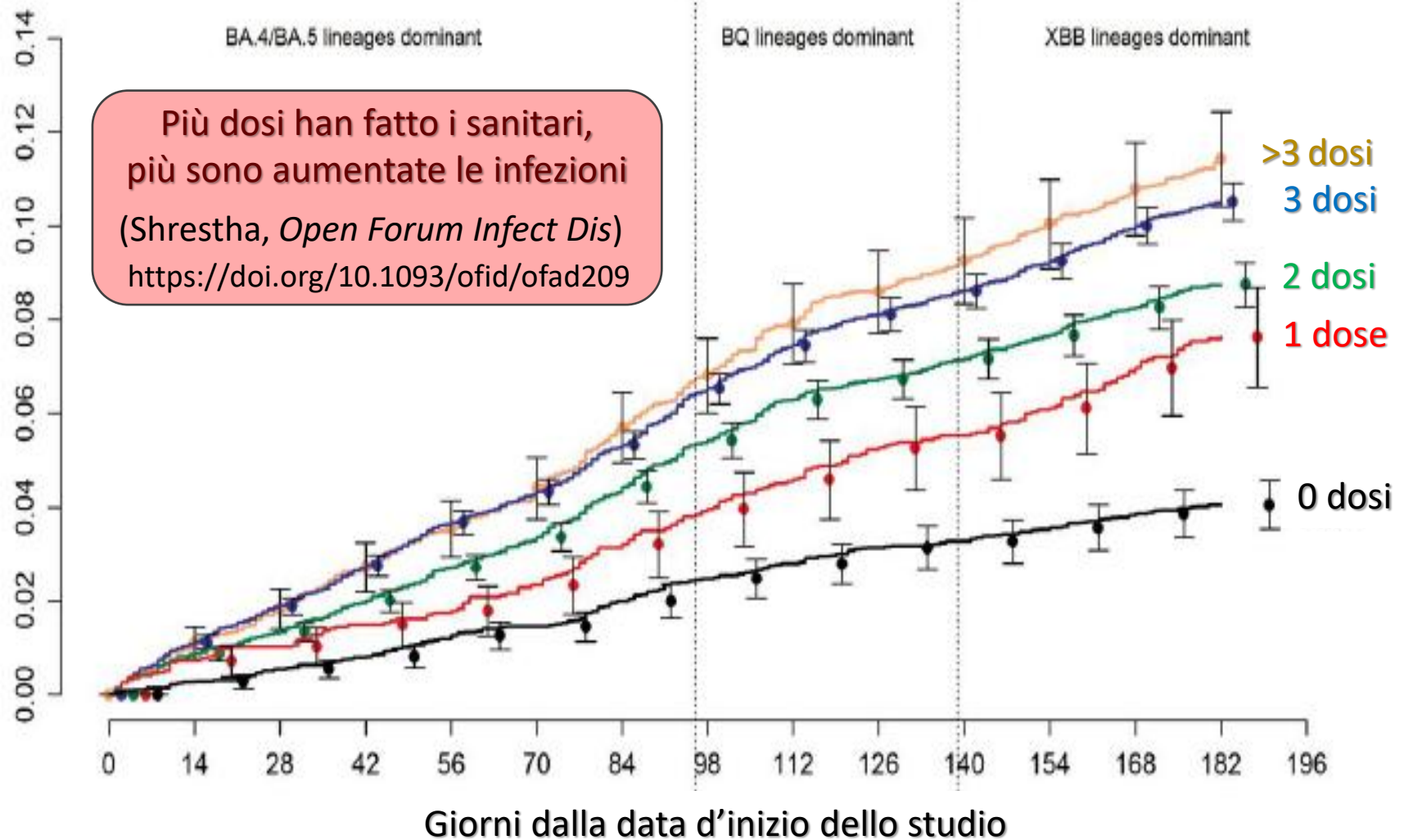
2 dosi **2,50** (2,19-3,17) → **+150%**

3 dosi **3,10** (2,63-3,77) → **+210%**

+ di 3 dosi **3,53** (2,70-4,23) → **+253%**

Un altro esempio: una [ricerca sull'Islanda](#) aveva già mostrato risultati analoghi.

Incidenza cumulativa di COVID-19 (proporzioni)



Nos. at risk:

0 doses	5738	5653	5026	5593	5528	5505	5449	5406	5333	5260	5208	5156	5108	5007
1 dose	2350	2340	2333	2328	2334	2325	2322	2299	2305	2236	2214	2167	2157	2127
2 doses	13 784	13 693	13 654	13 758	13 757	13 787	13 714	13 569	13 381	13 200	13 058	12 907	12 751	12 597
3 doses	20 008	21 024	21 158	21 368	21 500	21 605	21 702	21 555	21 257	21 020	20 841	20 613	20 308	20 187
>3 doses	3634	3630	3631	3658	3665	3675	3642	3614	3548	3488	3452	3407	3368	3338

Figure 2. Cumulative incidence of COVID-19 for subjects stratified by the number of COVID-19 vaccine doses previously received. Day zero was 12 September 2022, the day the bivalent vaccine began to be offered to employees. Point estimates and 95% confidence intervals are jittered along the x-axis to

<https://doi.org/10.1093/cid/ciae132>


Effectiveness of the 2023–2024 Formulation of the COVID-19 Messenger RNA Vaccine

Nabin K. Shrestha,^{1,●} Patrick C. Burke,² Amy S. Nowacki,³ and Steven M. Gordon¹

→ **Vaccino aggiornatissimo!** ma dopo
sole 17 settimane protez. minima e...

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

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

Variables	Unadjusted HR (95% CI)	P	<u>Adjusted HR (95% CI)^a</u>	P
2023 formulation vaccinated state ^b				
After JN.1 lineage became dominant	1.000 (.81–1.23)	.99	.81 (.65–1.01)	.06
Propensity to get tested for COVID-19	1.02 (1.02–1.03)	<.001	1.02 (1.02–1.03)	<.001
Age	1.001 (.998–1.004)	.38	1.000 (.997–1.003)	.91
Male sex ^c	.74 (.67–.81)	<.001	.75 (.68–.83)	<.001
Prepandemic hire ^d	1.03 (.95–1.12)	.47	.87 (.79–.95)	.002
Last prior infection phase (ref: No known prior infection)				
Pre-Omicron	1.25 (1.10–1.42)	<.001	1.23 (1.08–1.40)	<.001
Omicron pre-XBB	1.31 (1.20–1.43)	<.001	1.21 (1.10–1.32)	<.001
Omicron XBB or later	.50 (.39–.65)	<.001	.44 (.34–.57)	<.001
Number of prior vaccine doses (ref: 0)				
1	1.96 (1.51–2.55)	<.001	1.99 (1.53–2.58)	<.001
2	2.00 (1.68–2.38)	<.001	1.95 (1.63–2.33)	<.001
3	2.49 (2.10–2.96)	<.001	2.60 (2.18–3.10)	<.001
>3	2.43 (2.04–2.89)	<.001	3.00 (2.50–3.60)	<.001

Abbreviations: CI, confidence interval; COVID-19, coronavirus disease 2019; HR, hazard ratio.

^aFrom a multivariable Cox-proportional hazards regression model with the 2023–2024 formulation vaccinated state treated as a time-dependent covariate, and time-dependent coefficients used to separate effects before and after the JN.1 lineage became dominant.



Perspective

The Potential of Extracellular Vesicle-Mediated Spread of Self-Amplifying RNA and a Way to Mitigate It

Maurizio Federico



National Center for Global Health, Istituto Superiore di Sanità, 00161 Rome, Italy; maurizio.federico@iss.it

Abstract: Self-amplifying RNA-based (saRNA) technology represents the last frontier in using synthetic RNA in vaccinology. Typically, saRNA consists of positive-strand RNA molecules of viral origin (almost exclusively from alphaviruses) where the sequences of structural proteins are replaced with the open reading frame coding the antigen of interest. For in vivo delivery, they are complexed with lipid nanoparticles (LNPs), just like current COVID-19 vaccines based on synthetic messenger RNA (mRNA). Given their ability to amplify themselves inside the cell, optimal intracellular levels of the immunogenic antigen can be achieved by delivering lower amounts of saRNA molecules compared to mRNA-based vaccines. However, the excessive intracellular accumulation of saRNA may represent a relevant drawback since, as already described in alphavirus-infected cells, the recipient cell may react by incorporating excessive RNA molecules into extracellular vesicles (EVs). These EVs can shed and enter neighboring as well as distant cells, where the EV-associated saRNA can start a new replication cycle. This mechanism could lead to an unwanted and unnecessary spread of saRNA throughout the body, posing relevant safety issues. This perspective article discusses the molecular mechanisms through which saR-

6. Conclusioni

COVID-19, l'uso di saRNA in esseri umani sani pone problemi di sicurezza senza precedenti, che sono stati solo parzialmente studiati. Hick e colleghi hanno dimostrato una ridotta

....

Al contrario, non si sa nulla sulla possibile diffusione delle molecole di saRNA. Nel presente articolo viene proposto un meccanismo realistico di trasmissione intercellulare di saRNA basato su precedenti risultati sperimentali. Una caratteristica peculiare delle molecole di saRNA è la loro efficienza nel replicarsi, proprio come fanno i genomi virali.

Tuttavia, a differenza del ciclo replicativo dei virus autentici, è atteso che le molecole di saRNA a lunghezza intera si accumulino intracellularmente poiché non possono fuoriuscire dalla cellula a seguito dell'associazione con le proteine strutturali virali. In particolare, e a differenza di molte altre specie virali, il genoma degli alfavirus si diffonde efficacemente nelle particelle virali emergenti [54] e, come dimostrato per il virus Chikungunya [20], anche nelle EV. Per questi motivi, appare fondamentale indagare se l'accumulo intracellulare di saRNA a lunghezza intera si associ alla generazione di EV che incorporano saRNA. L'associazione dell'RNA virale con le EV non è una novità nel campo della virologia. Ad esempio, i lentivirus sfruttano il traffico intercellulare degli esosomi sia per la biogenesi delle particelle virali sia come mezzo di infezione [55]. Analogamente, la trasmissione attraverso EV è stata descritta per HBV [56], HCV [57], HSV [58] e virus Dengue [59].

L'eccessiva ridistribuzione di saRNA che esprime Spike potrebbe esacerbare gli eventi avversi già descritti per i vaccini a base di mRNA [38], nonché aumentare il numero di cellule che possono essere attaccate e uccise dalla risposta immunitaria anti-Spike evocata. È stato riportato che l'espressione della proteina dell'envelope virale (la Spike) non è necessaria per la replicazione del genoma dell'al-favirus incorporato nelle EV [19]. Tuttavia, si prevede che l'associazione di Spike di SARS-CoV-2 con queste EV faciliti il loro trasporto nelle cellule che esprimono ACE2,

Ulteriori dati richiedono un'indagine urgente sulla possibile associazione saRNA-EV. In primo luogo, molti autori hanno dimostrato che le EV circolanti possono migrare facilmente nei tessuti polmonari [60]. A questo proposito, è stato dimostrato che le EV associate al genoma SFV difettivi per l'espressione delle proteine del capsido si replicano nei polmoni in modo efficiente, comunque più efficiente del virus wild-type stesso [19]. In secondo luogo, quantità ben rilevabili di EV sono state trovate associate alle esalazioni polmonari [61-63]. Pertanto, oltre ai fluidi corporei, le esalazioni polmonari potrebbero essere un modo per trasmettere le EV che incorporano saRNA, aprendo nel contempo la possibilità teorica di un impatto ambientale [64].

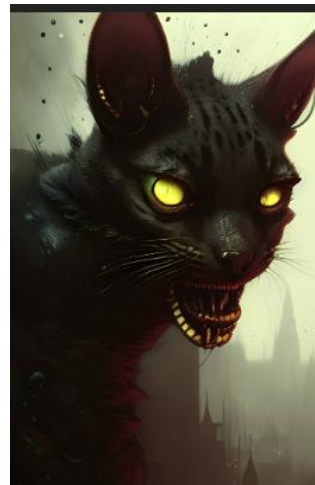
Inoltre, le EV non riconoscono barriere di specie efficaci.

Vogliamo questo?!?



