

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

(62° incontro, 14-9-'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. Monica Seri

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:
- Effetto globale fattori di rischio CV su stime durata della vita (da S 6)
- Coerenza Linee Guida ESC 2025 su dislipidemie e prevenzione CV (S 9)
- Rassegna sistematica passi giornalieri ed esiti salute adulti (da S 10)
- Differenza tra Prove e Principio d'Autorità e cenno vicenda Nitag (S 14)
- Sentenza Cassazione epidemia per omissione e strategie di contrasto (da S 16)
- Nuova Pandemia alle porte? DG OMS e Von der Leyen (da S 30)
- Profilassi e terapie locali per COVID e malattie respiratorie (S 32)
- FANS ai primi sintomi infezione respiratoria? Perché NO (S 39)
- I tre pilastri dell'EBM e la loro corretta sequenza (da S 43)
- Razionale approccio preventivo e precoce alla COVID-19 (da S 45)
- CTS servo delle Istituzioni (del potere politico) (S 46)
- Autoimmunity su residui DNA plasmidico (da S 47)
- Studio mortalità totale e ricoveri per cancro provincia Pescara (da S 48)
- Qatar su healthy-vaccinee bias (da S 51)
- Siri su controlli senza vero placebo negli studi sui vaccini (S 52)



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 →)

ORIGINAL ARTICLE

Global Effect of Cardiovascular Risk Factors on Lifetime Estimates

The Global Cardiovascular Risk Consortium

ABSTRACT

BACKGROUND

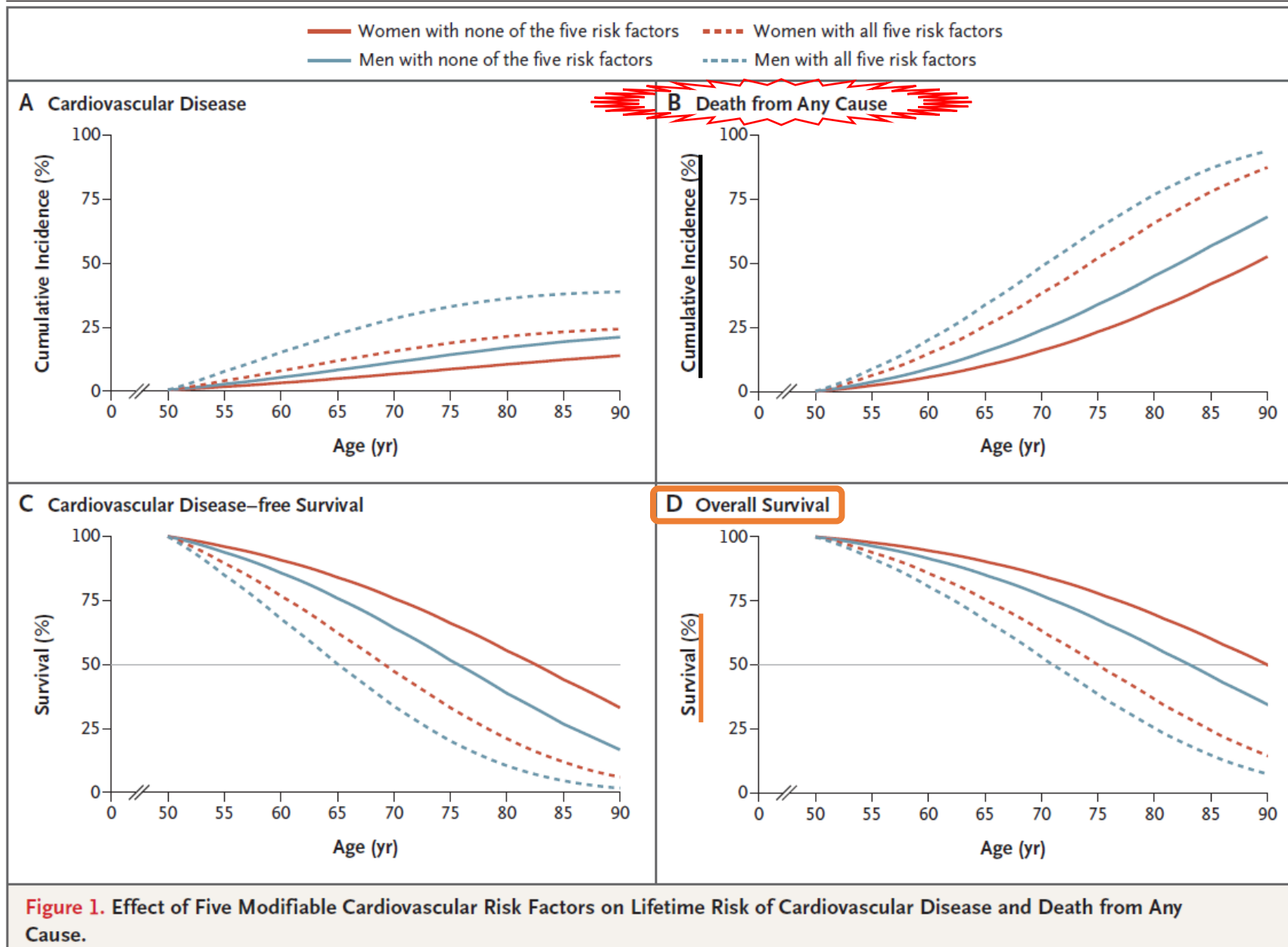
Five risk factors account for approximately 50% of the global burden of cardiovascular disease. How the presence or absence of classic risk factors affects lifetime estimates of cardiovascular disease and death from any cause remains unclear.



The authors' full names, academic degrees, and affiliations are listed at the end of the article. Dr. Magnussen can be contacted at c.magnussen@uke.de or at the Univer-

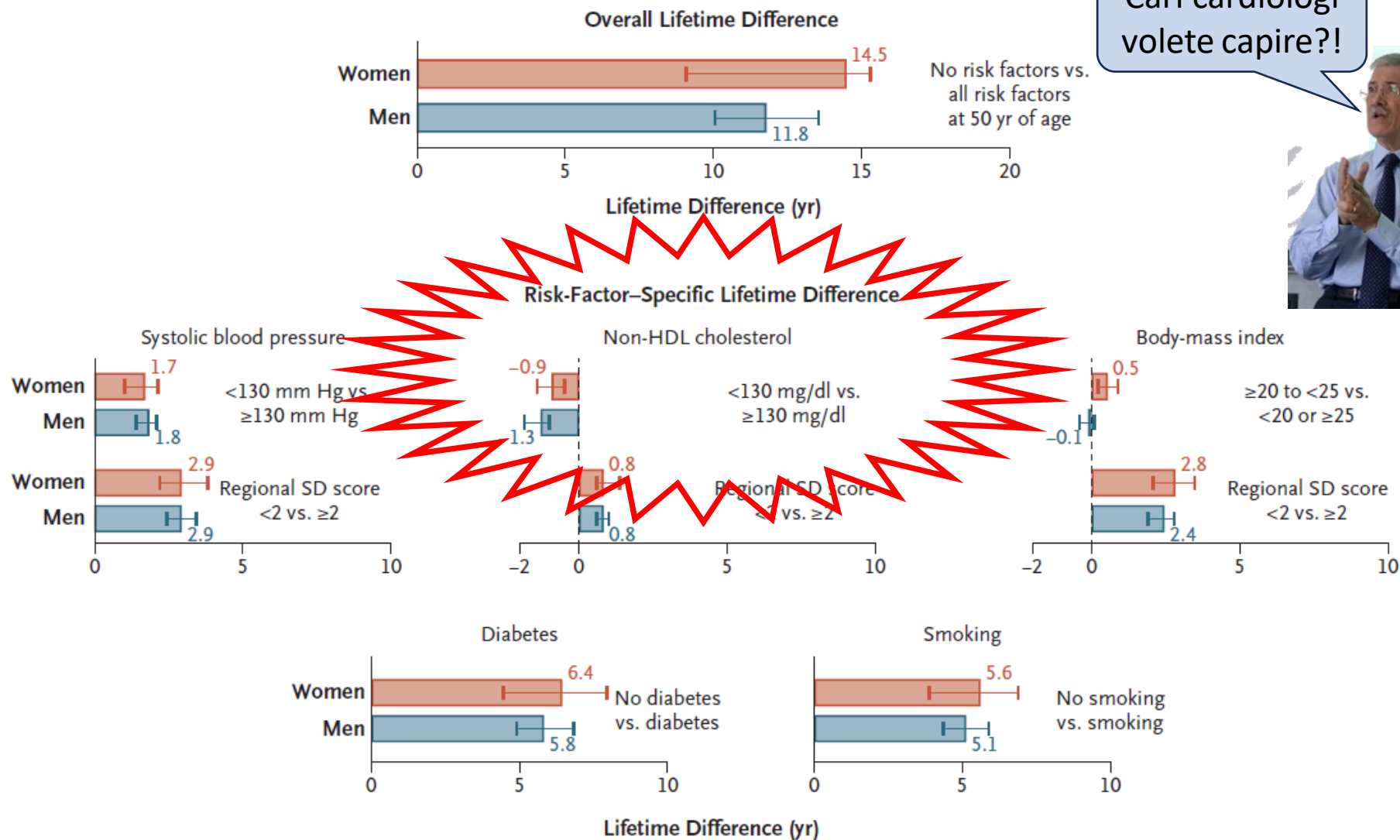
Si è stimato il rischio di malattie CV e morte per qualsiasi causa **nel corso della vita fino a 90 anni** di età in base alla presenza o assenza **a 50 anni** di 1) **ipertensione arteriosa**, 2) **iperlipidemia**, 3) **sottopeso**, **sovrappeso** o **obesità**, 4) **diabete**, 5) **fumo**.

Nel confronto tra i partecipanti senza nessun fattore di rischio e quelli con tutti, il n. stimato di **anni di vita aggiuntivi liberi da malattie CV** era di **13,3** (IC al 95%, 11,2-15,7) **per le donne** e **10,6** (9,2-12,9) per gli **uomini**; il n. stimato di **anni totali aggiuntivi di vita** era di **14,5** (9,1-15,3) per le **donne** e **11,8** (10,1-13,6) per gli **uomini**.



Tutto ok, allora? Abbattiamo i 5 fattori e camperemo più e meglio? Sì, soprattutto per **diabete**, **fumo** e **ipertensione**, meno per **peso** senza diabete, ma... il **colesterolo**??

B Death from Any Cause



Cari cardiologi
volete capire?!



Colesterolo LDL = ~nonHDL-30 mg/dl, per cui:

se **colesterolo LDL** (cattivo?) va giù a **100 o meno** mg/dl, la **mortalità totale va su!!**

Linee guida ESC 2025 sulle dislipidemie: verso un'ottimizzazione della prevenzione cardiovascolare

Presentato al congresso ESC 2025, l'aggiornamento delle linee guida sulle dislipidemie introduce strumenti per migliorare il controllo lipidico nei pazienti ad alto, altissimo ed estremo rischio cardiovascolare. Le novità riguardano l'impiego tempestivo di terapie combinate, l'integrazione di farmaci non statinici e l'introduzione di nuovi modificatori del rischio

(Perrone Filardi):...**impiego, da subito, delle terapie di combinazione** o della **aggiunta di terapie non statiniche**. “Parliamo soprattutto dei **PCSK9 inibitori** (~5.100 €/a.) o della terapia orale con **acido bempedoico** (~1000 €/a.), **nei casi in cui i pazienti in terapia con statine non raggiungono i target**”

Ridefiniti i pazienti a rischio estremo. “non solo pz con eventi ricorrenti ma **anche** di persone con malattia polivascolare: le linee guida supportano l'**imaging** per **identificare la malattia CV subclinica**”.
... sempre più identificazione di pz **con malattia aterosclerotica in più distretti vascolari, quindi a rischio estremo** da trattare **tempestivamente** per raggiungere **LDL <40 mg/dL**.

... futuro è di **rivolgersi a persone senza un pregresso evento con un alto rischio CV, proprio per prevenire il primo evento**. “L'idea è di **anticipare...**”



Daily steps and health outcomes in adults: a systematic review and dose-response meta-analysis

Lancet Online July 23, 2025



Ding Ding, Binh Nguyen, Tracy Nau, Mengyun Luo, Borja del Pozo Cruz, Paddy C Dempsey, Zachary Munn, Barbara J Jefferis, Cathie Sherrington, Elizabeth A Calleja, Kar Hau Chong, Rochelle Davis, Monique E Francois, Anne Tiedemann, Stuart J H Biddle, Anthony Okely, Adrian Bauman, Ulf Ekelund, Philip Clare*, Katherine Owen*



[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00164-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00164-1)

Summary

Background Despite the rapid increase in evidence from the past decade on daily steps and health-related outcomes, existing systematic reviews primarily focused on few outcomes, such as all-cause mortality. This study synthesised *Lancet Public Health* 2025; 10: e668-81

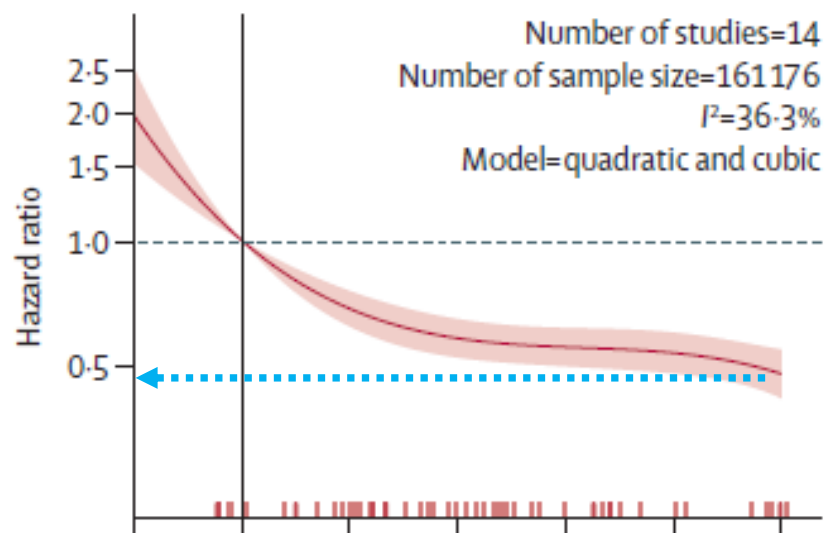
outcomes, including all-cause mortality, cardiovascular disease incidence and mortality, type 2 diabetes incidence, cancer incidence and mortality, dementia, depressive symptoms, physical function, and falls. Our findings show consistent associations across all these outcomes despite variations in dose-response curves. Notably, a stepping volume of 7000 steps per day is associated with 6–47% lower risks compared with 2000 steps per day across all examined



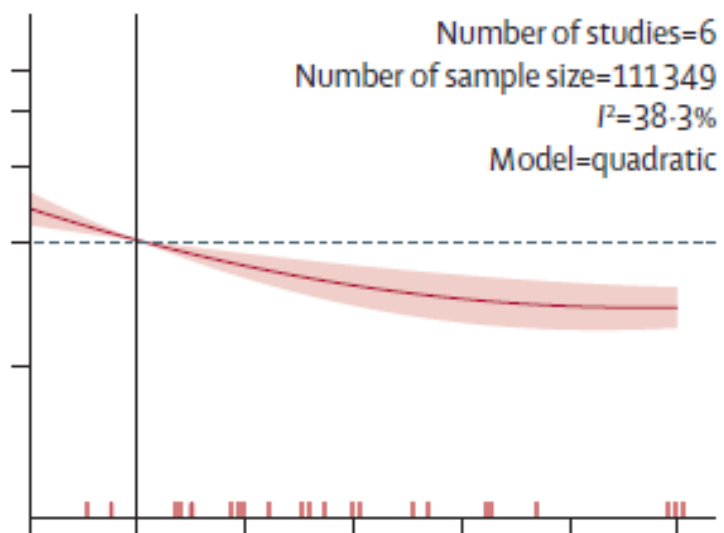
Implications of all the available evidence

Daily steps should be considered a practical metric for physical activity guidelines and recommendations. The observed prospective dose-response relationship can inform step-based targets. Future research should account for potential dose-response variations by age, health outcome, device type, and measurement methods.