The American Veterinary Medical Association just issued a scary-sounding [advisory](#) warning that “**Cats are exquisitely sensitive to highly pathogenic avian influenza virus.**”

Simpsons «house cat flu»





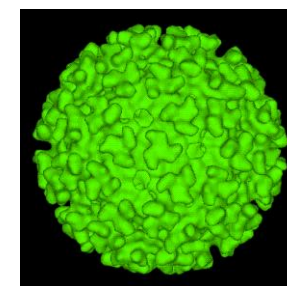
Capsid-deficient alphaviruses generate propagative infectious microvesicles at the plasma membrane

Marta Ruiz-Guillen^{1,2,3} · Evgeni Gabev^{1,2,4} · Jose I. Quetglas^{1,2} · Erkuden Casales^{1,2} ·

Abstract Alphavirus budding is driven by interactions

....

we show that Semliki Forest virus and Sindbis virus lacking the capsid gene can propagate in mammalian and insect cells. This propagation is mediated by the release of infectious microvesicles (iMV), which are pleomorphic and have a larger size and density than wild-type virus. iMVs, which contain viral RNA inside and viral envelope proteins on their surface, are released at the plasma membrane and infect cells using the endocytic pathway in a similar way to wild-type virus. iMVs are not pathogenic in



alphavirus

I dati dimostrano in modo conclusivo che il virus della foresta Semliki privo di capside può **propagarsi a mammiferi e insetti** in modo simile a un virus infettivo, con microvescicole

REVIEW

Open Access



Existing and emerging mRNA vaccines and their environmental impact: a transdisciplinary assessment

Siguna Mueller^{1*}



Abstract

mRNA vaccines have played a massive role during the COVID-19 pandemic and are now being developed for numerous other human and animal applications. Nevertheless, their potential ramifications on the environment lack scrutiny and regulation. On 14 July 2020, the EU decided to temporarily exclude the clinical trials with COVID-19 vaccines from prior environmental risk assessment. Even though billions of doses have been administered and large-scale agricultural and wildlife RNA applications are fast-tracked, there is no knowledge of their environmental impact via the dispersion of vaccine-derived material or their wastage. This knowledge gap is targeted here via a critical assessment of (1) the pharmacokinetic properties of these products; (2) their impact on the human microbiota; (3)

novel risk factors exemplified by the human gut bacterium *Escherichia coli* resulting in pathogen evolution in the guts of wild animals, (4) findings on mRNA-LNP platforms that implicate extracellular vesicles (EVs) as superior carriers, and (5) potentials of exogenous regulatory RNAs. This analysis results in the first extrapolation of (a) the magnitude and likelihood of environmental risk as characterized by the FDA in 2015 for products that facilitate their action by transcription and/or translation of transferred genetic material or related processes, and (b) additional risks facilitated by the horizontal transfer of exogenous short RNAs. The arguments provided here establish the rationale for vaccine-derived bioactive material dispersed by EVs, impacted microbiota, and other exposed organisms to foster pathogen evolution, cross-species transfer of biological function, and driving widespread ecosystem disturbances. Evidence is emerging that vaccine-derived molecules, when ingested, could survive digestion and mediate gene expression regulation, host-parasite defense, immunity, and other responses in the consuming animals. Highlighting further unresolved questions, the comprehensive assessment provided here calls for open dialogue and more in-depth studies to get a clear picture in the EU and globally to most effectively gauge the environmental impact of existing and emerging human, livestock, and wildlife mRNA technologies or their potential as biological weapons or for other forms of misuse. Regulatory measures are urgently needed to mitigate potentially large-scale damage to public and ecosystem health as well as adverse societal, economic, and legal implications.

Keywords mRNA vaccines, Animal and zoonotic diseases, Environmental risk, Mobile genetic elements, Inter-kingdom communication and regulation, Extracellular vesicles

Regulatory measures are urgently needed?

Ci sono! Approviamo i vaccini saRNA con procedura accelerata!



Agenzia Regolatoria
Europea dei Medicinali

The role of EVs

Some of the prime candidates for the transport of genetic material within and between organisms have been known to be facilitated by extracellular vesicles (EV) [63, 64]. EVs are broadly defined as membrane-bound vesicles released from cells. While originally believed to be mainly involved in the shedding of specific membrane functions and the discharge of cellular wastes, over

several experiments, exosomes loaded with an mRNA-encoding spike or nucleocapsid protein of SARS-CoV-2 triggered potent immune responses, including IgGs and secretory IgAs (reviewed in [49]), indicating they substantially disseminate within the mucosal compartment as well. Characteristics of EV-based vaccines, such as their increased stability even at room temperature, for more than a month when formulated as either inhalable dry powder or in lyophilized form, further raise the concern of environmental risk when exhaled.



- In addition to bodily fluids, EVs loaded with vaccine material are likely effectively disseminated into the environment via exhalation as well.

detailed above, EVs can transport various vaccine-derived materials including various RNAs and DNA–RNA hybrids. By facilitating the horizontal transfer of bioac-

Affecting genetic changes in susceptible organisms

As detailed above, EVs can transport vaccine-derived materials, including RNAs, DNAs, and DNA–RNA hybrids. By facilitating the horizontal transfer of bioac-

Short RNAs such as miRNAs exhibit ultra-stability in the extracellular milieu that largely has been attributed to them being packaged into exosomes. Their EV-based transport can enable their broad dissemination across species, as discussed above. When taken up by recipient

- **Via direct interaction of EVs:** For example, exosome secreted by plants have been shown to directly inter-

One of the most troubling aspects of exogenous RNAs is that they may survive digestion and thereby remain active in recipient organisms.

Gravi limiti del RCT registrativo

Article

<https://doi.org/10.1038/s41467-024-47905-1>

Safety, immunogenicity and efficacy of the self-amplifying mRNA ARCT-154 COVID-19 vaccine: pooled phase 1, 2, 3a and 3b randomized, controlled trials

Received: 5 September 2023

Accepted: 16 April 2024

Published online: 14 May 2024

 Check for updates

A list of authors and their affiliations appears at the end of the paper

Combination of waning immunity and lower effectiveness against new SARS-CoV-2 variants of approved COVID-19 vaccines necessitates new vaccines. We evaluated two doses, 28 days apart, of ARCT-154, a self-amplifying mRNA COVID-19 vaccine, compared with saline placebo in an integrated phase 1/2/3a/3b controlled, observer-blind trial in Vietnamese adults (ClinicalTrials.gov



Come usiamo fare come *NoGrazie*, dopo aver letto il titolo, interessante, guardo anzitutto i COI degli autori, e parte di loro in effetti ne ha. Ecco quelli dichiarati:

Competing interests

S.H., S.P., B.S., S.S., Q.R., B.C., B.L., K.L., D.B., K.M., R.S., B.G. and I.S. were all full-time employees of the vaccine manufacturer and study sponsor, Arcturus Therapeutics, Inc., at the time of the study. T.T.L.L. and N.T.V. are employees of the vaccine licensee, Vietnam Biocare Biotechnology Joint Stock Company. Other authors declare no competing interests.

SYSTEMATIC REVIEW

Industry sponsorship and research outcome: systematic review with meta-analysis

Andreas Lundh^{1,2,3,4*} , Joel Lexchin⁵, Barbara Mintzes⁶, Jeppe B. Schroll⁷ and Lisa Bero⁶

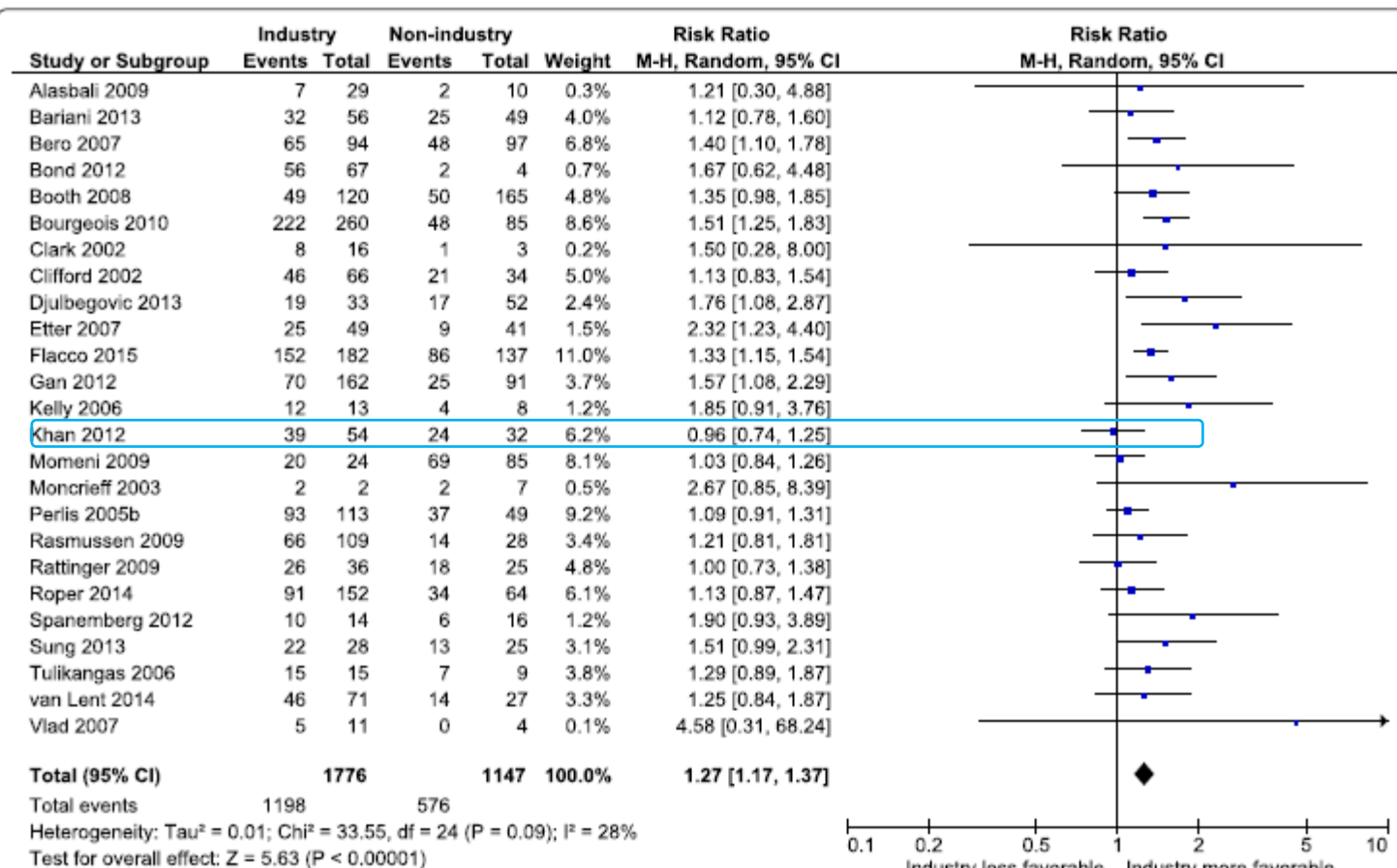
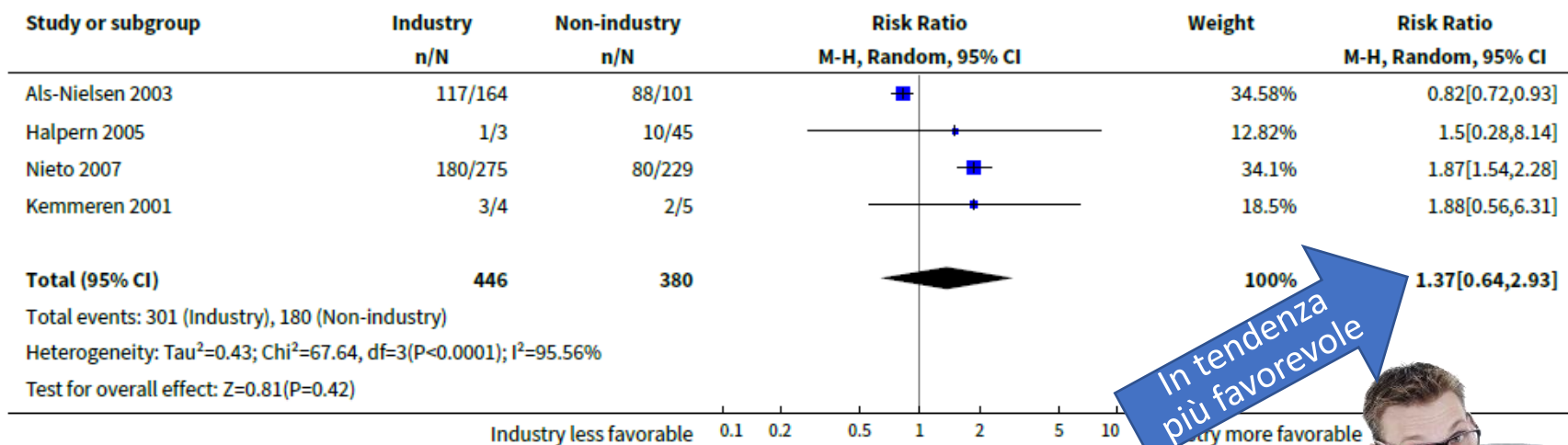


Fig. 3 Forest plot: number of studies with favorable efficacy results—industry sponsored versus non-industry sponsored

I **risultati d'efficacia** di **tutti** gli studi **con Sponsor commerciale** (salvo uno, RR 0,96) **favoriscono** in tendenza o in modo significativo **i prodotti dello Sponsor**, rispetto a studi senza sponsor commerciale: **RR 1,27**. E ancor più nelle **conclusioni**: **RR 1,34**.

Analysis 1.2. Comparison 1 Results: Industry sponsored versus non-industry sponsored studies, Outcome 2 Number of studies with favorable harms results.



In tendenza
più favorevole

Il prodotto dello sponsor è più sicuro!

(nel 37% in più dei casi risulterebbe, in tendenza,
meno dannoso...)

Queste distorsioni sistematiche ci hanno
fatto coniare il termine di «industry bias»



Financial ties of principal investigators and randomized controlled trial outcomes: cross sectional study

Rosa Ahn,¹ Alexandra Woodbridge,² Ann Abraham,² Susan Saba,³ Deborah Korenstein,⁴

Rosa Ahn, Research Assistant, Oregon Health Science Univ.



multivariate analysis, a financial tie was significantly associated with positive RCT outcome after adjustment for the study funding source (odds ratio 3.57 (1.7 to 7.7)). The secondary analysis controlled for additional

al ties, 52 (13%) reported 3%) reported employee 3%) reported travel fees, 41 (10%) ership, and 20 (5%) reported ated to the study drug. The

Medicine, Palo Alto, USA

⁴Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, NY

(odds ratio 3.37, 1.4 to 7.9).