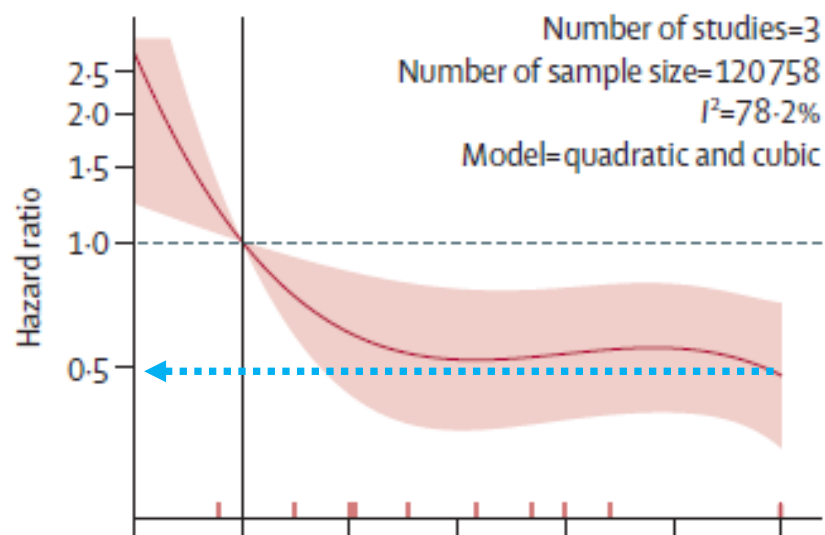
A All-cause mortality



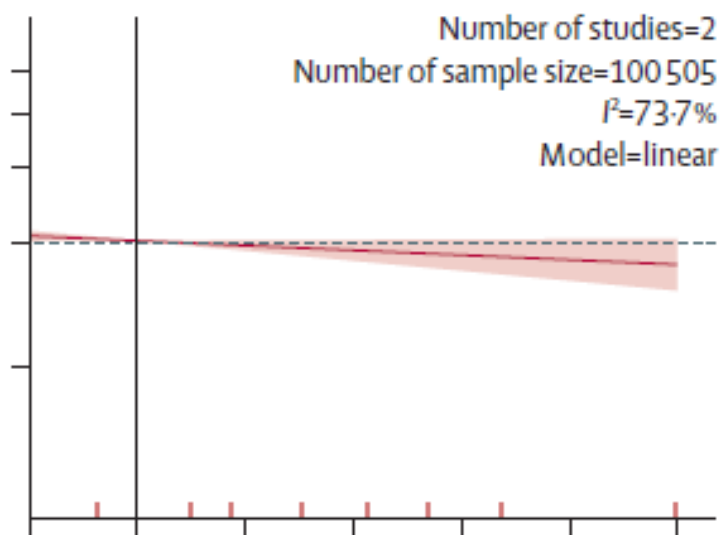
B Cardiovascular disease incidence



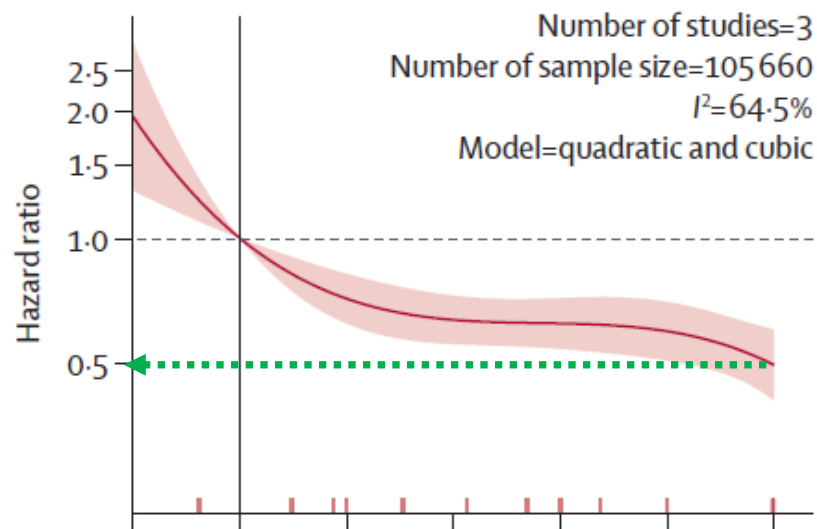
C Cardiovascular disease mortality



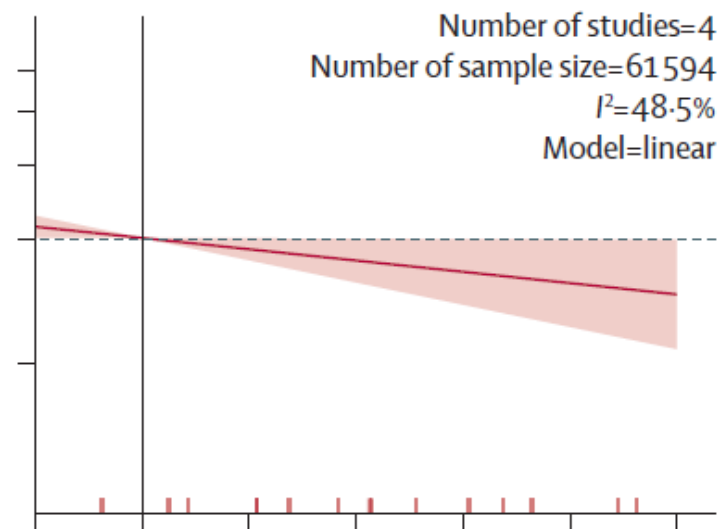
D Cancer Incidence



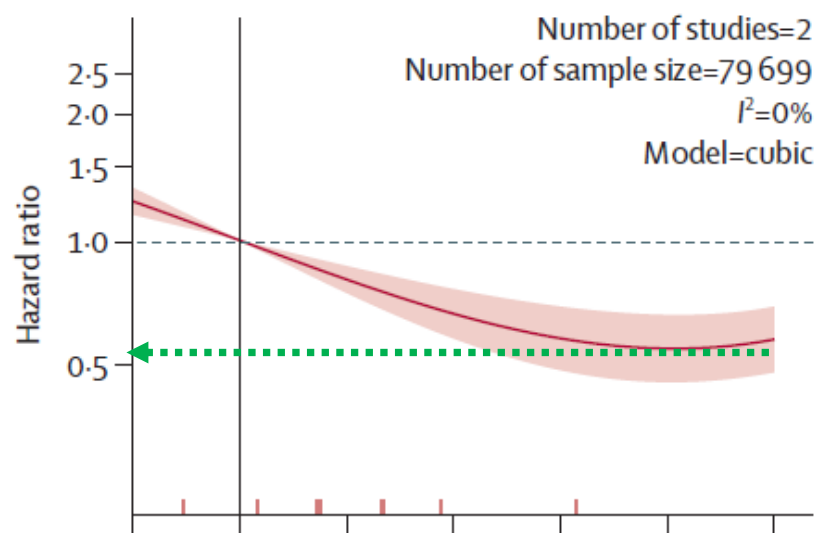
E Cancer mortality



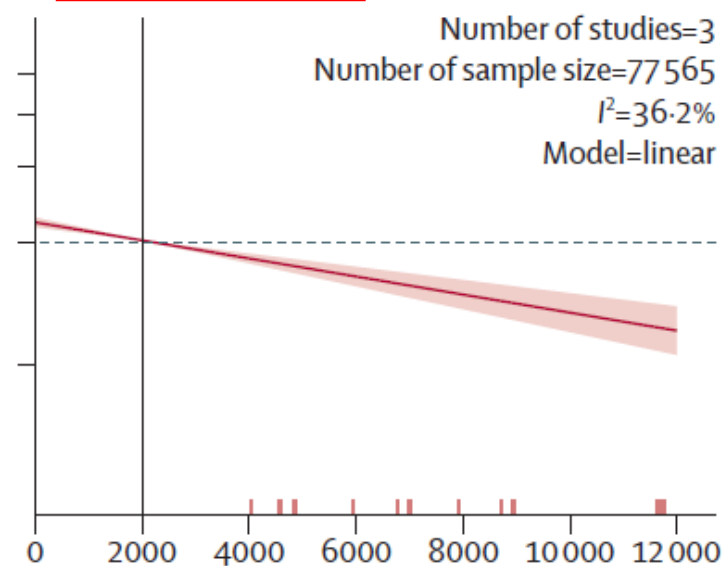
F Type 2 diabetes



G Dementia



H Depressive symptoms



I Falls

Steps per day

	All-cause mortality*	Cardiovascular disease incidence*	Cardiovascular disease mortality*	Cancer incidence†	Cancer mortality*	Type 2 diabetes incidence†	Dementia*	Depressive symptoms†	Falls*
Number of studies	14	6	3	2	3	4	2	3	4
Number of sample size	161 176	111 349	120 758	100 505	105 660	61 594	79 699	77 565	94 901
Steps per day									
2000	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
3000	0.77 (0.71-0.83)	0.93 (0.90-0.96)	0.74 (0.60-0.91)	0.99 (0.97-1.00)	0.82 (0.74-0.9)	0.97 (0.94-1.00)	0.9 (0.86-0.93)	0.95 (0.94-0.96)	0.93 (0.90-0.95)
4000	0.64 (0.57-0.73)	0.87 (0.81-0.93)	0.61 (0.44-0.85)	0.97 (0.95-1.00)	0.72 (0.63-0.82)	0.94 (0.89-1.00)	0.81 (0.75-0.87)	0.91 (0.88-0.93)	0.86 (0.81-0.91)
5000	0.57 (0.5-0.66)	0.82 (0.75-0.90)	0.55 (0.37-0.80)	0.96 (0.92-1.00)	0.66 (0.58-0.76)	0.91 (0.83-1.00)	0.73 (0.66-0.81)	0.86 (0.83-0.90)	0.8 (0.74-0.87)
6000	0.54 (0.47-0.62)	0.78 (0.70-0.87)	0.53 (0.36-0.77)	0.95 (0.9-1.00)	0.64 (0.56-0.73)	0.88 (0.78-1.00)	0.67 (0.58-0.77)	0.82 (0.78-0.87)	0.76 (0.69-0.84)
7000	0.53 (0.46-0.6)	0.75 (0.67-0.85)	0.53 (0.37-0.77)	0.94 (0.87-1.01)	0.63 (0.55-0.72)	0.86 (0.74-1.00)	0.62 (0.53-0.73)	0.78 (0.73-0.83)	0.72 (0.65-0.81)
8000	-48% 0.52 (0.46-0.6)	-27% 0.73 (0.64-0.83)	-44% 0.54 (0.38-0.78)	-7% 0.93 (0.85-1.01)	-37% 0.63 (0.54-0.72)	-17% 0.83 (0.69-0.99)	-42% 0.58 (0.49-0.70)	-26% 0.74 (0.69-0.80)	-21% 0.70 (0.62-0.79)
9000	0.52 (0.46-0.6)	0.71 (0.62-0.81)	0.56 (0.39-0.79)	0.91 (0.83-1.01)	0.62 (0.53-0.72)	0.81 (0.65-0.99)	0.56 (0.47-0.67)	0.71 (0.64-0.78)	0.70 (0.62-0.78)
10 000	0.52 (0.45-0.59)	0.70 (0.62-0.79)	0.56 (0.40-0.79)	0.90 (0.81-1.01)	0.6 (0.51-0.70)	0.78 (0.61-0.99)	0.55 (0.46-0.66)	0.67 (0.61-0.75)	0.70 (0.63-0.79)
11 000	0.49 (0.43-0.57)	0.69 (0.62-0.78)	0.54 (0.38-0.76)	0.89 (0.78-1.01)	0.56 (0.48-0.66)	0.76 (0.58-0.99)	0.56 (0.47-0.67)	0.64 (0.57-0.72)	0.73 (0.65-0.83)
12 000	0.45 (0.39-0.53)	0.69 (0.62-0.78)	0.48 (0.33-0.71)	0.88 (0.76-1.01)	0.50 (0.41-0.60)	0.73 (0.54-0.99)	0.58 (0.49-0.70)	0.61 (0.53-0.70)	0.78 (0.67-0.92)

Data are HR (95% CIs). HR=hazard ratio. *Non-linear dose-response relationship. †Linear dose-response relationship.

Table 2: A summary of the pooled hazard ratios and 95% CIs for 1000-step increments in the meta-analyses

Differenza tra 'principio d'autorità' e prove



Vita di Galileo

Opera di Bertolt Brecht



«Non guardo nel cannocchiale (→ **le prove**)!
Voglio solo discutere dei testi **autorevoli** (→
→ **linee-guida**/*ipse dixit*/**principio d'autorità**)

Nel merito delle diffamazioni riservatemi da , come membro della Commissione Medico-Scientifica indipendente (CMSi), intendo chiarire gravi equivoci. Nella CMSi siamo uomini di scienza con lunga e rispettabile carriera professionale, ... Nel mondo dei *critici* sulla narrativa vaccinale corrente vi sono purtroppo, certo, anche posizioni non scientifiche, che però abbondano anche tra i fautori delle 'vaccinazioni a prescindere'. Ma altri scienziati critici, tra cui ci collochiamo come CMSi:

- dichiarano esplicito riferimento al metodo scientifico: riferirsi all'*Evidence* (cioè alle **Prove scientifiche**, è la regola interna n. 1 per appartenere alla CMSi (chi non lo pensasse può metterci subito alla prova)
- chiediamo da anni **confronti scientifici basati su prove**, impegnandoci a presentare non *opinioni*, ma dati, fatti e prove con documentazione solida e aggiornata
- assicuriamo che, se in tali confronti scientifici ci fossero presentate prove più valide e forti di quelle che conosciamo, lo ammetteremmo in modo pubblico e formale
- rifiutiamo l'ingiuria '**anti-vaccinisti**'. Se proprio ci si vuole etichettare, accetteremmo '**EB** (evidence based) **vax**', cioè 'fautori di vaccinazioni basate su prove scientifiche'.

Se scrive quanto sopra senza conoscere, può dimostrare subito la buona fede pubblicando la rettifica e accettando un confronto scientifico, a condizioni eque che potremo concordare.

Purtroppo, a prescindere da confronti cui non ci sottrarremmo certo, dovrò procedere attivando una **mediazione con possibile seguito in sede civile** per le gravi[-ssime] espressioni diffamatorie attribuite sia a me, sia al dissenso scientifico e alle posizioni critiche costruttive che la CMSi rappresenta, insieme ad altri medici, ricercatori e scienziati.

In assenza di pubblicazione entro i giorni e con le modalità previste dalla citata legge, ci troveremo nella necessità di agire nelle sedi opportune. Auspichiamo però che questa richiesta, che pensiamo risponda a un principio di giustizia, incontri la vostra condivisione.

Il 28 luglio la sentenza della **Cassazione a Sezioni unite n. 27515/2025** ha affermato il **principio**: «*Il delitto di epidemia colposa può essere integrato anche da una condotta omissiva*»



[Epidemia colposa omissiva: chiarimenti giuridici e scientifici alle critiche recenti \(parte 2\)](#)

Portata dirompente: supera l'assunto che la 'diffusione di germi patogeni' si potesse avere solo per spargimento doloso. Ora un soggetto contagiato potrebbe causare epidemia colposa, se:

- **non si attiene a quanto** stabilito da una **legge** (es. obblighi di quarantena, vaccinali, di indossare dispositivi...)
- ha una **posizione di garanzia** (non solo pubblico ufficiale, datore di lavoro, ma anche...)
- **può dar luogo a** un'incerta diffusione di contagio, in grado di provocare un'**epidemia** (definita in termini vaghi, con possibili abusi interpretativi) → **evento** in potenza *non raro*

La sentenza va oltre a quanto il legislatore per l'emergenza aveva osato in questi anni, e **getta le basi per un futuro possibile totalitarismo sanitario** da parte del potere politico, e di una distruzione di libertà e diritti tutelati dalla Costituzione. Due possibili strategie di contrasto →

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

Catherine M. Brown, DVM¹; Johanna Vostok, MPH¹; Hillary Johnson, MHS¹; Meagan Burns, MPH¹; Radhika Gharpure, DVM²; Samira Sami, DrPH²; Rebecca T. Sabo, MPH²; Noemi Hall, PhD²; Anne Foreman, PhD²; Petra L. Schubert, MPH¹; Glen R. Gallagher PhD¹; Timelia Fink¹; Lawrence C. Madoff, MD¹; Stacey B. Gabriel, PhD³; Bronwyn MacInnis, PhD³; Daniel J. Park, PhD³; Katherine J. Siddle, PhD³; Vaira Harik, MS⁴; Deirdre Arvidson, MSN⁴; Taylor Brock-Fisher, MSc⁵; Molly Dunn, DVM⁵; Amanda Kearns⁵; A. Scott Laney, PhD²

On July 30, 2021, this report was posted as an MMWR Early Release on the MMWR website (<https://www.cdc.gov/mmwr>).

Massachusetts, that attracted thousands of tourists from across the United States. Beginning July 10, the Massachusetts



CDC Director Inadvertently Destroys Argument for Vaccine Passports By Surprisingly Saying Vaccines Do Not 'Prevent Transmission' [VIDEO] - NewsRescue.com

«...what they can't do anymore is prevent transmission»

Solo pochi giorni prima, il 22 luglio 2021, Mario Draghi ha replicato così a Salvini secondo cui i vaccini non sono necessari per gli under 40:



Draghi replica a Salvini: "L'appello a non vaccinarsi è appello a morire"



La Repubblica

Abbonati

Iscriviti

226



Condividi



"L'appello a non vaccinarsi è un appello a morire, sostanzialmente. **Non ti vaccini, ti ammali e muori, oppure fai morire. Non ti vaccini, ti ammali, contagi, lui/lei muore. Questo è**".

A oltre 4 anni di distanza, non sono ancora pervenute le sue scuse agli italiani...

Effectiveness of mRNA vaccines and waning of protection against SARS-CoV-2 infection and severe covid-19 during predominant circulation of the delta variant in Italy: retrospective cohort study

BMJ 2022;376:e069052

febbraio!

con **Delta**

Massimo Fabiani,¹ Maria Puopolo,¹ Cristina Morciano,¹ Matteo Spuri,¹ Stefania Spila Alegiani,¹ Antonietta Filia,¹ Fortunato D'Ancona,¹ Martina Del Manso,¹ Flavia Riccardo,¹ Marco Tallon,¹ Valeria Proietti,² Chiara Sacco,¹ Marco Massari,¹ Roberto Da Cas,¹ Alberto Mateo-Urdiales,¹ Andrea Siddu,² Serena Battilomo,² Antonino Bella,¹ Anna Teresa Palamara,¹ Patrizia Popoli,¹ Silvio Brusaferro,¹ Giovanni Rezza,² Francesca Menniti Ippolito,¹ Patrizio Pezzotti,¹ on behalf

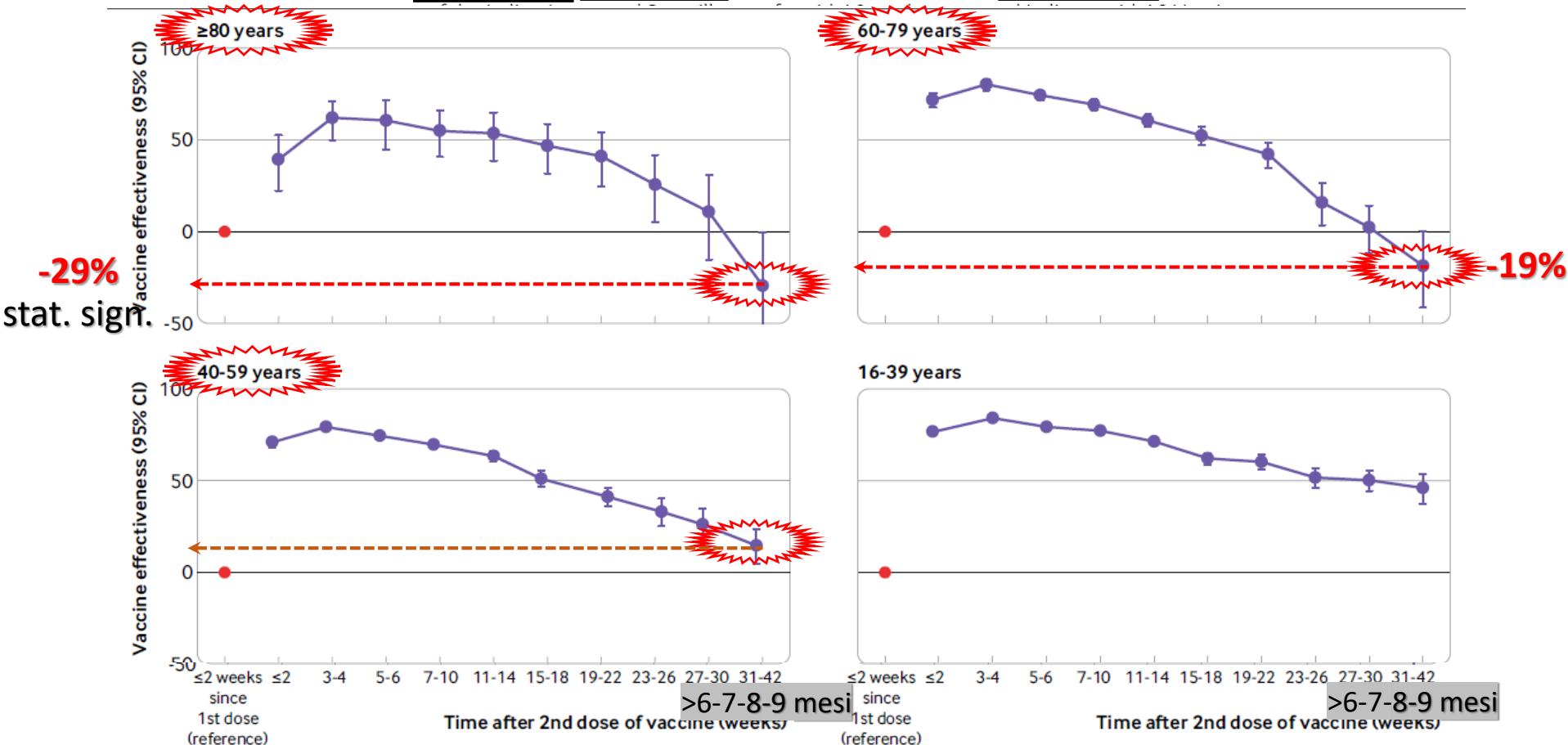


Fig 3 | Effectiveness of mRNA vaccines against SARS-CoV-2 infection during the delta phase by age group and priority risk category, Italy, 19 July to 7 November 2021. Vaccine effectiveness calculated as $(1 - \text{IRR}) \times 100$, where IRR=incidence rate ratio. *Including people with comorbidities, immunocompromised people, and residents of long term care facilities

Includere persone con comorbidità, residenti in case riposo e lungodegenti, immunocompromessi...

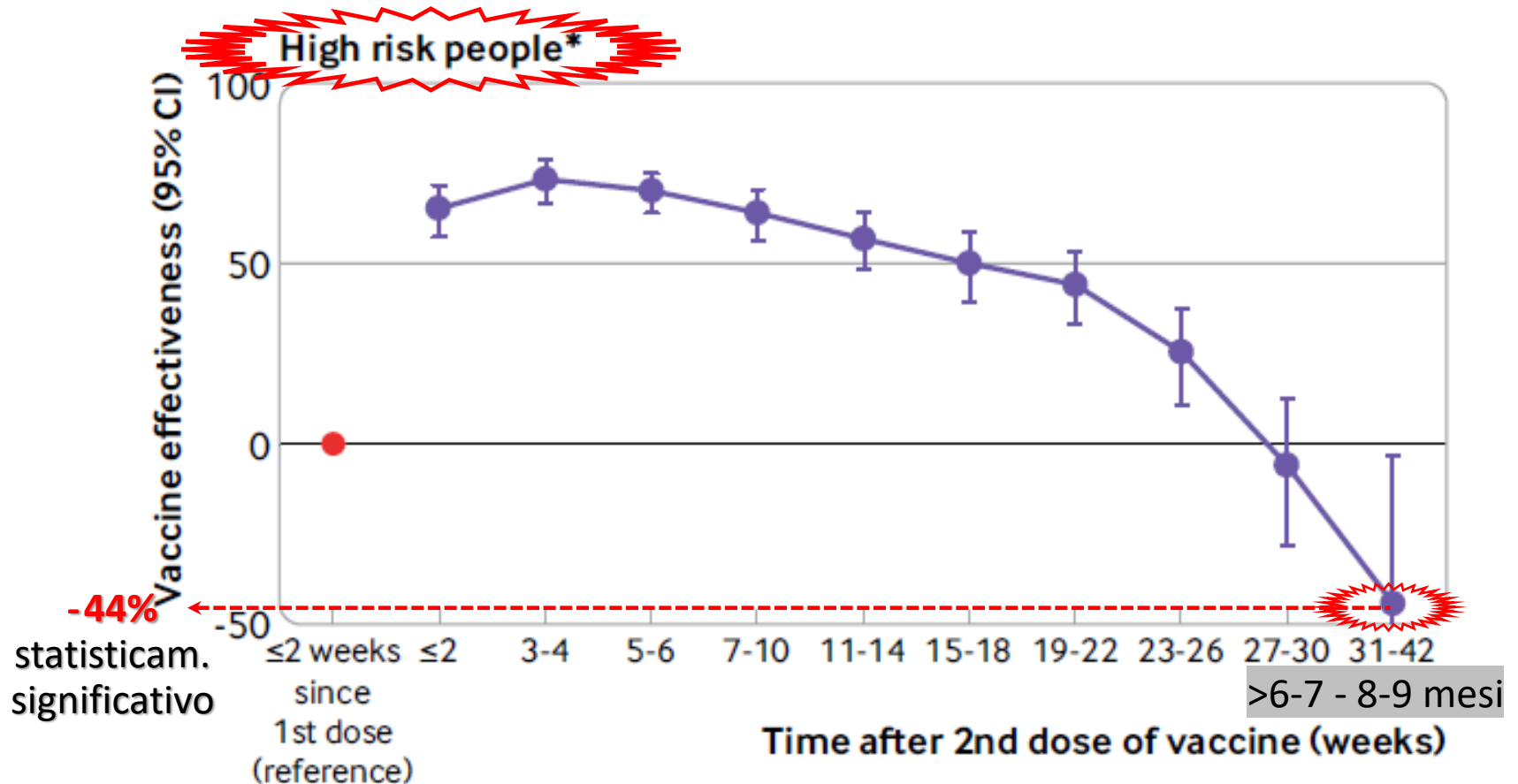


Fig 3 | Effectiveness of mRNA vaccines against SARS-CoV-2 infection during the delta phase by age group and priority risk category, Italy, 19 July to 7 November 2021. Vaccine effectiveness calculated as $(1 - \text{IRR}) \times 100$, where IRR=incidence rate ratio. *Including people with comorbidities, immunocompromised people, and residents of long term care facilities