(RCTs).

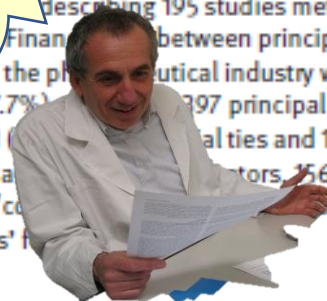
in "core clinical" journals, as line, between 1 January 2013 and 31

RCTs focused on drug efficacy.

MEASURE

ten financial ties of principal study outcome.

describing 195 studies met Financial ties between principal and the pharmaceutical industry were present in 132 (67.7%). Of 397 principal investigators, 231 (58%) had financial ties and 166 (42%) did not. Of advisors/co-reporters, 156 (39%) reported advisor/co-reporters' financial ties.



prevalence of financial ties of principal investigators was 76% (103/136) among positive studies and 49% (29/59) among negative studies. In unadjusted analyses, the presence of a financial tie was associated with a positive study outcome (odds ratio 3.23, 95% confidence interval 1.7 to 6.1). In the primary multivariate analysis, a financial tie was significantly associated with positive RCT outcome after adjustment for the study funding source (odds ratio 3.57 (1.7 to 7.7)). The secondary analysis controlled for additional RCT characteristics such as study phase, sample size, country of first authors, specialty, trial registration, study design, type of analysis, comparator, and outcome measure. These characteristics did not appreciably affect the relation between financial ties and study outcomes (odds ratio 3.37, 1.4 to 7.9).

CONCLUSIONS

Financial ties of principal investigators were independently associated with positive clinical trial results. These findings may be suggestive of bias in the evidence base.

Non immaginavo!
Le **relazioni finanziarie** con lo sponsor degli **Autori principali** si associano con un **OR 3,37 di risultati positivi** (per lo sponsor), in modo **indipendente** dallo *sponsorship bias*!!

ALLEGATO I

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

Tabella delle reazioni avverse

Il profilo di sicurezza presentato di seguito si basa sui dati di 2 studi clinici: (da agosto '21 a genn. '23)

- Studio ARCT-154-01, condotto per valutare la sicurezza, l'immunogenicità e l'efficacia di un regime a 2 dosi di Kostaive, che coinvolge partecipanti di età pari o superiore a 18 anni che hanno ricevuto almeno una dose di Kostaive (N=8.807).
- Studio ARCT-154-J01, condotto per valutare la sicurezza e l'immunogenicità per l'immunizzazione di richiamo. In questo studio, una dose singola di Kostaive è stata somministrata a partecipanti di età pari o superiore a 18 anni (N=420) che avevano precedentemente ricevuto 3 dosi di vaccini autorizzati a mRNA anti-COVID-19 almeno 3 mesi prima dell'arruolamento.

in Italia malattie croniche ~40%!

Tra i partecipanti che hanno ricevuto Kostaive, il 5,5% (n=485) aveva significative condizioni mediche sottostanti, tra cui malattie cardiovascolari, diabete, obesità, disturbi epatici, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e asma. Lo studio ha escluso i partecipanti immunocompromessi, inclusi quelli con diagnosi nota del virus dell'immunodeficienza umana (HIV) o che assumevano farmaci immunosoppressori, e quelli che avevano una precedente diagnosi clinica o microbiologica di COVID-19.

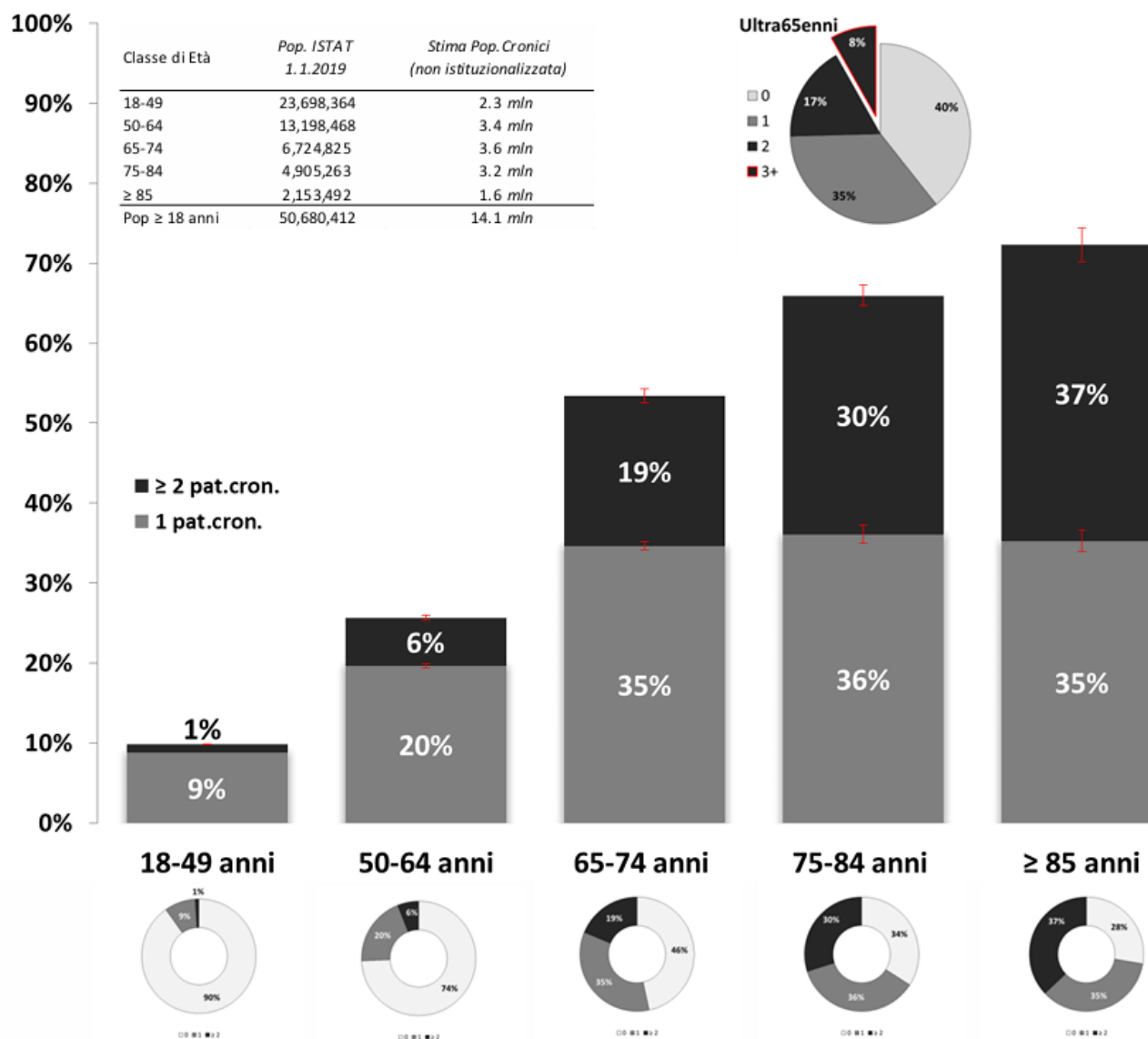
NB: etnia a parte, è subito chiaro che non sia generalizzabile alla popolazione italiana, di cui il ~40% è affetto da malattie croniche, e quasi tutti han già fatto la COVID

[Patologie
croniche nella
popolazione
residente in
Italia secondo i
dati PASSI e
PASSI d'Argento](#)

Patologie Croniche *riferite* nella popolazione residente in **ITALIA**

PASSI 2015-2018 (18-69enni) e PASSI d'Argento 2016-2018 (ultra65enni)

Prevalenze e relativi IC95%



L'endpoint di efficacia primario complessivo era l'efficacia del vaccino (vaccine efficacy, VE), definita come la prima occorrenza di COVID-19 virologicamente confermata, definita dal protocollo, con insorgenza tra il Giorno 36 (7 giorni dopo la dose 2) e il Giorno 92, inclusi.

Per i partecipanti senza evidenza di infezione da SARS-CoV-2 prima di 7 giorni dopo la dose 2, l'efficacia del vaccino anti-COVID-19 confermato verificatasi almeno 7 giorni dopo la dose 2 era del 56,7% (intervallo di confidenza al 95%: dal 48,8% al 63,4%). Il numero di casi di COVID-19 era rispettivamente di 200 e 440 nei gruppi Kostaive e placebo. Al momento dell'analisi di efficacia

Ma... dei casi verificatisi nei primi 35 giorni
che cosa ne hanno fatto?!

- li hanno **esclusi in entrambi i gruppi?**
- li hanno **esclusi solo dal gruppo vaccinati?**
- li hanno **retrocategorizzati come 'non vaccinati'?**

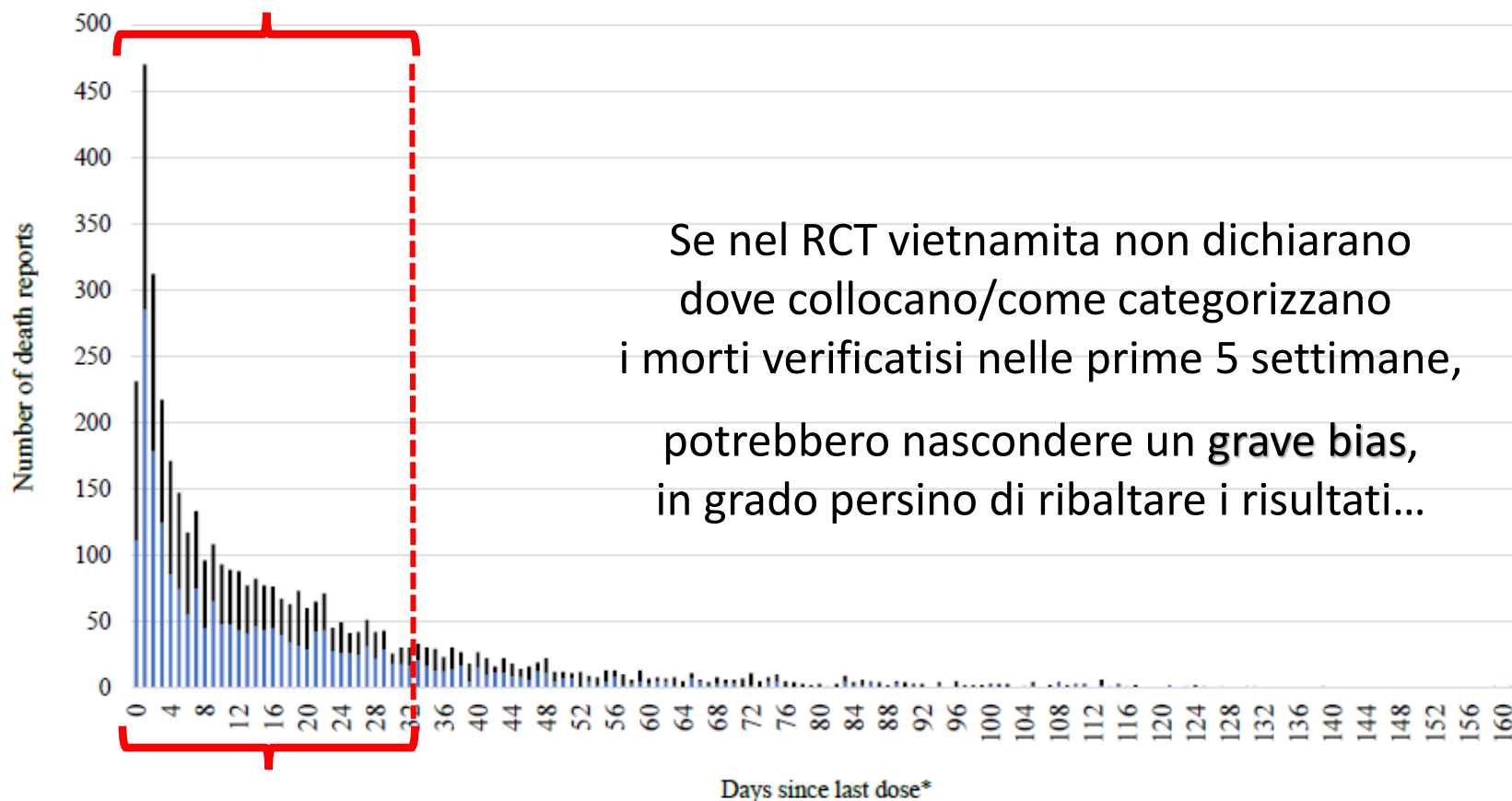
Tutte pratiche distorsive ampiamente adottate e descritte
(da *Fenton, Neil et al*) nelle molte varianti del ***Cheap-Trick***...!

e... dei **casi di grado severo** verificatisi nei primi 35 giorni?!?

L'endpoint era la prima occorrenza di COVID-19 di grado severo confermata, definita dal protocollo, con insorgenza tra i Giorni 36 e 92, inclusi.