Coorti appaiate di 304 mila persone ciascuna

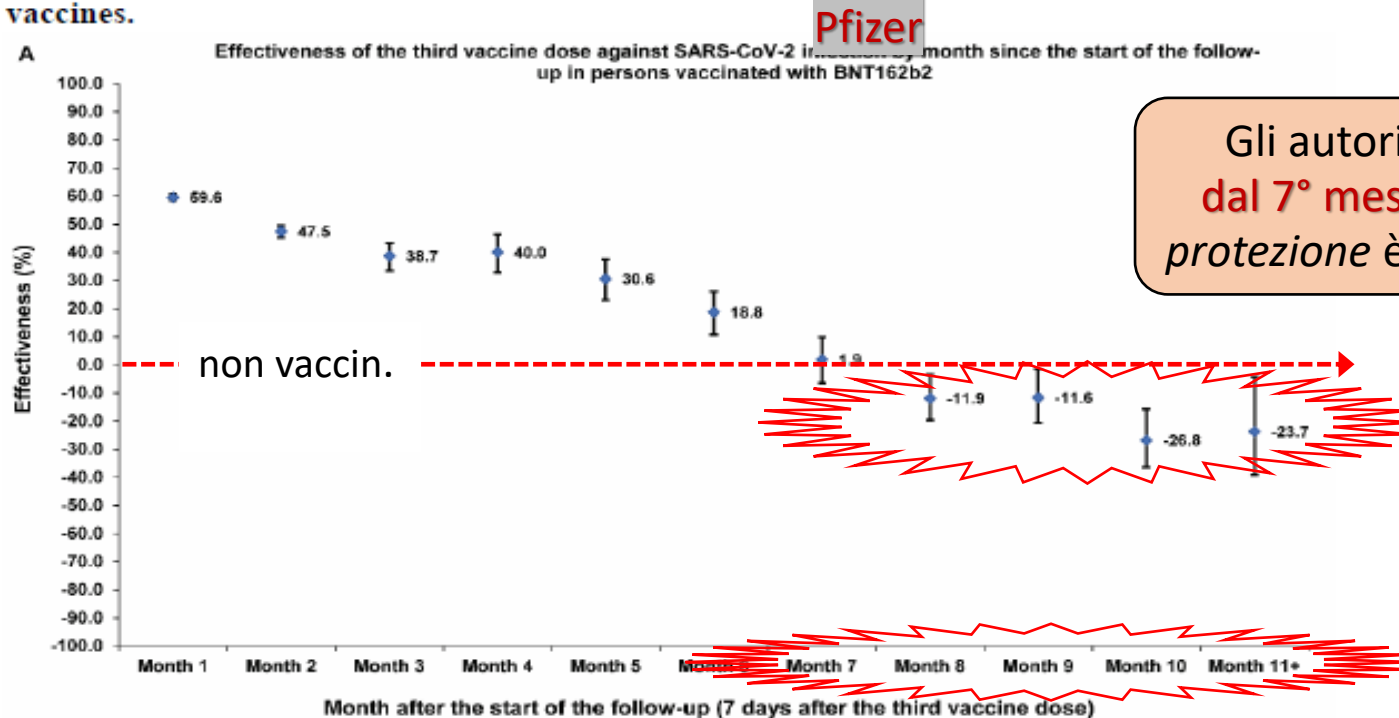
Long-term COVID-19 booster effectiveness by infection history and clinical vulnerability and immune imprinting

CC-BY-NC-ND 4.0

Lancet Infect Dis . 2023 Jul;23(7):816-27

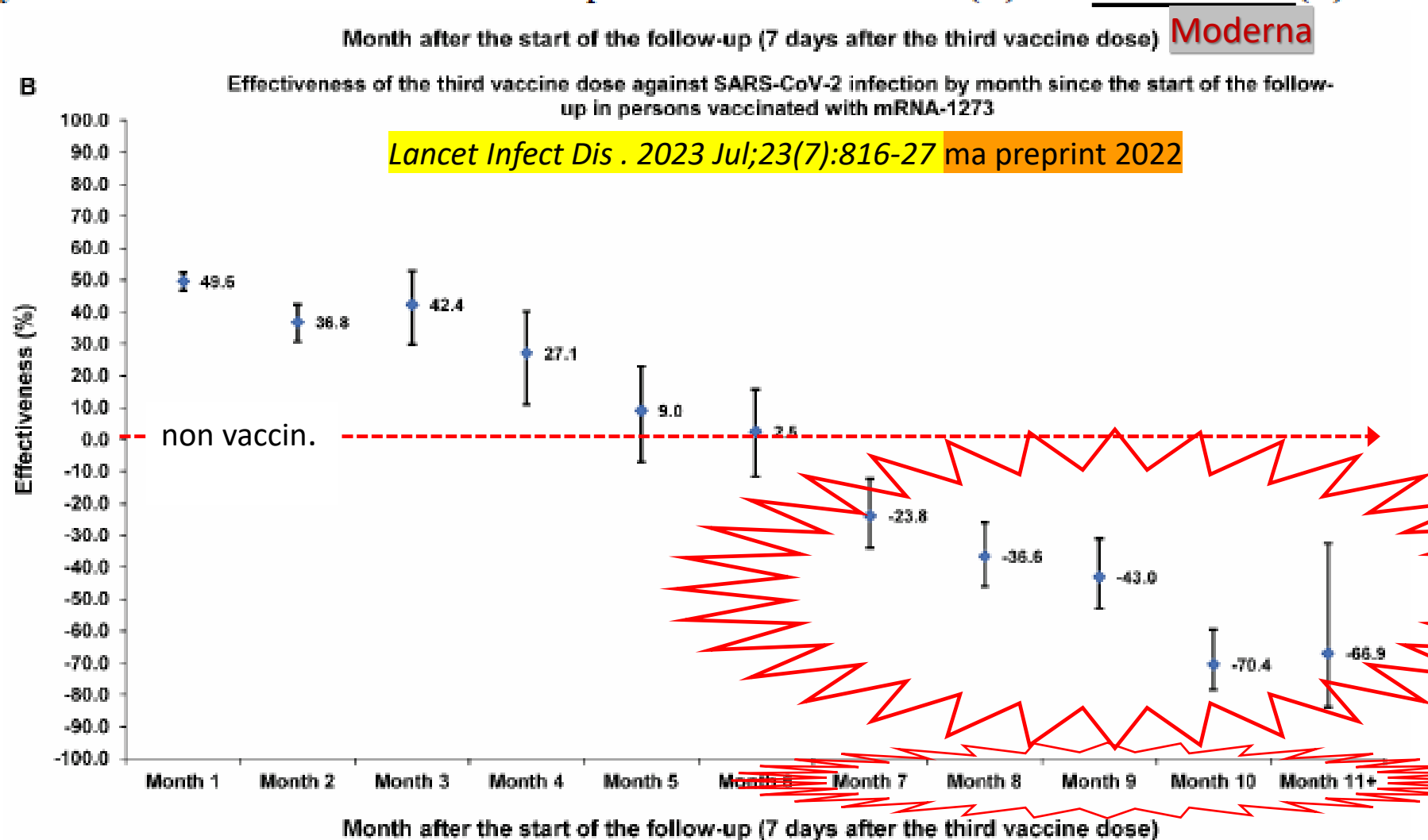
Hiam Chemaitelly, PhD^{1,2,3*}, Houssein H. Ayoub, PhD⁴, Patrick Tang, MD PhD⁵, Peter Coyle, MD^{6,7,8}, Hadi M. Yassine, PhD^{7,9}, Asmaa A. Al Thani, PhD^{7,9}, Hebah A. Al-Khatib, PhD^{7,9}, Mohammad R. Hasan, PhD⁵, Zaina Al-Kanaani, PhD⁶, Einas Al-Kuwari, MD⁶, Andrew Jeremijenko, MD⁶, Anvar Hassan Kaleeckal, MSc⁶, Ali Nizar Latif, MD⁶, Riyazuddin Mohammad Shaik, MSc⁶, Hanan F. Abdul-Rahim, PhD¹⁰, Gheyath K. Nasrallah, PhD^{7,9}, Mohamed Ghaith Al-Kuwari, MD¹¹, Adeel A. Butt, MBBS MS^{3,6,12}, Hamad Eid Al-Romaihi, MD¹³, Mohamed H. Al-Thani, MD¹³, Abdullatif Al-Khal, MD⁶, Roberto Bertollini, MD MPH¹³, Jeremy Samuel Faust, MD MSc¹⁴, and Laith J. Abu-Raddad, PhD^{1,2,3,10*}

Figure S3: Booster effectiveness relative to primary series against SARS-CoV-2 infection by month since the start of the follow-up for each of BNT162b2 (A) and mRNA-1273 (B) vaccines.



Gli autori riportano che dal 7° mese dal booster la protezione è sempre negativa

Figure S3: Booster effectiveness relative to primary series against SARS-CoV-2 infection by month since the start of the follow-up for each of BNT162b2 (A) and mRNA-1273 (B)



Stratified analyses were conducted up to 11 months due to insufficient numbers beyond that time interval.

Moderna: perdita di protezione da infezione anche peggiore, su base annua meno di zero...

La quarta dose risolverebbe?

RESEARCH

 OPEN ACCESS

 Check for updates

 **FAST TRACK**

Short term, relative effectiveness of four doses versus three doses of BNT162b2 vaccine in people aged 60 years and older in Israel: retrospective, test negative, case-control study

Sivan Gazit,^{1,2} Yaki Saciuk,¹ Galit Perez,² Asaf Peretz,¹ Virginia E Pitzer,³ Tal Patalon^{1,2}

the bmj | BMJ 2022;377:e071113 | doi: 10.1136/bmj-2022-071113

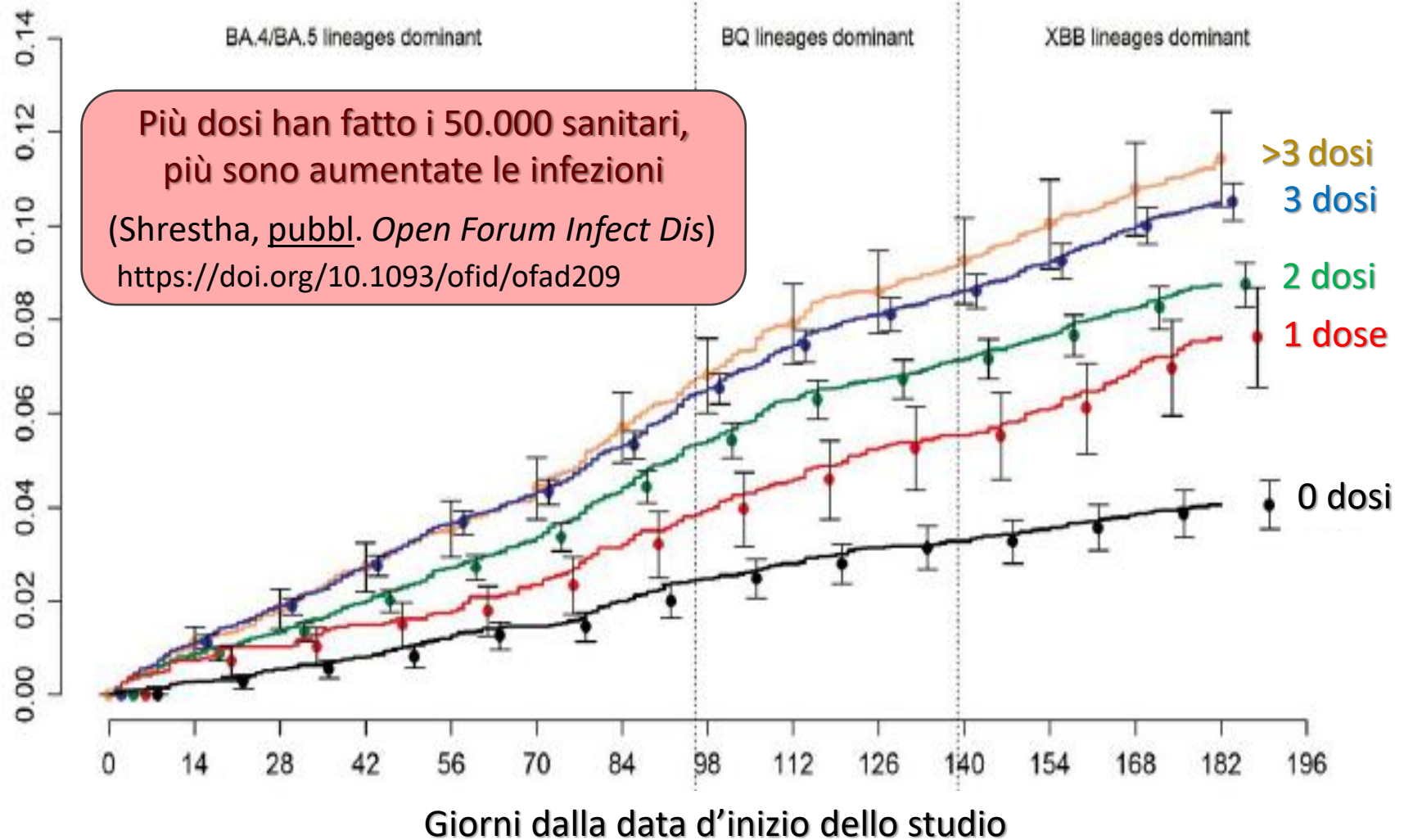
Su quasi 100.000 israeliani, «... a confronto con lo **svanire dimostrato in precedenza dell'efficacia relativa di 3 dosi a confronto di 2 dosi** nel mondo reale, che inizia circa tre mesi dopo l'inoculazione, **l'efficacia pratica della 4^a dose contro l'infezione svanisce più presto**, in 10 settimane, in modo **simile** al fatto che **la 3^a dose svanisce prima della 2^a dose** ^{23,11}»



²³ Chemaitelly H, et al. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.02.07.22270568v1>

¹¹ Patalon T, et al. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.02.25.22271494v1>

Incidenza cumulativa di COVID-19 (proporzioni)



Nos. at risk:

0 doses	5738	5653	5626	5593	5528	5505	5449	5406	5333	5260	5208	5156	5108	5007
1 dose	2350	2340	2333	2328	2334	2325	2322	2299	2268	2236	2214	2187	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

ORIGINAL ARTICLE

WILEY

Effectiveness of a fourth SARS-CoV-2 vaccine dose in previously infected individuals from Austria

Alena Chalupka¹ | Lukas Richter^{1,2} | Ali Chakeri^{1,3} | Ziad El-Khatib¹ |
Verena Theiler-Schwetz⁴ | Christian Trummer⁴ | Robert Krause⁵ |
Peter Willeit^{6,7,8}  | Bernhard Benka¹ | John P. A. Ioannidis⁹  | Stefan Pilz⁴ 



¹Institute for Surveillance & Infectious Disease Epidemiology, Austrian Agency for Health and Food Safety (AGES), Vienna, Austria

La VE di una 4^a dose di vaccino COVID è incerta nei soggetti con previa infezione da SARS-CoV-2. Questo studio osservazionale retrospettivo l'ha calcolata su quasi 4 milioni di austriaci con previa infezione, VE con 4 dosi vs con 3 dosi, ecc.

Discussion: In previously infected individuals, a fourth vaccination was not associated with COVID-19 death risk, but with transiently reduced risk of SARS-CoV-2 infections and reversal of this effect in longer follow-up. All-cause mortality data suggest healthy vaccinee bias.

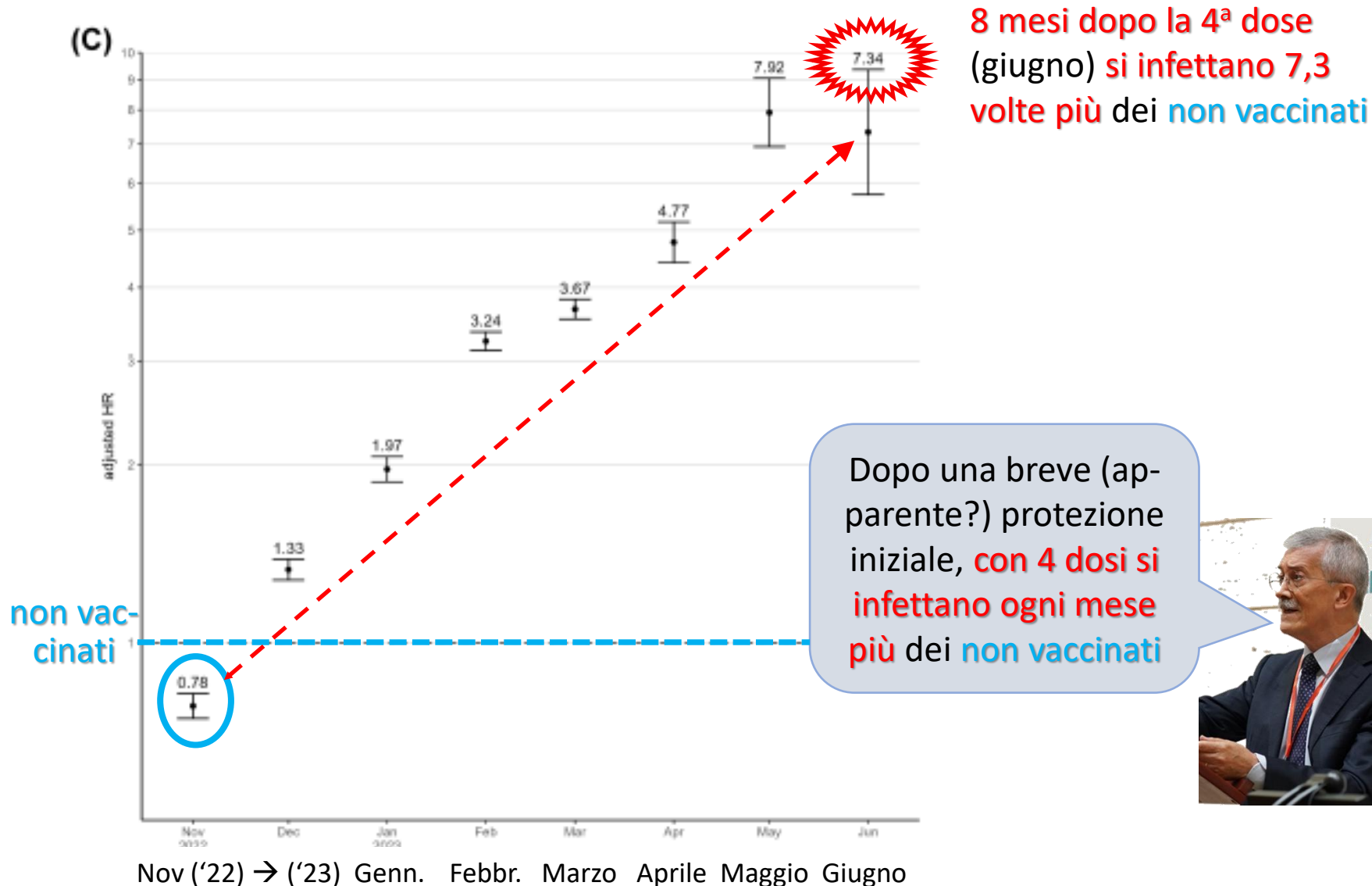
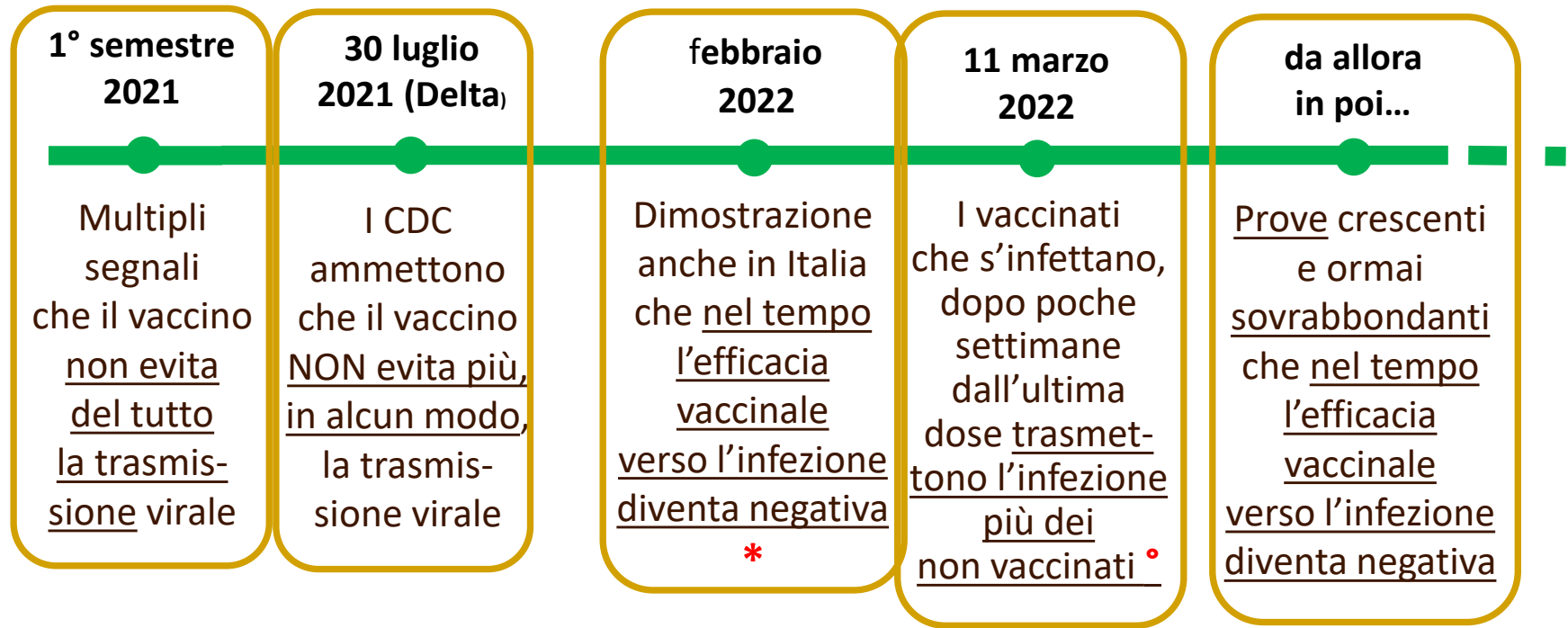


FIGURE 1 Age and gender adjusted hazard ratios (95% confidence intervals) of four versus less vaccine doses against SARS-CoV-2 infections shown for each month from November 2022 to June 2023. (A) Age and gender adjusted hazard ratios of four versus three vaccine doses. (B) Age and gender adjusted hazard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

L'infografica che segue riassume la cronologia fondamentale:



* 'Efficacia negativa' significa che **dopo pochi mesi dall'ultimo inoculo i vaccinati si infettano più dei non vaccinati**

° per le prove relative si rimanda al Comunicato CMSi n. 15, inviato a tutti i Parlamentari:
[CS 15 del 1 Gen 2025: Motivazioni scientifiche per aver tolto le multe ai non vaccinati. | CMSi](#)

Politici e responsabili della sanità pubblica che dubitassero degli argomenti esposti **dimostrino la buona fede accettando un confronto scientifico equo,** affiancati dagli esperti che vorranno

ANSA.it • Politica • **Mattarella, vaccinarsi un dovere civico e morale. Sottrarsi mette a rischio vite**

~~Mattarella, vaccinarsi un dovere civico e morale. Sottrarsi mette a rischio vite~~

~~Non si invoca la libertà per sottrarsi all'immunizzazione~~

Redazione ANSA

ROMA

06 settembre 2021

13:30

NEWS

Suggerisci

Facebook

Twitter

Altri

A+ A A-

Stampa



Care concittadine e cari concittadini italiani
prendo finalmente atto delle nuove prove
e... **mi scuso infinitamente con tutti!**

(chiedo un'inchiesta su chi non ha avvisato!)

Redazione ANSA

ROMA

06 settembre 2021

13:30

NEWS

Suggerisci

Facebook

Twitter

Altri

A+ A A-

Stampa





Questa volta e solo
questa volta è la verità:
c'è un nuovo vaccino che
impedisce l'infezione!

Finora ce ne hanno
raccontate troppe
e fatte troppe...
Solo se a confermarlo
sarà **Lui** ci
potremmo fidare...





Tedros (Oms): “La prossima pandemia può scoppiare ovunque e in qualsiasi momento. Serve preparazione globale”

***“La domanda non è **se** emergerà il patogeno X ma se saremo pronti **quando** accadrà”** ha detto in occasione della conferenza Mastering*

Immunity 2025 a Singapore: per questo Tedros invita a rafforzare la preparazione globale attraverso ricerca collaborativa e accesso equo alle contromisure mediche 09 SET -

“La prossima pandemia potrebbe scoppiare in qualsiasi luogo e in qualsiasi momento. Potrebbe essere causata da un virus che conosciamo bene o per qualcosa di completamente nuovo, quello che gli scienziati chiamano patogeno X. E la domanda non è se emergerà il patogeno X, ma se saremo pronti quando accadrà”.

All’assemblea mondiale di quest’anno le nazioni del mondo hanno adottato l’Accordo Oms sulle pandemie, storico strumento di diritto internazionale per rendere il mondo più sicuro **L’accordo include impegni vincolanti** per costruire, rafforzare e sostenere capacità di ricerca e sviluppo geograficamente diversificate e **per migliorare l’accesso equo ai vaccini** e ad altre contromisure mediche”.

In tutto il mondo, ha aggiunto il Dg, “l’Oms sta lavorando per promuovere consorzi di ricerca aperta e collaborativa che riuniscano scienziati, ricercatori, sviluppatori, finanziatori e regolatori per **far progredire la ricerca sulle famiglie di patogeni**”.

Fra le iniziative avviate ha ricordato quella lanciata nel 2022: “Il **programma per la tecnologia mRNA in Sud Africa, che ora - ha concluso - condivide questa tecnologia con una rete di 15 Paesi partner**”.



Von der Leyen prevede il futuro

*Siamo sull'orlo, se non addirittura **all'inizio, di un'altra crisi sanitaria globale.** E come medico di formazione sono sconvolta dalla **disinformazione**, che **minaccia i progressi globali su tutto, dal morbillo alla poliomielite.** (Applausi). È per questo che oggi posso annunciare che l'Unione Europea guiderà una nuova iniziativa per la resilienza della salute globale.*

Azelastine Nasal Spray for Prevention of SARS-CoV-2 Infections A Phase 2 Randomized Clinical Trial

Thorsten Lehr, PhD; Peter Meiser, PhD; Dominik Selzer, PhD; Torben Rixecker, MD; Frank Holzer; Ralph Mösges, MD; Sigrun Smola, MD; Robert Bals, MD, PhD; for the CONTAIN Study Group

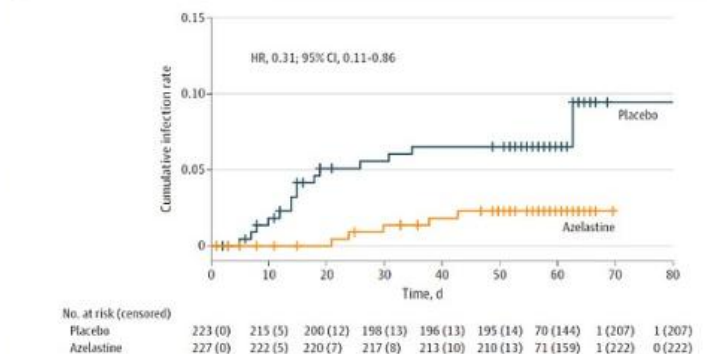
JAMA Intern Med. doi:10.1001/jamainternmed.2025.4283
Published online September 2, 2025.