Che se poi l'eccesso di morti tra i vaccinati fosse soprattutto nelle prime settimane, come in effetti pare dai dati VAERS...

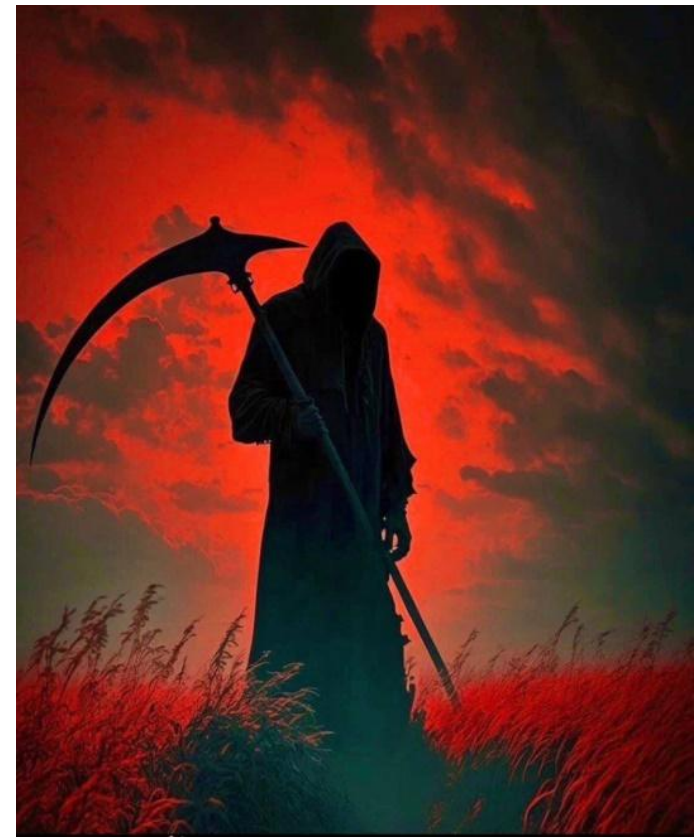
Figure S1: Number of reports of death per day following vaccination, by manufacturer, to Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)—December 14, 2020–June 14, 2021



*x-axis reports through 161 days since last dose.



Anche il fatto che nel RCT vietnamita i ricercatori affermino che nei giorni da 36 a 92 (2° e 3° mese) ci sono stati più morti totali (11, di cui 9 *da* e/o *con* COVID) nel gruppo 'non vaccinati' lascia il dubbio che nelle prime 5 settimane



i morti possano essere stati di più nel gruppo dei vaccinati, per la transitoria immunodepressione generata (e ricercata dai produttori), per far attecchire meglio il vaccino, e perché i più fragili possono essere morti prima, per il noto **effetto harvesting** (mietitura), che ovviamente comporta che non siano più lì per morire... dopo

Per curiosità, vorremmo anche sapere l'esatto contenuto del 'placebo'...

nature communications



Article

<https://doi.org/10.1038/s41467-024-47905-1>

Safety, immunogenicity and efficacy of the self-amplifying mRNA ARCT-154 COVID-19 vaccine: pooled phase 1, 2, 3a and 3b randomized, controlled trials

Received: 5 September 2023

Accepted: 16 April 2024

Published online: 14 May 2024

Check for updates

A list of authors and their affiliations appears at the end of the paper

Combination of waning immunity and lower effectiveness against new SARS-CoV-2 variants of approved COVID-19 vaccines necessitates new vaccines. We evaluated two doses, 28 days apart, of ARCT-154, a self-amplifying mRNA COVID-19 vaccine, compared with saline placebo in an integrated phase 1/2/3a/3b controlled, observer-blind trial in Vietnamese adults (ClinicalTrials.gov

Caspita, 3,3 volte peggio il placebo...!

In effetti ogni collega esperto sa **quanto è devastante** un'iniezione di fisiologica...!



There were 30 serious adverse events reported in phases 1, 2, and 3a combined; 14 in 748 (1.9%) vaccinees and 16 in 253 (6.3%) placebo recipients; only two, both in placebo recipients, were considered to be related to study injections and led to discontinuation from the study.



Article

Safety and Immunogenicity of a Modified Self-Amplifying Ribonucleic Acid (saRNA) Vaccine Encoding SARS-CoV-2 Spike Glycoprotein in SARS-CoV-2 Seronegative and Seropositive Ugandan Individuals

Jonathan Kitonsa ^{1,*} , Jennifer Serwanga ^{1,2}

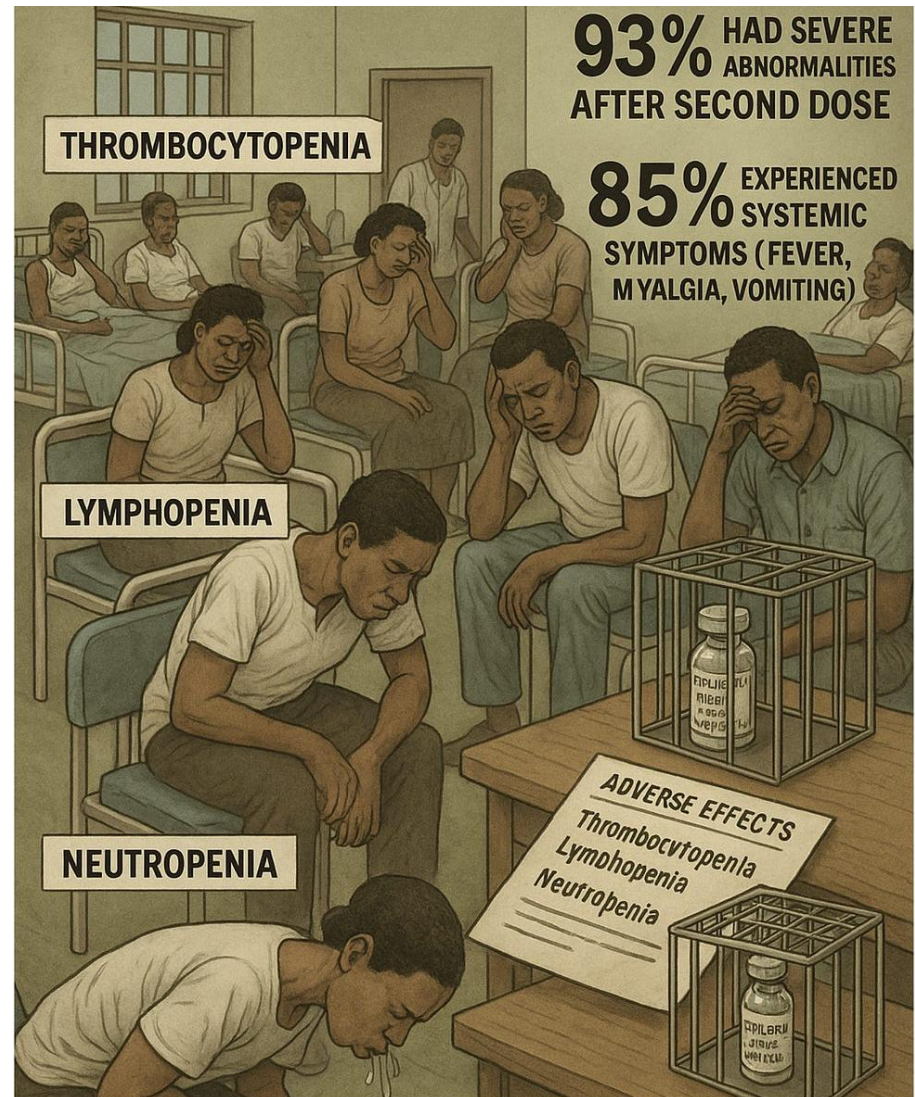
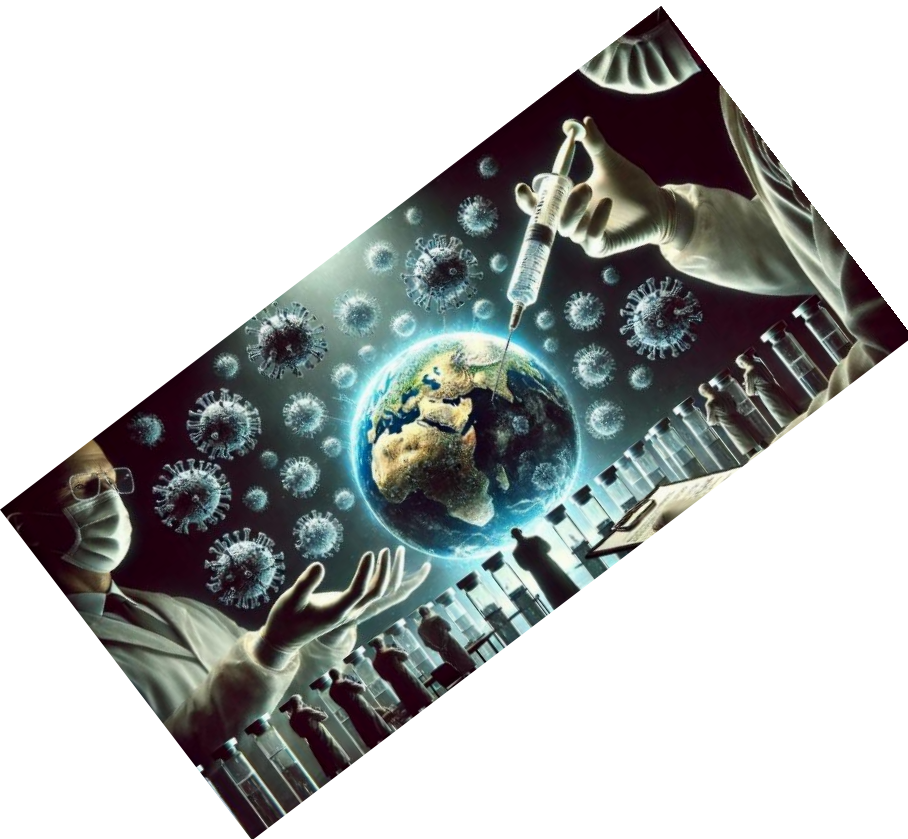
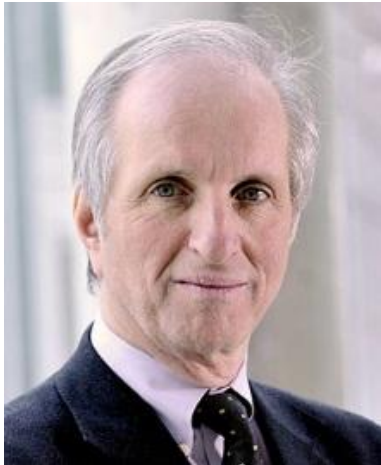


Table 3. Frequency of $\geq$ grade 3 laboratory adverse events following prime and booster vaccination by SARS-CoV-2 status.

Event	Post-Prime Vaccination			Post-Boost Vaccination		
	SARS-CoV-2 Seropositive	SARS-CoV-2 Seronegative	All	SARS-CoV-2 Seropositive	SARS-CoV-2 Seronegative	All
	$\geq$ Grade 3	$\geq$ Grade 3	$\geq$ Grade 3	$\geq$ Grade 3	$\geq$ Grade 3	$\geq$ Grade 3
Raised creatinine	0	0	0	0	0	0
Raised ALT	0	0	0	0	0	0
Raised AST	0	0	0	0	0	0
Raised ALP	0	0	0	0	0	0
Raised bilirubin	0	0	0	0	0	0
Raised GGT	0	0	0	0	0	0
Hypoglycemia	1	0	1	1	0	1
Hyperglycemia	0	1	1	0	1	1
Anaemia	0	0	0	0	0	0
Leukopenia	0	0	0	0	0	0
Leukocytosis	0	0	0	0	0	0
Neutropenia	2	1	3	8	5	13
Lymphopenia	0	0	0	10	6	16
Thrombocytopenia	4	0	4	8	0	8
All	7	2	9	27	12	39

ALT, alanine aminotransferase; AST, aspartate transferase; ALP, alkaline phosphatase; GGT, gamma-glutamyl transferase.

Ciononostante gli autori riescono a concludere (per chi legge solo quello...) che il vaccino è **sicuro** e **immunogeno**, **ben tollerato**, e **con un potenziale per uso più ampio**



Hertzell Gerstein

Il dibattito corrente su The Lancet (Gerstein, 2019), afferma che, in assenza di RCT, l'analisi di dati **real-world può considerare la causalità solo con RR estremi: minori di 0,25 o maggiori di 4...**

... **o persino maggiori di 10...**



Queste **soglie** son ben **lontane da quelle trovate nelle metanalisi di cui sopra di studi osservazionali!**



B. Djulbegovic



Paul Glasziou



Iain Chalmers

tra i massimi esperti di EBM

Criteri di massima di selezione di prodotti e principi attivi utili specie in COVID lieve e moderata:



La seguente cronologia degli studi randomizzati controllati (disegno più valido) indicizzati su PubMed mostra che già **nel 2020** (date **in verde**) e **nel 2021** (in giallo), quando il MinSal ha inviato la **1^a e 2^a Circolare su 'cure domiciliari e paracetamolo'** (**30-11-'20** e **26-4-'21**, la 3^a è di febbraio 2022) molte sostanze avevano già dimostrato buona efficacia contro la COVID-19.