Table 2. Primary and Secondary Outcomes of Azelastine Therapy for Preexposure Prophylaxis

Outcome	No. (%)		Difference/effect estimate (95% CI) ^a
	Azelastine (n = 227)	Placebo (n = 223)	
Primary end point			
SARS-CoV-2 infections ^b	5 (2.2)	15 (6.7)	OR, 0.31 (0.11-0.87)
Secondary end points: SARS-CoV-2			
Symptomatic SARS-CoV-2 infections	4 (1.8)	14 (6.3)	RD, -4.5 (-8.1 to -0.9)
Time to SARS-CoV-2 infection among infected participants, mean (SD), d	31.20 (9.26)	19.47 (14.77)	MD, 11.73 (9.45 to 14.01)
Duration of RAT positivity, mean (SD), d	3.40 (1.34)	5.14 (2.98)	MD, -1.74 (-2.17 to -1.31)
Secondary end points: overall infections			
Laboratory-confirmed infections, No.	21	49	NA
Participants with ≥1 laboratory-confirmed infection	19 (8.4)	42 (18.8)	NA
Self-reported days of illness, mean (SD)/median (IQR)	1.73 (3.88)/0 (2)	2.75 (4.64)/0 (4)	NA

CONCLUSIONS AND RELEVANCE In this single-center trial, azelastine nasal spray was associated with reduced risk of SARS-CoV-2 respiratory infections. These findings support the potential of azelastine as a safe prophylactic approach warranting confirmation in larger, multicentric trials.

Figure 2. Cumulative Incidence of Polymerase Chain Reaction–Confirmed Infection With SARS-CoV-2 Over Time



L'azelastina, spray nasale antistaminico usato da decenni per la rinite allergica, ha dimostrato in vitro attività antivirale contro virus respiratori e SARS-CoV-2.

RCT in doppio cieco: spray nasale con **azelastina 2 volte al dì**, follow-up 52 gg, ha **ridotto le infezioni respiratorie da SARS-CoV-2**, profilassi sicura. **Ma c'è di meglio!**



OPEN ACCESS

EDITED BY

Longxiang Su,
Peking Union Medical College Hospital
(CAMS), China

REVIEWED BY

Senthil Kumaran Satyanarayanan,
Hong Kong Institute of Innovation and
Technology, Hong Kong SAR, China
Sanjeev Rastogi,
University of Lucknow, India

Saline nasal irrigation and gargling in COVID-19: Part II. Outcomes in Omicron and risk– benefit for self-care

S. Huijghebaert^{1*†}, C. Fabbri^{2,3}, A. L. Baxter⁴, S. Parviz⁵,
U. S. Chatterjee⁶ and D. Rabago^{7†}

¹Pharmaceutical Science, Non-Profit Research, Antwerp, Belgium, ²ENT Unit, Department of Surgery, Ospedali Riuniti Padova Sud, Padova, Italy, ³Department of Medicine DIMED, Padova University,

Rassegna sistematica di studi preclinici e clinici su esiti su Omicron di soluzioni saline. 14 studi (di cui 1 prova sperimentale di fattibilità, 8 RCT, 2 quasi sperimentali non randomizzati, 3 osservazionali).

In linea con i risultati di precedenti revisioni, l'inizio precoce di irrigazioni saline nasali (SNI)/gargarismi aiuta i pz COVID-19 lieve a sentirsi meglio, in modo indipendente dalla variante.

Se si forniscono materiali per l'irrigazione, le SNI si possono ragionevolmente **raccomandare come automedicazione precoce per COVID-19** e **per il comune raffreddore**.



Benefici:

- l'irrigazione nasale con soluzione salina isotonica e ipertonica (SNI) ha **ridotto la carica virale** e **ridotto la durata della diffusione virale** in adulti e bambini con infezione da Omicron, **se la SNI si è iniziata precocemente**.

L'effetto era **indipendente dallo stato vaccinale**.

La durata della diffusione virale ha superato la durata dei sintomi.

- Le SNI isotoniche (9 g sale x litro d'acqua) **alleviano i sintomi respiratori** e **aiutano a riprendere le attività quotidiane**. In combinazione con i gargarismi, hanno **prevenuto disturbi dell'olfatto e del gusto, se iniziate prima** della loro insorgenza.

Un **miglioramento dei sintomi** è stato osservato anche negli studi pre-Omicron e **nelle infezioni respiratorie del tratto superiore**.

- Le SNI **possono ridurre l'uso di farmaci**.
- Oltre all'effetto principale di **risciacquo** (diluizione e **rimozione del virus**), i gargarismi x 1 minuto con soluzione isotonica si possono raccomandare per **ridurre l'infettività della saliva**, mentre **l'SNI ripetuto può contribuire a migliorare l'efficacia neutralizzante contro Omicron** nelle secrezioni nasali.
- SNI e gargarismi salini sono risultati **sicuri**. Non si sono osservati effetti avversi, e **solo limitati effetti collaterali**, a **risoluzione spontanea**. Nessun aggravamento.



- Negli studi sui marcatori immunitari/infiammatori, non si sono osservati effetti avversi; anzi, **se la SNI si iniziava precocemente**, si osservava una **riduzione della diffusione virale**, accompagnata da un **aumento dei linfociti** e da una **riduzione di PCR e IL-6**.
- La SNI **isotonica** è stata **ben tollerata**. L'SNI **ipertonica** causa occasionalmente **prurito nasale**, dolore o **irritazione autolimitanti**. L'aggiunta di antivirali (**molnupiravir**) o antisettici (clorexidina) si è stata associata a maggiori effetti avversi.
- Non si sono osservati rischi per l'automedicazione.
- **Conclusione:** l'SNI + gargarismi si può raccomandare in modo sicuro come pratica igienica quotidiana in caso di COVID-19, anche da Omicron. I risultati clinici sono migliori se iniziata presto.
- Un approccio pragmatico all'automedicazione **in caso di COVID-19** può includere **SNI + gargarismi ai primi sintomi** delle vie respiratorie superiori, in modo simile a quanto si raccomanda (*si dovrebbe raccomandare!*) **in caso di comune raffreddore e altre patologie delle vie respiratorie superiori**.





'pubblicità ingannevole':
prodotto e/o
servizio pub-
blicizzato
attraverso
informazioni
false o
fuorvianti

PrezzoScontato

~~Effergalgin Febbre E Congestione Nasale 500Mg - 60Mg 10 Bustine~~

Sponsorizzato

 Notizie principali

S La Stampa · 11o
Affiliazione a un'organizzazione
criminale, la maggioranza dei giudici...

 Ansa · 14o

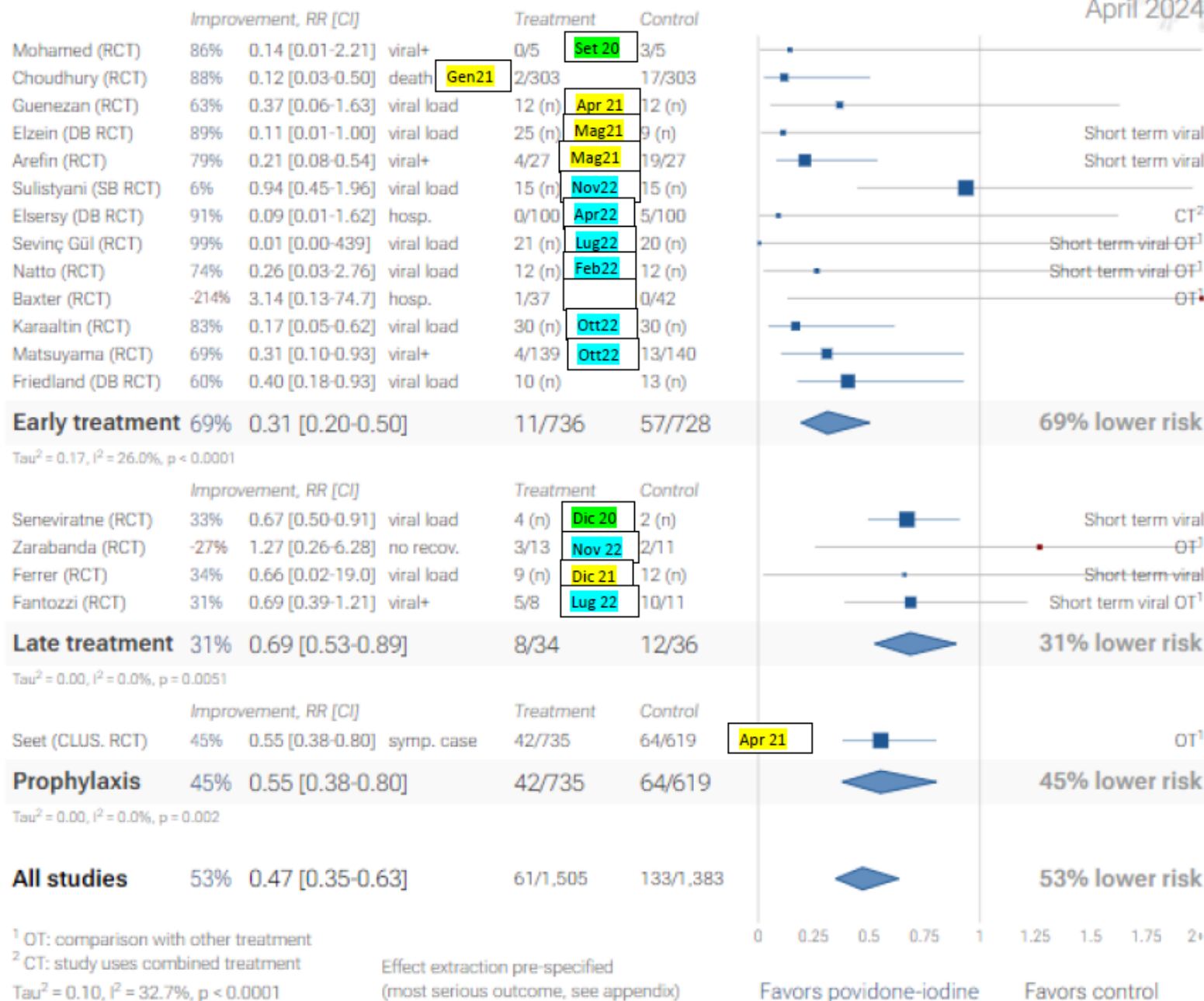
e pubblicità connessa...



18 povidone-iodine COVID-19 Randomized Controlled Trials

c19early.org

April 2024



RCT (cioè le **ricerche più valide**) indicizzati in PubMed negli anni (legenda colore):

2020

2021

2022

No colore in anni successivi.

Anni in cui le Circolari MinSal erano ferme a **paracetamolo** o **FANS**

2 povidone-iodine COVID-19 mortality results

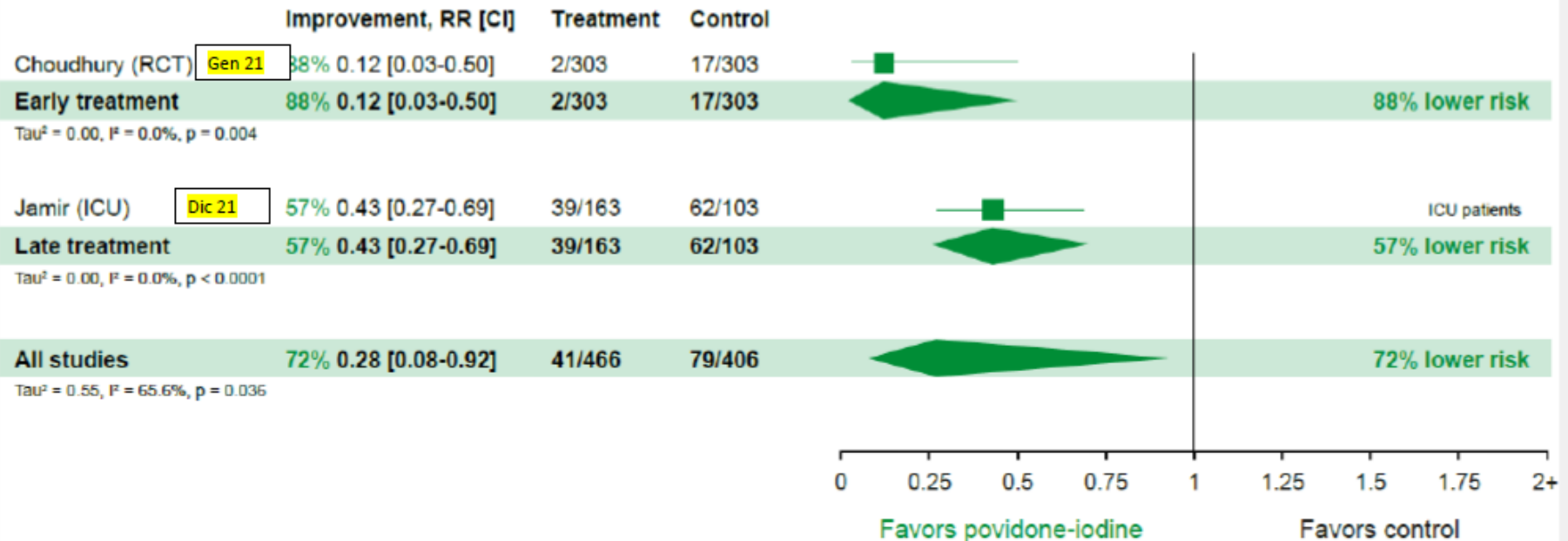


Figure 7 - Random effects meta-analysis for RCTs with mortality results about povidone-iodine in COVID-19 [100-101].

Se ci si limita ai RCT in cui si è valutata la **mortalità**, la **riduzione media con iodopovidone è stata del 72%**. Quante vite si sarebbero salvate (e risorse risparmiate per usi più produttivi in salute...) se il MinSal avesse avuto un sistema di monitoraggio continuo della letteratura scientifica mondiale (anziché lasciarsi imbeccare da Big Pharma)?