Cronologia RCT terapie precoci COVID 2020-'22 , con * se articolo non indicizzato PubMed

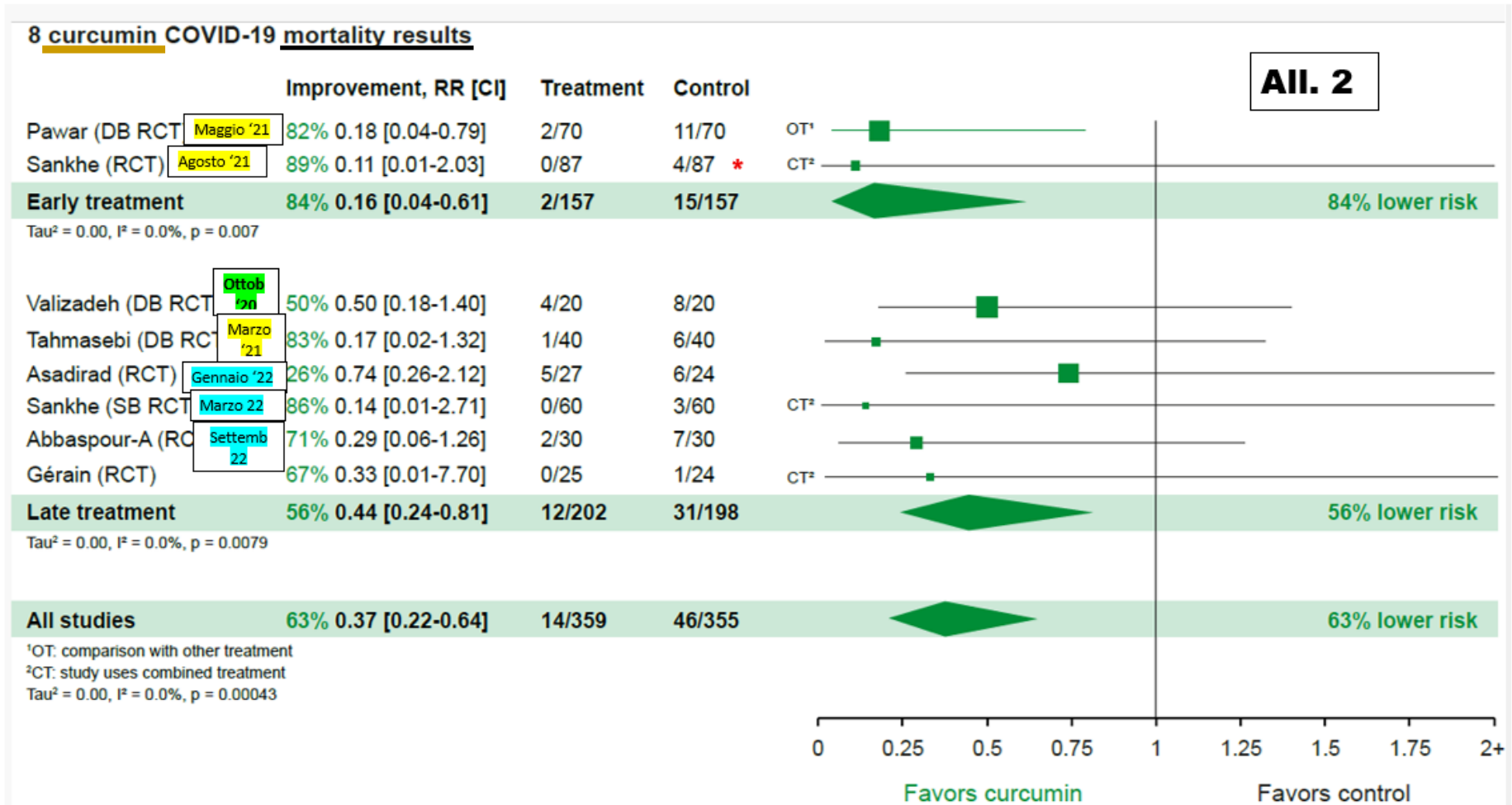


Figure 1: Random effects meta-analysis for all RCTs about curcumin mortality results in COVID-19 [17 and 22-28].

21 curcumin COVID-19 Randomized Controlled Trials

c19early.org
July 2024

	Improvement, RR [CI]	Treatment	Control
Pawar (DB RCT) Mag 21	82% 0.18 [0.04-0.79]	death	2/70 11/70
Ahmadi (DB RCT) Giu 21	86% 0.14 [0.01-2.65]	hosp.	0/30 3/30
Sankhe (RCT) Ago 21	89% 0.11 [0.01-2.03]	death	0/87 4/87 *
Majeed (DB RCT) Ott 21	66% 0.34 [0.01-8.09]	ventilation	0/45 1/47
Khan (RCT) Mag 22	83% 0.67 [0.37-1.19]	no recov.	10/25 15/25
Askari (DB RCT) Giu 22	26% 0.74 [0.43-1.25]	no recov.	13 (n) 13 (n)
Chitre (DB RCT) Nov 22	11% 0.89 [0.79-0.99]	recov. time	89 (n) 86 (n)
Din Ujjan (RCT) Nov 22	29% 0.71 [0.50-1.03]	no recov.	15/25 21/25
Kishimoto (DB RCT)	47% 0.53 [0.10-2.90]	progression	2/71 4/67

Early treatment 26% 0.74 [0.59-0.93] 29/455 59/450

Tau² = 0.02, I² = 24.4%, p = 0.0091

	Improvement, RR [CI]	Treatment	Control
Valizadeh (DB RCT) Ottob 20	50% 0.50 [0.18-1.40]	death	4/20 8/20
Tahmasebi (DB RCT)	83% 0.17 [0.02-1.32]	death	1/40 6/40
Hassania.. (DB RCT)	-46% 1.46 [0.01-329]	SpO2 imp.	20 (n) Sett 21 20 (n)
Asadirad (RCT)	26% 0.74 [0.26-2.12]	death	Gen 22 5/27 6/24
Hartono (RCT)	53% 0.47 [0.32-0.68]	viral+	Feb 22 14/30 30/30 *
Thomas (DB RCT)	44% 0.56 [0.34-0.91]	improv.	74 (n) Mar 22 73 (n) *
Sankhe (SB RCT)	86% 0.14 [0.01-2.71]	death	0/60 Mar 22 3/60
Hellou (DB RCT)	77% 0.23 [0.06-0.95]	NEWS2	33 (n) Mag 22 17 (n)
Abbaspour-A.. (RCT)	71% 0.29 [0.06-1.26]	death	Set 22 2/30 7/30
Sadeghiz.. (DB RCT)	92% 0.08 [0.01-0.68]	progression	0/21 6/21
Gérain (RCT)	67% 0.33 [0.01-7.70]	death	0/25 1/24
Ahmadi (DB RCT)	58% 0.42 [0.17-1.01]	oxygen	5/29 16/39

Late treatment 54% 0.46 [0.36-0.60] 31/409 83/398

Tau² = 0.00, I² = 0.0%, p < 0.0001

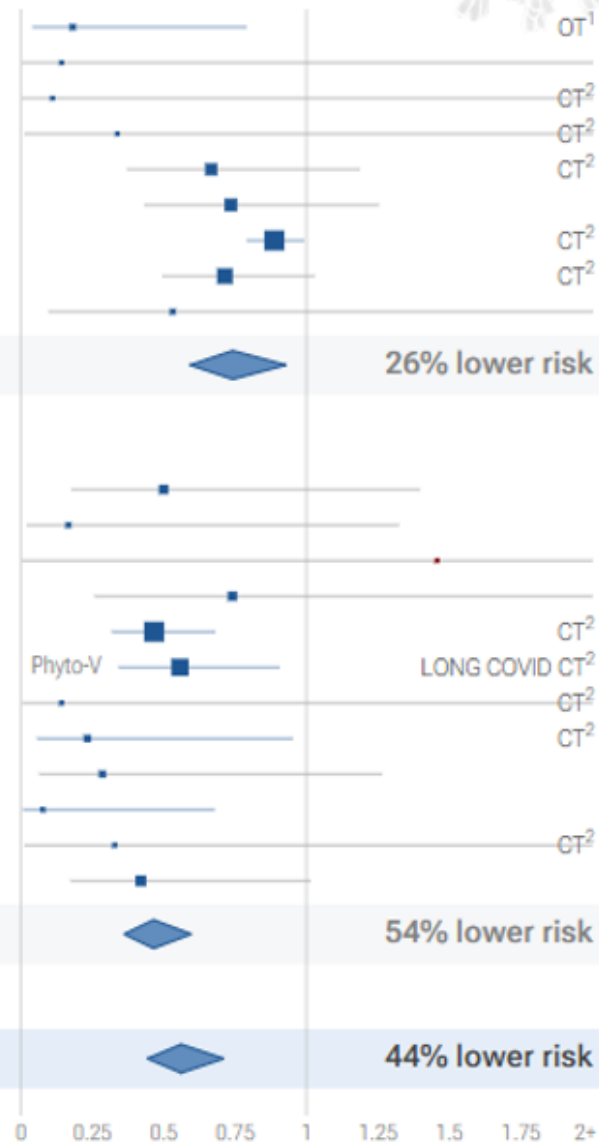
All studies 44% 0.56 [0.44-0.71] 60/864 142/848

¹ OT: comparison with other treatment

² CT: study uses combined treatment

Tau² = 0.08, I² = 43.5%, p < 0.0001

Effect extraction pre-specified
(most serious outcome, see appendix)



Favors curcumin Favors control

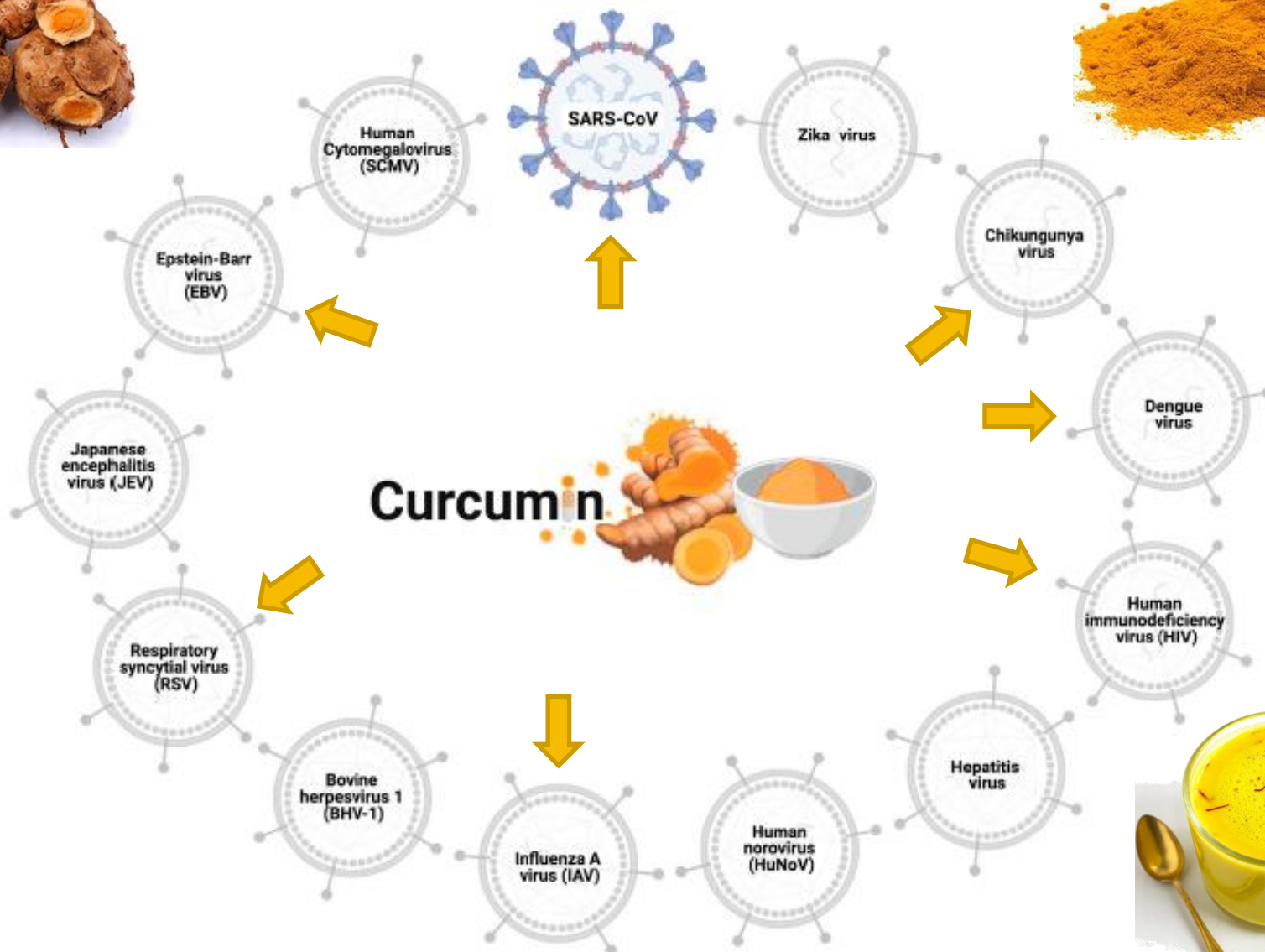


FIGURE 1 | Antiviral effects of curcumin. Curcumin prevents cell infection and viral replication in the SARS-CoV, influenza A virus (IAV), zika virus, chikungunya virus, hepatitis C virus (HCV), human norovirus (HuNoV), viral hemorrhagic septicaemia virus in fish (VHSV), bovine herpesvirus 1 (BHV-1), respiratory syncytial virus (RSV), Japanese encephalitis virus (JEV), Epstein-Barr virus (EBV), human cytomegalovirus (HCMV), and human immunodeficiency virus (HIV).



9 melatonin COVID-19 mortality results

c19early.org

May 2025

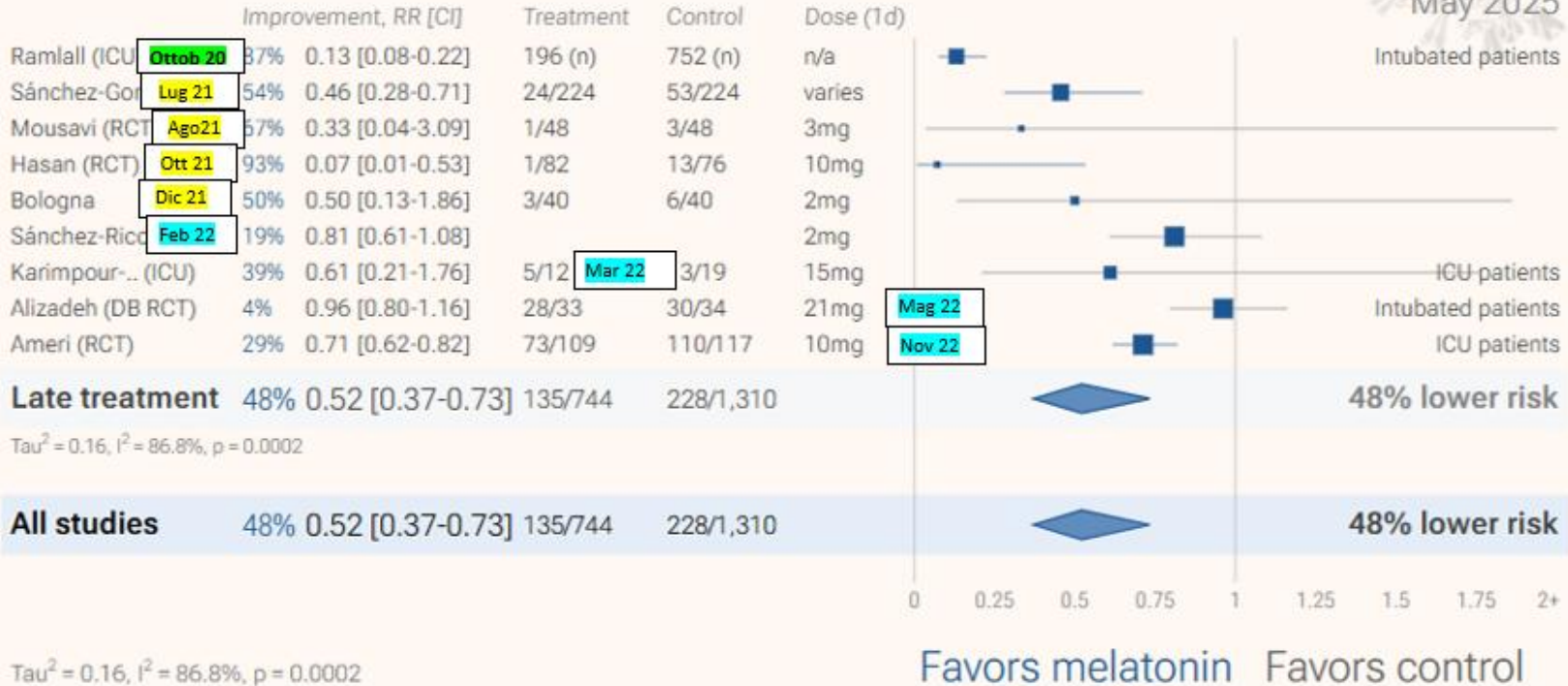


Figure 5. Random effects meta-analysis for mortality results.



9 melatonin COVID-19 Randomized Controlled Trials

c19early.org
May 2025

Alt. 3'

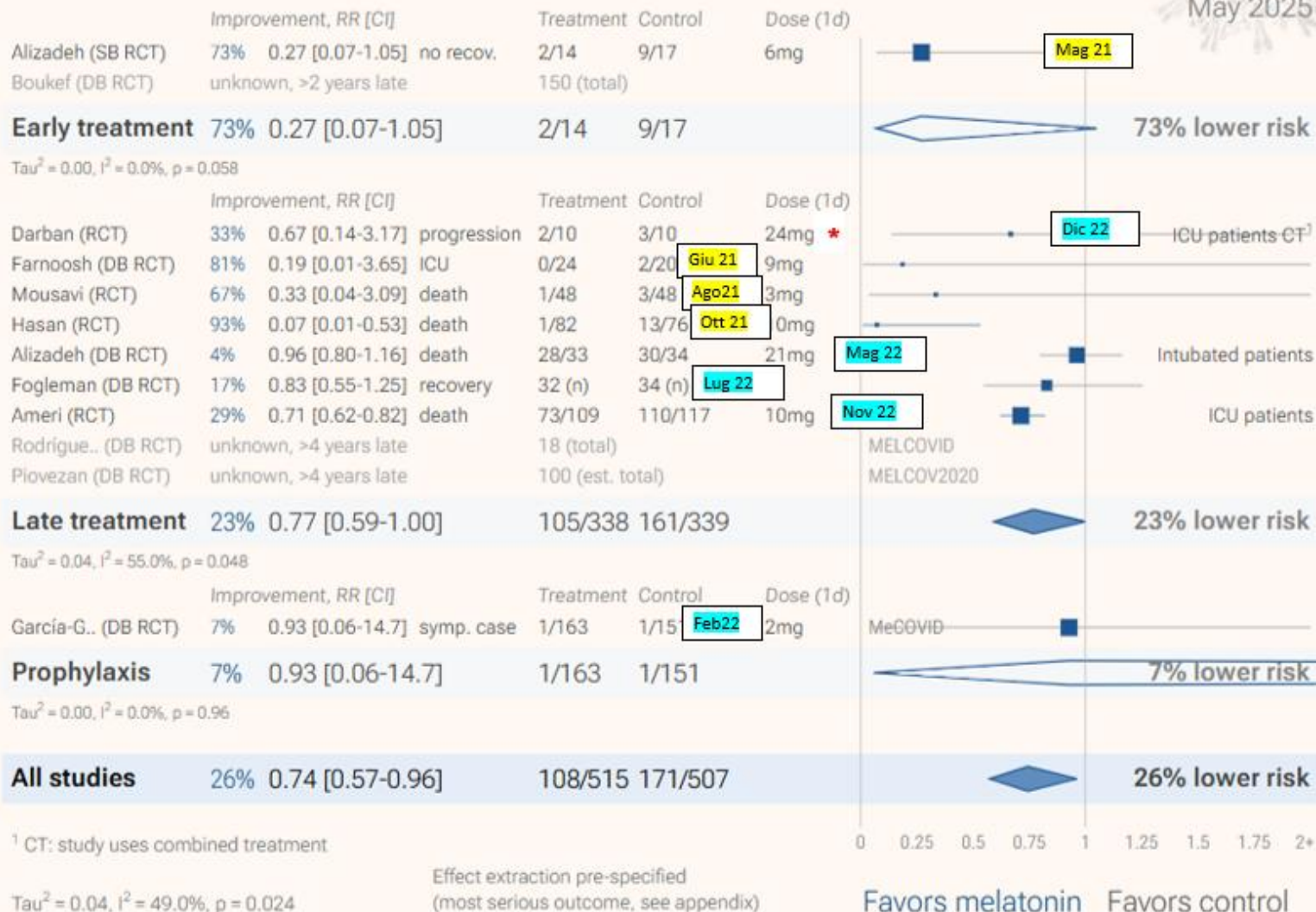


Figure 15. Random effects meta-analysis for all Randomized Controlled Trials. This plot shows pooled effects, see the specific outcome analyses for individual outcomes. Analysis validating pooled outcomes for COVID-19 can be found below. Effect extraction is pre-specified, using the most serious outcome reported. For details see the appendix.

5 quercetin COVID-19 mortality results

All. 4

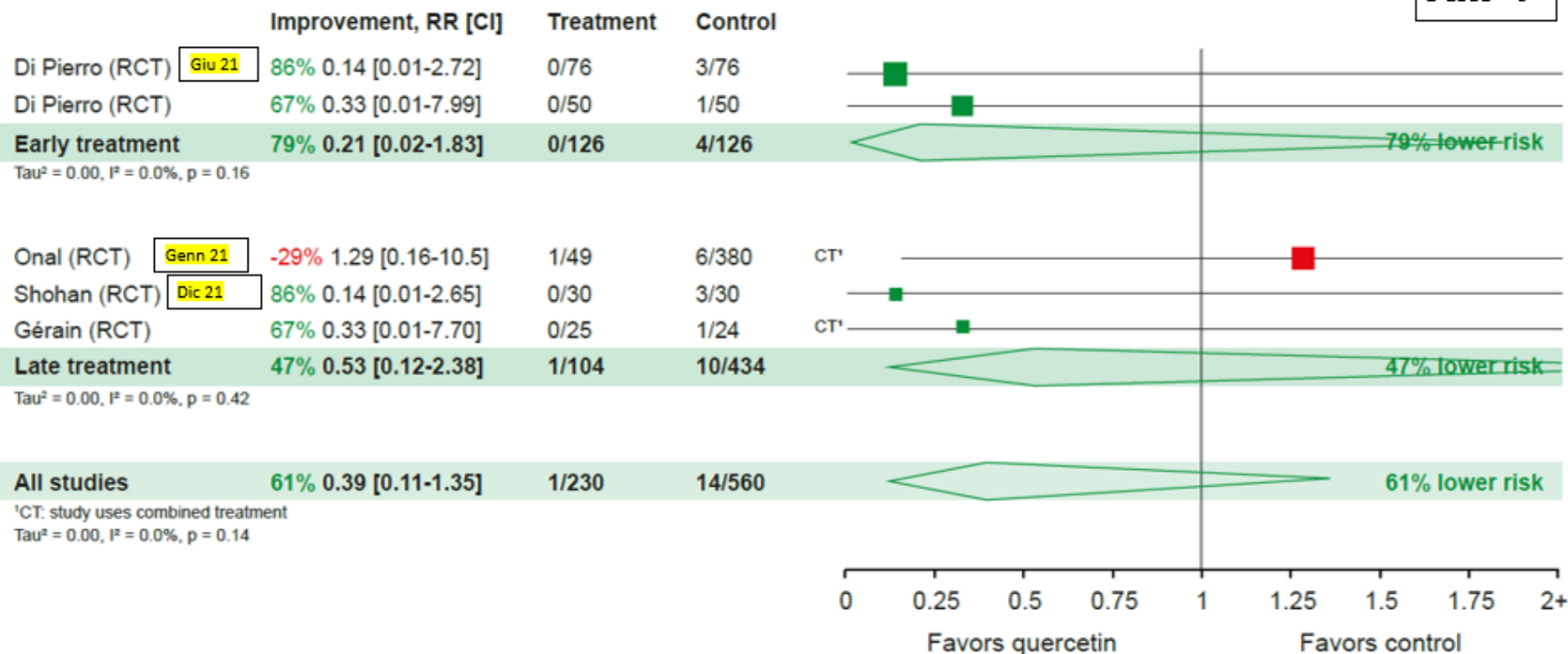


Figure 5. Random effects meta-analysis for RCTs with mortality results about quercetin [66-68 and 70-71].