Ancora oggi **gran parte dell'“area del dissenso” ripete** del tutto acriticamente e **senza valide prove** che, invece del paracetamolo (‘non *abbastanza* antinfiammatorio’), si sarebbero dovuti usare i **FANS a piene dosi** e **subito**, senza neppure attendere l’esito dei test...!

Ma si sarebbe dovuto sapere che: Effects of NSAIDs on mortality of infected animals



d/N: number of animals died/total number

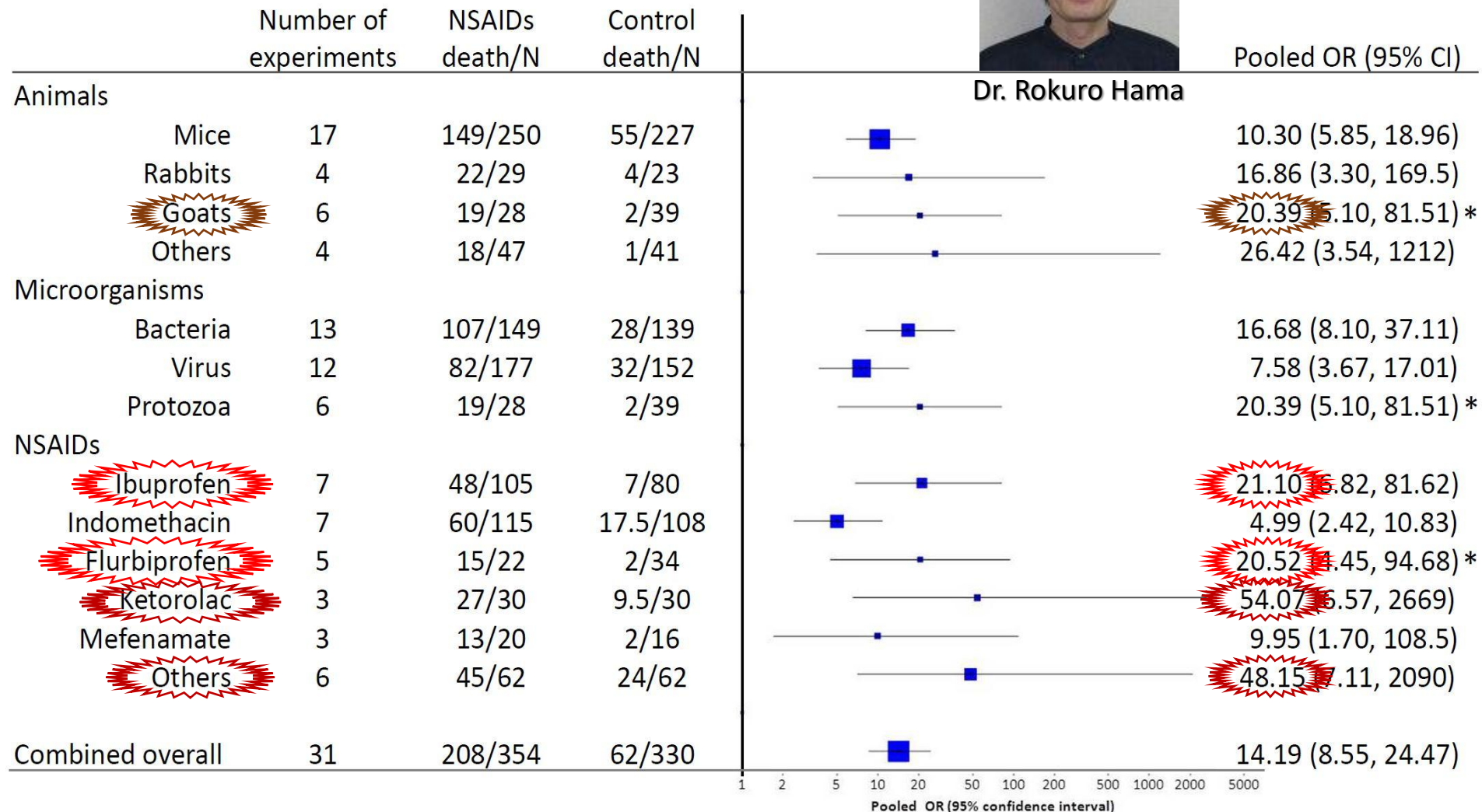
CLP: coecal ligation and puncture

Combined OR by fixed effects, conditional maximum likelihood =14.19, 95%CI: 8.55, 24.47, p<0.0001, I₂=0%

Figure 2: Any NSAIDs increase mortality of any animals infected with any microorganisms



Dr. Rokuro Hama



BMJ Open NSAID prescribing and adverse outcomes in common infections: population-based cohort study



Beth Stuart ,^{1,2} Roderick Venekamp ,³ Hilda Hounkpatin ,² Sam Wilding,⁴ Michael Moore ,² Paul Little ,² Martin C Gulliford ⁵

Un ampio studio di coorte, sulla popolazione dell'UK Clinical Practice Res. Datalink GOLD, ha seguito per un anno (1° aprile 2018 - 31 marzo 2019) 143.000 pazienti con infezioni respiratorie (RTI, più frequenti) o del tratto urinario (UTI), in 87 studi di medicina generale.

Ha trovato **aumento di ricoveri ospedalieri o decessi** per **prescrizioni acute di FANS (RR 2,73, IC 95% 2,10-3,56)** e **prescrizioni ripetute di FANS (6,47, 4,46-9,39)** nei pazienti con RTI.

E aumento di ricoveri o decessi per **prescrizioni acute di FANS per UTI (RR 3,03; 1,92-4,76)**.

Tenendo conto delle caratteristiche della popolazione, per **ogni punto % di aumento della prescrizione di FANS, le % di ricoveri ospedalieri/decessi** entro 30 giorni sono **aumentate di 0,32 punti %** (da 0,16 a 0,47).

Lo studio, osservazionale di coorte, è soggetto a possibili fattori confondenti e precede l'era COVID-19, ma dovrebbe consigliare **estrema cautela nell'uso di FANS in comuni infezioni respiratorie** (anche da SARS-CoV-2), con plausibile eccezione per uso precoce di **indometacina**.

Table 2 Unadjusted and adjusted rate ratios for the association of adverse outcome, repeat consultation and hospital admission/death within 30 days with NSAID prescribing exposure

	Repeat consultation within 30 days		Hospital admission or death within 30 days	
	Unadjusted rate ratio (95% CI)	Adjusted rate ratio* (95% CI)	Unadjusted rate ratio (95% CI)	Adjusted rate ratio* (95% CI)
RTI only				
No NSAID	REF	REF	REF	REF
Acute NSAID	1.03 (0.92 to 1.16)	0.99 (0.80 to 1.22)	1.38 (1.12 to 1.71)	2.73 (2.10 to 3.56)
Repeated NSAID	1.40 (0.94 to 2.09)	1.61 (1.09 to 2.41)	8.56 (5.98 to 12.27)	6.47 (4.46 to 9.39)
UTI only				
No NSAID	REF		REF	REF
Acute NSAID	0.95 (0.36 to 2.53)	1.12 (0.42 to 3.00)	2.26 (1.92 to 2.69)	3.03 (1.92 to 4.76)
Repeated NSAID	NA	NA	NA	NA

Table 3 Unadjusted and adjusted rate ratios for the association of repeat consultation and hospital admission/death within 30 days with NSAID and antibiotic prescribing exposure for RTI patients

	Repeat consultation within 30 days		Hospital admission or death within 30 days	
	Unadjusted rate ratio (95% CI)	Adjusted rate ratio* (95% CI)	Unadjusted rate ratio (95% CI)	Adjusted rate ratio* (95% CI)
RTI only				
No prescription	REF	REF	REF	REF
NSAID only	1.15 (0.99 to 1.34)	1.04 (0.81 to 1.33)	2.07 (1.64 to 2.61)	3.19 (2.42 to 4.23)
Antibiotic only	0.91 (0.90 to 0.93)	1.03 (1.01 to 1.06)	0.77 (0.74 to 0.80)	0.89 (0.95 to 0.93)
NSAID+antibiotic	1.17 (0.98 to 1.40)	1.21 (0.91 to 1.62)	1.80 (1.34 to 2.41)	3.63 (2.59 to 5.09)

*Adjusted for age, sex, individual level Index of Multiple Deprivation, ethnicity, influenza vaccination status, Elixhauser index.
NSAID, non-steroidal anti-inflammatory drug; RTI, respiratory tract infection; UTI, urinary tract infection.

L'**evidence based medicine** (**EB**) propone di integrare:

- le **migliori prove scientifiche** (da revisioni sistematiche delle ricerche più valide)
- con l'**esperienza clinica individuale** del medico
- e con il **contesto**, e con **caratteristiche individuali** e **preferenze dell'assistito**.

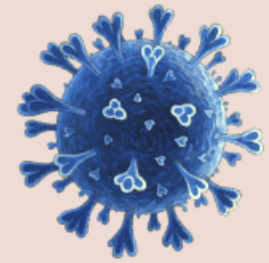


L' **evidence based medicine** (**EB**) propone di integrare:

- le **migliori prove scientifiche** (da revisioni sistematiche delle ricerche più valide)
- con l' **esperienza clinica individuale** del medico
- e con il **contesto**, e con **caratteristiche individuali** e **preferenze dell'assistito**.



COVID-19 involves the interplay of over 100 viral and host proteins and factors, providing many therapeutic targets. c19early analyzes over 5,900 studies for 173 treatments—over 17 million hours of research. US authorities believe only three high-profit early treatments reduce risk (remdesivir, paxlovid, molnupiravir). In reality, many treatments reduce risk, and 25 low-cost treatments have been approved across 163 countries. 0.6% of 9,000+ proposed treatments show reduced risk.



Naso/oropharyngeal treatment 2

Direct treatment to the primary source of initial infection reduces progression and transmission.

Healthy lifestyles 1

Exercise, sunlight, a healthy diet, and good sleep all reduce risk.

Immune support

Vitamins A, C, D, and zinc show reduced risk, as with other viruses.

Thermotherapy 3

Methods for increasing internal body temperature, comparable to natural fever, enhancing immune system function.

Systemic agents 4

Many systemic agents reduce risk, and may be required when infection progresses beyond the upper respiratory tract.

High-profit systemic agents ((5))

High-profit systemic agents are also effective, but have greater access and cost barriers.

Monoclonal antibodies ((6))

Highly effective for matching variants but rarely used, with high cost, variant dependence, and IV/SC administration.

~~Acetaminophen~~

~~Acetaminophen increases the risk of severe outcomes and mortality.~~

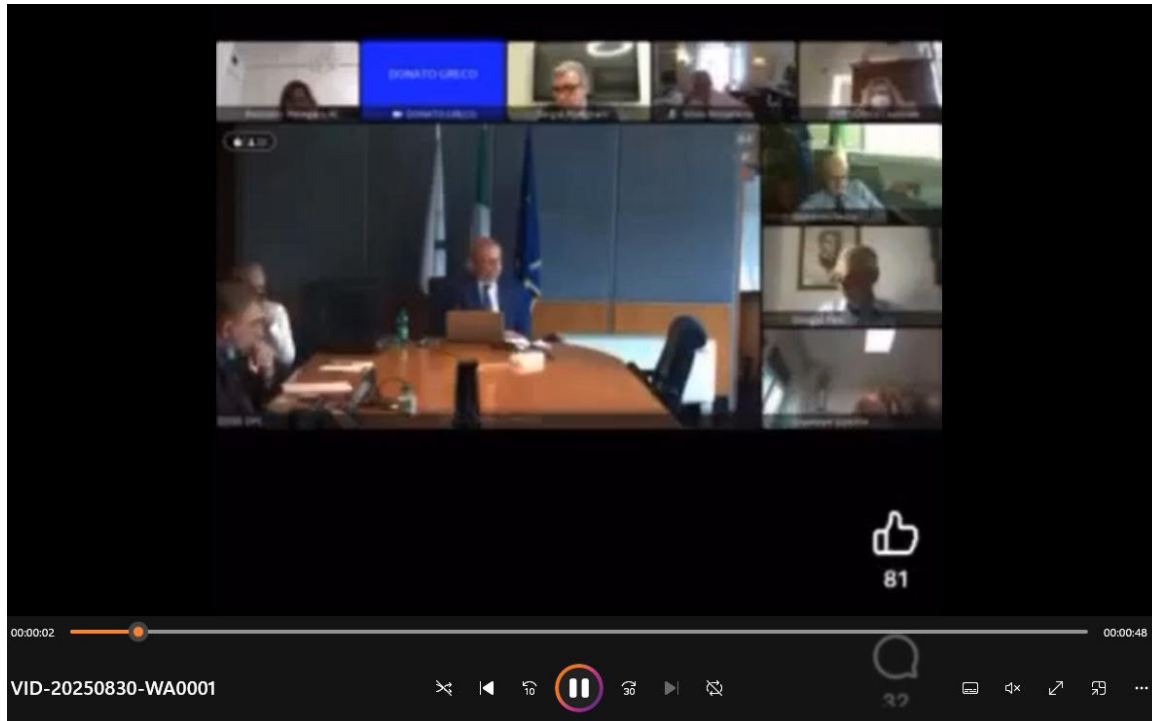
e non

~~Maschere nei sintomatici~~
(salvo in brevi interazioni
con chi presta assistenza)

~~Remdesivir~~

~~Studies show increased mortality with longer followup.~~

<https://www.facebook.com/laura.batoni.7/videos/dr-locatelli-presidente-cts-ci%C3%B2-che-dico-non-sia-messo-a-verbale-nelle-riunioni-/2324828861248531/>



Trascrizione registrazione audio/video Dr. Locatelli (CTS 7/6/21):
su *Open days*...

... Dico anch'io una cosa adesso:

Io rimango fermamente convinto delle evidenze che non supportano una decisione come questa.