11 quercetin COVID-19 Randomized Controlled Trials

c19early.org
April 2025

All. 4'

	Improvement, RR [CI]			Treatment	Control
Di Pierro (RCT)	86%	0.14 [0.01-2.72]	death	0/76 Giu 21	3/76
Khan (RCT)	Mag 22 33%	0.67 [0.37-1.19]	no recov.	10/25	15/25
Di Pierro (RCT)	67%	0.33 [0.01-7.99]	death	0/50	1/50
Din Ujjan (RCT)	29%	0.71 [0.50-1.03]	no recov.	15/25	21/25

Early treatment 32% 0.68 [0.50-0.93] 25/176 40/176

$\text{Tau}^2 = 0.00, I^2 = 0.0\%, p = 0.014$

	Improvement, RR [CI]			Treatment	Control
Onal (RCT)	Gen 21 -29%	1.29 [0.16-10.5]	death	1/49	6/380
Zupanets (RC)	Set21 29%	0.71 [0.32-1.58]	no recov.	9/99	13/101 *
Shohan (RCT)	Dic21 86%	0.14 [0.01-2.65]	death	0/30	3/30
Gérain (RCT)	67%	0.33 [0.01-7.70]	death	0/25	1/24
Tylishchak (RCT)	40%	0.60 [0.16-2.29]	no recov.	3/30	5/30

Late treatment 35% 0.65 [0.35-1.21] 13/233 28/565

$\text{Tau}^2 = 0.00, I^2 = 0.0\%, p = 0.18$

	Improvement, RR [CI]			Treatment	Control
Arslan (RCT)	Nov 20 92%	0.08 [0.01-0.79]	cases	1/71	9/42
Rondanelli (DB RCT)	93%	0.07 [0.01-0.91]	symp. case	1/60 Mag 22	4/60

Prophylaxis 92% 0.08 [0.02-0.34] 2/131 13/102

$\text{Tau}^2 = 0.00, I^2 = 0.0\%, p = 0.00073$

All studies 40% 0.60 [0.43-0.83] 40/540 81/843

¹ CT: study uses combined treatment

$\text{Tau}^2 = 0.03, I^2 = 9.6\%, p = 0.0023$

Effect extraction pre-specified
(most serious outcome, see appendix)

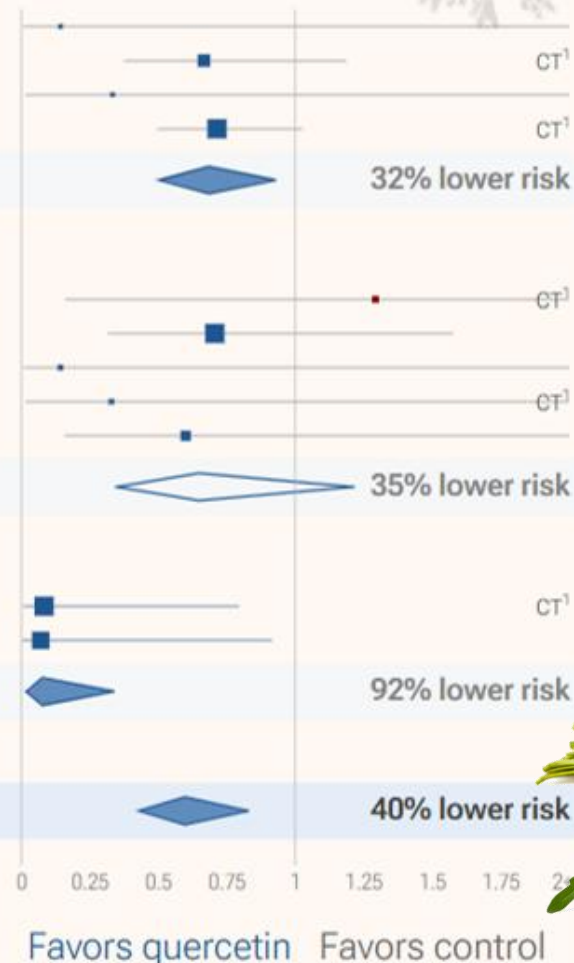


Figure 15. Random effects meta-analysis for all Randomized Controlled Trials. This plot shows pooled effects, see the specific outcome analyses for individual outcomes. Analysis validating pooled outcomes for COVID-19 can be found below. Effect extraction is pre-specified, using the most serious outcome reported. For details see the appendix.



2 povidone-iodine COVID-19 mortality results

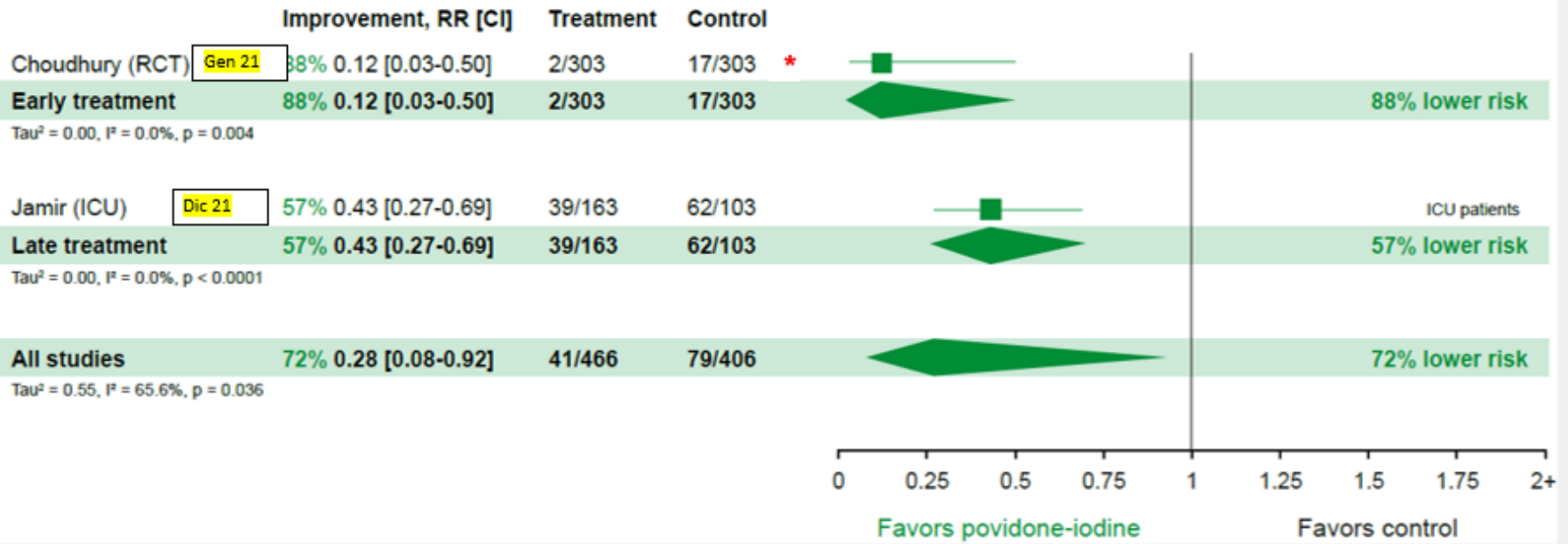


Figure 7 - Random effects meta-analysis for RCTs with mortality results about povidone-iodine in COVID-19 [100-101].



All. 5'

This plot shows pooled effects, see the specific outcome analyses for individual outcomes, and the heterogeneity section [21] for discussion. Effect extraction is pre-specified, using the most serious outcome reported. For details of effect extraction see [appendix \[21\]](#)

8

9 alkalization COVID-19 mortality results

c19early.org
April 2025

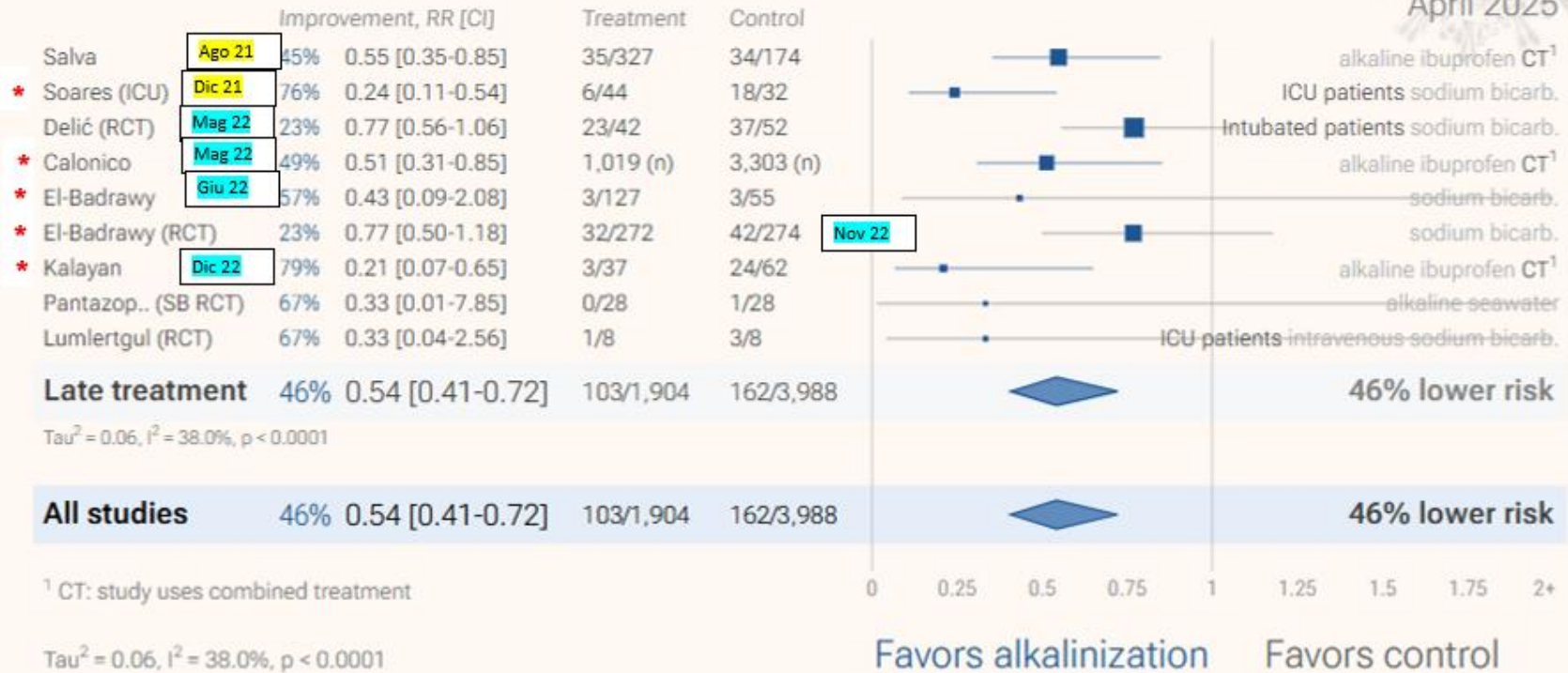


Figure 6. Random effects meta-analysis for mortality results.



Saline water



9 alkalization COVID-19 Randomized Controlled Trials

All. 6'

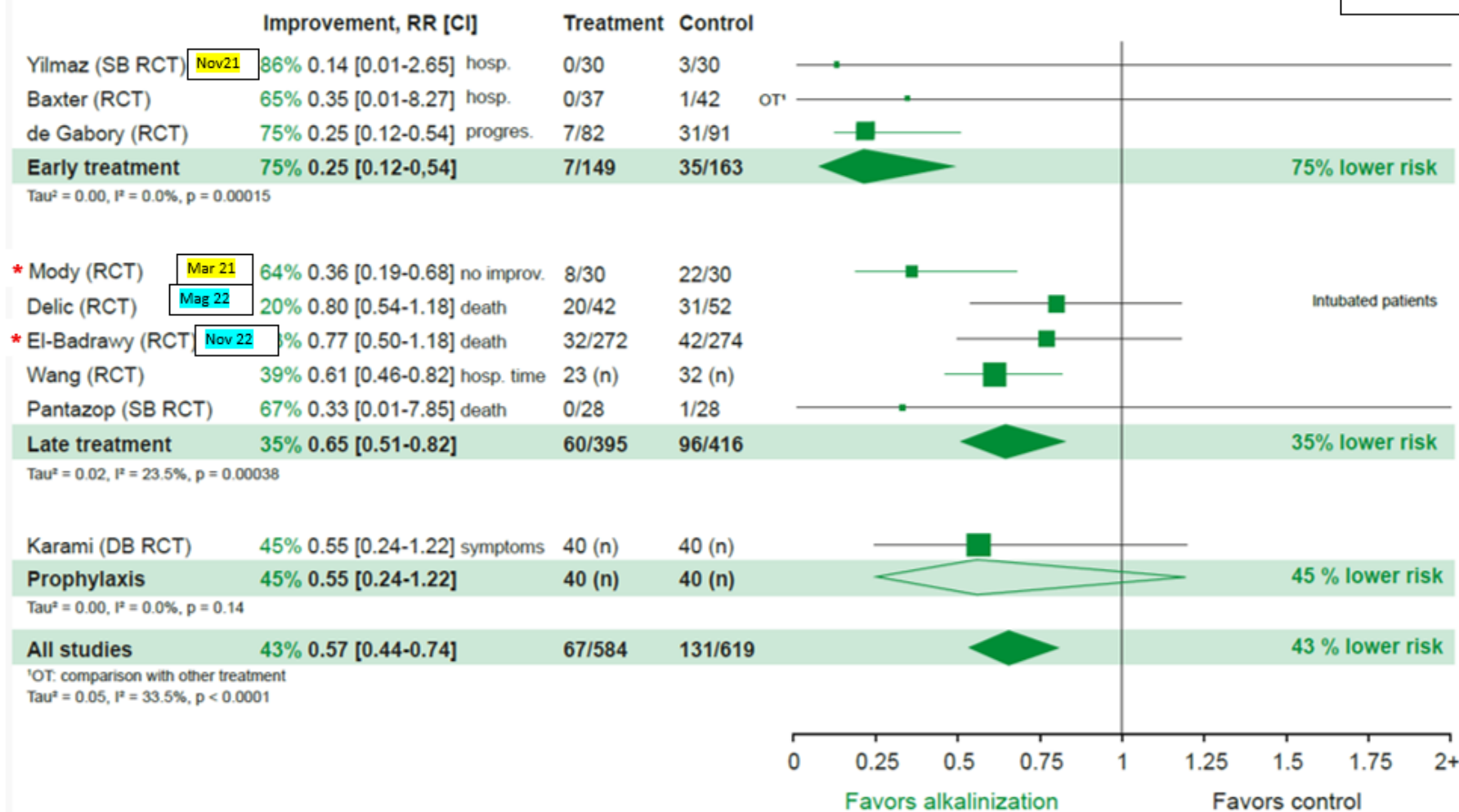


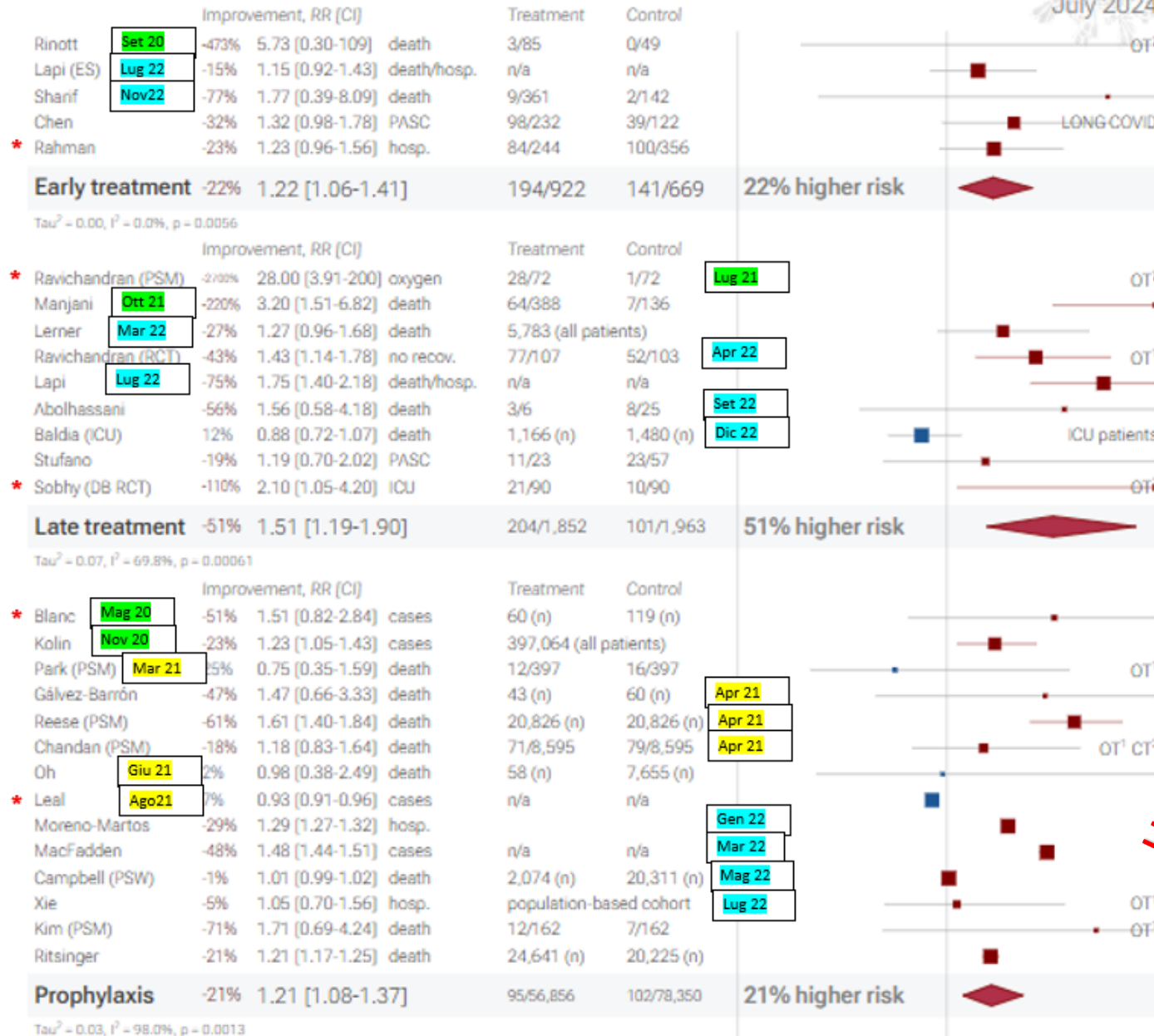
Figure 10. Random effects meta-analysis for all RCTs about alkalization in COVID-19 [119-126]. This plot shows pooled effects, see the specific outcome analyses for individual outcomes, and the heterogeneity section [21] for discussion. Effect extraction is pre-specified, using the most serious outcome reported. For details of effect extraction see the [appendix](#) [21]

27 acetaminophen COVID-19 studies

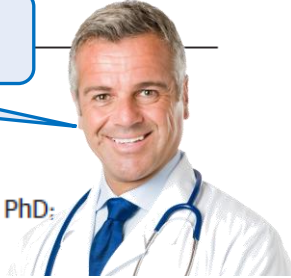
c19early.org
July 2024

AII. 7

Random effects meta-analysis for studies about **acetaminophen** in COVID-19 [151-177].



*Ha fatto **sempre** peggio
dei comparator in profilassi
cure precoci e tardive ...*

Antibiotici in tutti i ricoveri COVID? **No!**

Original Investigation | Infectious Diseases

Antibiotic Treatment in Patients Hospitalized for Nonsevere COVID-19

Michael S. Pulia, MD, PhD; Meggie Griffin, MS; Rebecca Schwei, MPH, PhD; Aurora Pop-Vicas, MD, MPH; Lucas T. Schulz, PharmD; Meng-Shiou Shieh, PhD; Penelope Pekow, PhD; Valerie M. Vaughn, MD, MSc; Peter K. Lindenauer, MD, MSc

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS This retrospective cohort study used a target trial emulation design. Participants were adult, immunocompetent patients admitted to general care for COVID-19 from April 2020 to December 2023 at 1053 US-based acute-care hospitals that contribute

Antibiotici x polmonite acquisita in comunità (basso rischio)

RESULTS The cohort included 520 405 patients with COVID-19 (median [IQR] age, 66 [53-78] years; 266 186 [51.2%] male), including 92 708 Black patients (17.8%), 63 619 Hispanic patients (12.2%), and 304 649 White patients (58.5%); 279 656 patients (53.7%) had Medicare insurance. A total of 160 482 patients (30.8%) were treated with a CAP/antibiotic regimen on day 1 of admission. The primary composite outcome was higher in the CAP group (20.8%) compared with the unexposed (no antibiotic) group (18.4%), but the difference did not meet the predefined criteria for clinical significance (ASD, 4.1%). Patients who received CAP antibiotics had higher odds of poor clinical outcomes (propensity matched-odds ratio [OR], 1.03 [95% CI, 1.01-1.05]; $P = .003$; inverse probability treatment weighted-OR, 1.03 [95% CI, 1.02-1.05]; $P < .001$; standardized mortality ratio weighted-OR, 1.10 [95% CI, 1.08-1.12]; $P < .001$).

To our knowledge, this study is the largest investigation into clinical outcomes for patients with COVID-19 treated with and without antibiotics to date. Previous research has primarily focused on in-hospital mortality⁴⁹⁻⁵³ and data from the first half of 2020,^{16,17,49,51,52} with the most recent study including data through June 2022.¹⁹ A study by Widere et al¹⁹ included 322 867 admissions from March 2020 to June 2022 across 66 US health systems. Using propensity matching, Widere et al¹⁹ found higher odds of in-hospital mortality associated with early empirical antibiotics vs no early empirical antibiotics (OR, 1.27 [95% CI, 1.23-1.33]). Important limitations of Widere et al¹⁹ include use

Table 3. Deterioration or In-Hospital Mortality for Community-Acquired Pneumonia Antibiotic vs No Antibiotic Treatment Day 1 of Admission in Patients Hospitalized for COVID-19

Model	Odds ratio (95% CI)	P value
Unadjusted ^a	1.33 (1.31-1.35)	<.001
Adjusted for covariates ^a	1.07 (1.05-1.09)	<.001
Adjusted for covariates and propensity score ^a	1.64 (1.41-1.90)	<.001
Propensity score matched ^b	1.03 (1.01-1.05)	.003
SMRW ^a	1.10 (1.08-1.12)	<.001
IPTW ^a	1.03 (1.02-1.05)	<.001



Beh, è ora di smettere

Una metanalisi di RCT ha trovato **+ eventi avversi per ogni giorno in + di antibiotici.**

Tabella 2. Patologie più comuni osservate nei pazienti deceduti SARS-CoV-2 positivi

Patologie	Donne		Uomini		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Cardiopatia ischemica	556	23,4	1105	30,8	1661	27,9
Fibrillazione atriale	608	25,6	840	23,4	1448	24,3
Scompenso cardiaco	444	18,2	526	14,4	970	16,3
Ictus	299	12,6	392	10,9	691	11,6
Ipertensione arteriosa	1630	68,7	2304	64,2	3934	66,0
Diabete mellito-Tipo 2	633	26,7	1103	30,7	1736	29,1
Demenza	761	32,1	626	17,4	1387	23,3
BPCO	328	13,8	708	19,7	1036	17,4
Cancro attivo ultimi 5 anni	369	15,5	642	17,9	1011	17,0
Epatopatia cronica	97	4,1	183	5,1	280	4,7
Insufficienza renale cronica	460	19,4	795	22,2	1255	21,0
Dialisi	39	1,6	87	2,4	126	2,1
Insufficienza respiratoria	167	7,0	236	6,6	403	6,8
HIV	2	0,1	13	0,4	15	0,3
Malattie autoimmuni	145	6,1	112	3,1	257	4,3
Obesità	244	10,3	387	10,8	631	10,6
Numero di patologie	N.	%	N.	%	N.	%
0 patologie	48	2,0	136	3,8	184	3,1
1 patologia	258	10,9	481	13,4	739	12,4
2 patologie	400	16,9	695	19,4	1095	18,4
3 o più patologie	1667	70,2	2277	63,4	3944	66,2



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.)



I A.
Inconsistent
causal
association

↑ Yes

I. Is there strong
evidence for
other causes?

Il manuale OMS afferma «una causa diretta è un fattore senza il quale l'effetto non si verifichebbe (causa 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.

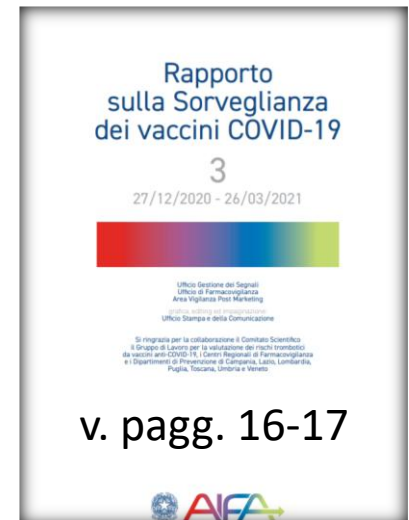
AlFA applica il metodo OMS, riguardo ai dati sulle morti, affermando "*le valutazioni dei casi suggeriscono l'assenza di responsabilità del vaccino nella maggioranza di questi, poiché sono spesso soggetti con intercorrenti o previe patologie, come: cardiovascolari, metaboliche, oncologiche, autoimmuni, 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.**

Si legge testualmente da quanto dichiara AIFA: “**La valutazione dei casi correlati di informazioni suggerisce 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).

Invece, per avere una **Morte Covid-19 secondo ISS** - Per definire un decesso come dovuto a COVID-19, devono essere presenti tutti i seguenti criteri

1. Decesso occorso in un paziente definibile come **caso confermato** di COVID-19. Questa definizione è in linea con il flusso informativo del sistema di sorveglianza nazionale COVID-19 che si basa sulla raccolta dei casi confermati dai laboratori di riferimento regionali **con test molecolari di SARS-CoV-2** e tra i quali si segnalano i decessi. Per la definizione di caso confermato di COVID-19 si rimanda alla sezione 4.

2. Presenza di un **quadro clinico e strumentale suggestivo di COVID-19**. La definizione di quadro clinico compatibile è di pertinenza del medico che certifica le cause di morte (curante o necroscopo). I Centers for Disease Control and Prevention statunitensi (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>) hanno identificato i seguenti sintomi **tipici (!?)** dell'infezione COVID-19:

- **Febbre**
- **Tosse**
- **Dispnea**
- **Brividi**
- **Tremore**
- **Dolori muscolari**
- **Cefalea**
- **Mal di gola**
- **Perdita acuta di olfatto o gusto**



Sintomi 'tipici'?!?

Ma se sono comuni a quasi ogni sindrome influenzale...!!

3. Assenza di una chiara causa di morte diversa dal COVID-19 o comunque non riconducibile all'infezione da SARS-CoV-2 (per esempio trauma).

Ai fini della valutazione di questo criterio, ***NON sono da considerarsi tra le chiare cause di morte 'diverse' da COVID-19 le patologie pre-esistenti che possono aver favorito o predisposto ad un decorso negativo*** dell'infezione.

Una patologia pre-esistente è definita come qualsiasi patologia che abbia preceduto l'infezione da SARS-CoV-2 o che abbia contribuito al decesso pur non facendo parte della sequenza di cause che hanno portato al decesso stesso.

(***Per esempio!!***) sono patologie pre-esistenti il **cancro**, le patologie **cardiovascolari**, **renali** ed **epatiche**, la **demenza**, le patologie **psichiatriche** ed il **diabete**.

4. Assenza di periodo di recupero clinico completo tra la malattia e il decesso.

Per periodo di recupero clinico completo deve intendersi la documentata completa remissione del quadro clinico e strumentale dell'infezione da Sars-CoV-2.



I criteri OMS (e AIFA) per assolvere il vaccino sono l'esatto opposto di quelli per condannare la COVID!