*Ma siccome mi hanno insegnato che le Istituzioni si servono e non ci si serve delle Istituzioni per evitare lacerazioni **do una mia approvazione non convinta, che non resta verbale**, rimane a verbale l'approvazione. Tra di noi dico che non sono affatto convinto e che non abbiamo valorizzato l'evidenza scientifica.*

*Ma per me **va bene proprio per servire le Istituzioni.***

RESEARCH ARTICLE



Quantification of residual plasmid DNA and SV40 promoter-enhancer sequences in Pfizer/BioNTech and Moderna modRNA COVID-19 vaccines from Ontario, Canada

David J. Speicher^a , Jessica Rose^b  and Kevin McKernan^c 

^aDepartment of Pathobiology, University of Guelph, Guelph, ON, Canada; ^bIndependent Researcher, Ontario, Canada;

^cMedicinal Genomics, Beverly, MA, USA



Speicher et al. hanno scoperto che, con la fluorometria, "il **DNA totale in tutte le fiale testate superava il limite normativo per il DNA residuo** stabilito dalla FDA USA e dall'OMS di **36-153 volte per Pfizer** e di **112-627 volte per Moderna**, dopo aver tenuto conto del legame non specifico al modRNA", e che "l'**SV40 promoter-enhancer-ori**" è stato rilevato **in Pfizer**.

Gli autori osservano che "il dosaggio cumulativo presenta rischi significativi e non quantificati per la salute umana". [Fonte](#). Più dosi significano più sorprese! In che misura? Non lo sappiamo ancora.

E **l'SV40 è associato al cancro**. Un altro collegamento tra le vaccinazioni e il cancro, che potrebbe aiutare a spiegare perché i tumori giovanili stanno aumentando in modo allarmante.

Original article:

**COVID-19 VACCINATION, ALL-CAUSE MORTALITY,
AND HOSPITALIZATION FOR CANCER:
30-MONTH COHORT STUDY IN AN ITALIAN PROVINCE**



Cecilia Acuti Martellucci^{1.#} , Angelo Capodici^{1.#} , Graziella Soldato² , Matteo Fiore¹ ,
Enrico Zauli³ , Roberto Carota² , Marco De Benedictis² , Graziano Di Marco² ,
Rossano Di Luzio² , Maria Elena Flacco⁴ , Lamberto Manzoli^{1.*} 

¹ Department of Medical and Surgical Sciences, University of Bologna, 40100 Bologna, Italy; c.acutimartellucci@unibo.it (C.A.M.); angelo.capodici@studio.unibo.it (A.C.); matteo.fiore7@studio.unibo.it (M.F.); lamberto.manzoli2@unibo.it (L.M.)

La popolazione della provincia di Pescara (**296.000 residenti** >10 anni) è stata seguita da giugno 2021 (6 mesi dopo la 1a dose) a dicembre 2023, **coorte di 30 mesi**. Il **16,6% non erano vaccinati**, il 62,2% ha ricevuto ≥ 3 dosi.

Secondo gli autori, i vaccinati avrebbero avuto una probabilità significativamente minore di mortalità totale, e una **probabilità leggermente maggiore di ricoveri per cancro**, significativa solo tra i soggetti senza previa infezione da SARS-CoV-2.

Ammettono di non aver potuto quantificare l'impatto del **bias da vaccinato (più sano)** e di altri fattori di confondimento non misurati.

Anche questo nuovo studio ha considerato impropriamente ‘non vaccinati’ solo chi non ha mai ricevuto dosi, mentre anche i vaccinati con 1 dose prima di riceverla erano ‘non vaccinati’.

Non avendo i dati individuali, possiamo stimare solo in modo approssimativo i corretti tempi-persona dei non vaccinati, in base ai tempi medi di follow-up pubblicati nello studio (inoltre non possiamo ancora correggere per i fattori di confondimento già noti agli autori).



Prof. Gianni Malatesta

Table 1	≥1 Dose (after vaccination)	Never vaccinated	<i>Vaccinated</i> (before vaccination)	Unvaccinated (total)
Number	296.015	49.265	296.015	
Average Follow-Up (months)	23,9	29,3	5,4	
Total person-months	7.074.759	1.443.465	1.598.481	3.041.946
Total number of deaths	4.757	1.755	0	1.755
Death rate/1000 person-months	0.67	1,21	0	 0.58

Anche la sola correzione del descritto Immortal Time Bias (ITB) sui dati grezzi ha ribaltato il risultato (implausibile) sulla mortalità totale.

Le cose andrebbero peggio per i vaccinati se si correggesse anche per altri errori sistematici (bias): quelli del vaccinato (più) sano (ammesso dagli stessi Autori), della finestra di conteggio dei casi (Cheap Trick), dell'effetto mietitura...

Table 3: Adjusted hazards ratios (95% confidence interval – CI) ^A of all-cause death, all cancers, and selected cancers. The unvaccinated group is the reference category for all analyses.

Se si corregge
anche solo ITB
si inverte!!



	≥1 Dose ^B HR (95% CI)	p*	≥3 Doses ^C HR (95% CI)	p*
All-cause death	0.42 (0.39-0.44)	<0.001	0.65 (0.62-0.67)	<0.001
All cancers, ^D	1.23 (1.11-1.37)	<0.001	1.09 (1.02-1.16)	0.013
Cancer by site ^D				
Colon-rectum	1.35 (1.01-1.80)	0.046	1.14 (0.96-1.36)	0.14
Lung	0.90 (0.68-1.18)	0.4	0.93 (0.79-1.11)	0.4
Breast	1.54 (1.10-2.16)	0.012	1.36 (1.08-1.72)	0.010
Uterine, body	1.77 (0.76-4.13)	0.19	1.20 (0.73-1.96)	0.5
Ovarian	1.71 (0.60-4.82)	0.3	1.86 (0.68-5.12)	0.23
Prostate	1.01 (0.68-1.49)	0.9	0.97 (0.76-1.23)	0.8
Bladder	1.62 (1.07-2.45)	0.022	1.43 (1.08-1.88)	0.011
Thyroid	1.58 (0.84-2.99)	0.18	0.97 (0.67-1.45)	0.9
Hematological, all	1.31 (0.96-1.79)	0.09	1.07 (0.89-1.29)	0.5

Non sanno che
i fumatori in %
si vaccinano
molto meno?!?



Se si corregge
x l'ITB anche x
i cancri, il loro
rischio sareb-
be maggiore...

^A Based on Cox proportional hazards models, adjusted for gender, age, diabetes, hypertension, cardiovascular or cerebrovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, kidney disease, infection status, and previous cancers (the latter only for all-cause death, as all people with cancer diagnoses up to December 31 2020 were excluded from the analyses on the cancer outcomes).

^B When comparing the unvaccinated versus the subjects who received at least one dose, the follow-up started on March 30, 2021 for the unvaccinated individuals, and 180 days after the first dose for the vaccinated subjects.

^C When comparing the unvaccinated versus the subjects who received at least three doses, the follow-up started on September 28, 2021 for the unvaccinated, and 180 days after the third dose for the vaccinated subjects.

Assessing healthy vaccinee effect in COVID-19 vaccine effectiveness studies: a national cohort study in Qatar

Hiam Chemaitelly^{1,2,3*}, Houssein H Ayoub⁴, Peter Coyle^{5,6,7}, Patrick Tang⁸, Mohammad R Hasan⁹, Hadi M Yassine^{5,10}, Asmaa A Al Thani^{5,10}, Zaina Al-Kanaani⁶, Einas Al-Kuwari⁶, Andrew Jeremijenko⁶, Anvar Hassan Kaleeckal⁶, Ali Nizar Latif⁶, Riyazuddin Mohammad Shaik⁶, Hanan F Abdul-Rahim¹¹, Gheyath K Nasrallah^{5,10}, Mohamed Ghaith Al-Kuwari¹², Hamad Eid Al-Romaihi¹³, Mohamed H Al-Thani¹³, Abdullatif Al-Khal⁶, Roberto Bertollini¹², Adeel A Butt^{3,6,14}, Laith J Abu-Raddad^{2,3,11,15*}



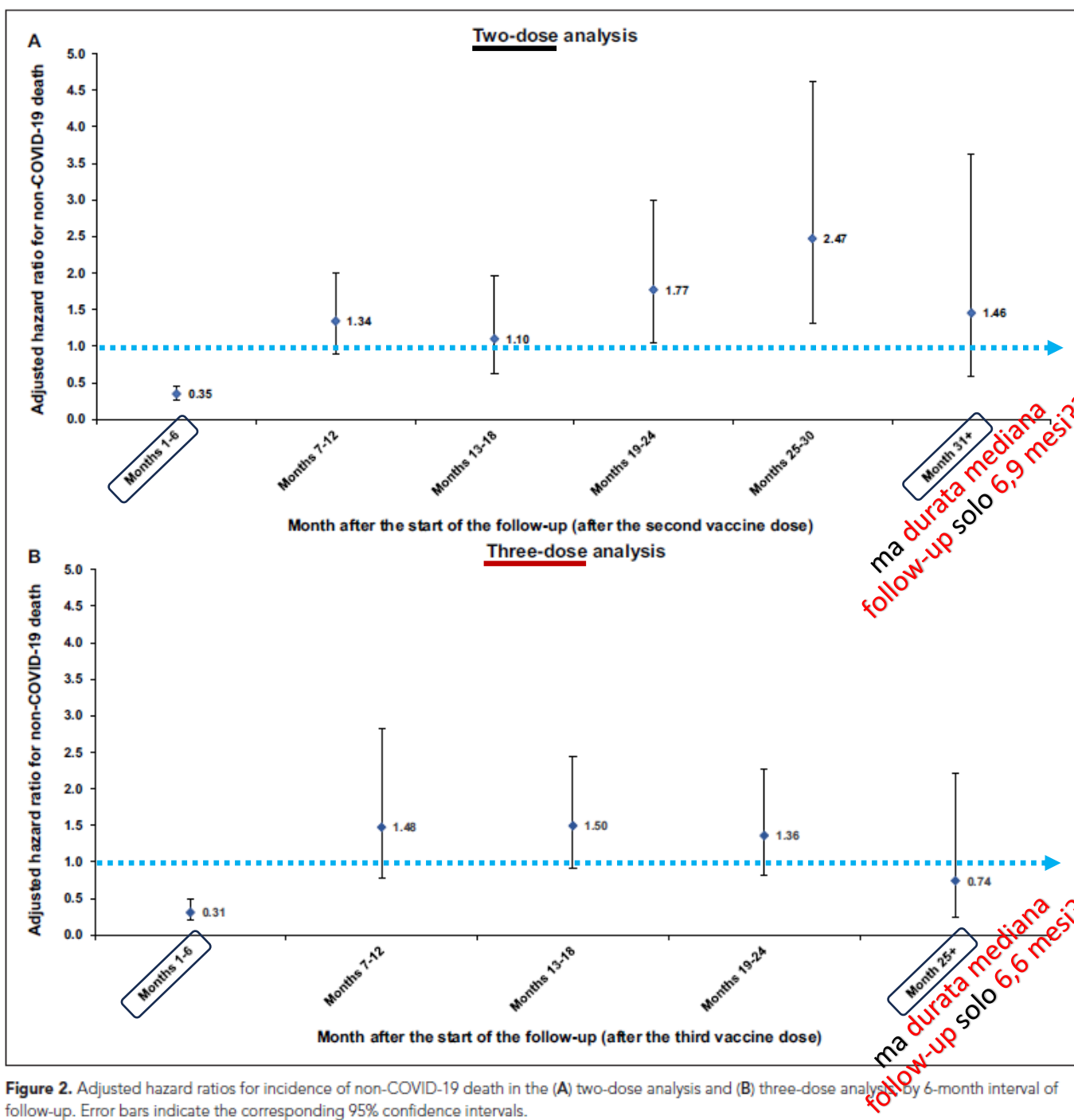
L'hazard ratio aggiustato (aHR) per i decessi non correlati a COVID- nei primi 6 mesi di follow-up nell'analisi con due dosi era 0,35 (IC 95%: 0,27-

0,46); ma l'analisi combinata di tutti i **periodi successivi** mostrava **aHR di 1,52** (1,19-1,94).

Nei primi 6 mesi di follow-up nell'analisi con tre dosi, l'aHR è stato 0.31 (0,20–0,50); ma l'analisi combinata di tutti i periodi successivi ha mostrato un **aHR di 1,37** (1,02-1,85).

Le analisi dei sottogruppi hanno mostrato che l'effetto vaccinale sano è pronunciato tra i soggetti ≥50 anni e tra i clinicamente più vulnerabili al COVID-19 grave.

Conclusione: nei primi 6 mesi dopo la vaccinazione si ha il *bias del vaccinato sano*, nonostante i meticolosi abbinamenti di coorte. Causa possibile: minori probabilità di vaccinazione tra 1) malati gravi, terminali e 2) anziani meno mobili (es. incapacità di lavarsi associata in modo indipendente a >>mortalità e a probabilità ridotta del 52% di ricevere vaccini – Jackson 2006). Comunque, **studi osservazionali**, anche valutati con le migliori metodologie, **gonfiano l'efficacia dei vaccini**.



Spiegazione degli Autori x inversione mortalità nei vaccinati: deplezione dei malati gravi nei vaccinati.

Ma la **spiegazione è poco plausibile**, perché **avevano già fatto la correzione al meglio per le comorbidità**.

Inoltre, ci sono **prove** (da **benefici negli aderenti al placebo in decine di RCT vs i non aderenti**) che **l'effetto aderente sano persiste per almeno 8 anni** (es. *Jackson LA 2006*)





Evidence of bias in estimates of influenza vaccine effectiveness in seniors

Lisa A Jackson,^{1,2*} Michael L Jackson,^{1,2} Jennifer C Nelson,^{1,3} Kathleen M Neuzil⁴ and Noel S Weiss²

Una **coorte di 72.527 persone** di 65 anni e oltre è stata seguita per un periodo di 8 anni e valutata per il rischio di morte da qualsiasi causa relazione alla vaccinazione antinfluenzale, nei periodi prima, durante e dopo le stagioni influenzali.

Il **rischio relativo di morte per i vaccinati** rispetto ai non vaccinati era di **0,39** [95% CI, 0,33–0,47] **prima** della stagione influenzale, **0,56** (0,52–0,61) **durante** la stagione influenzale e **0,74** (0,67–0,80) **dopo** la stagione influenzale.

Conclusioni degli autori Le riduzioni del rischio prima della stagione influenzale indicano una **ricorso preferenziale al vaccino da parte di anziani relativamente più sani**. L'**aggiustamento per** i codici di diagnosi (cioè: per le **malattie note da cui erano affetti**) **non ha consentito di correggere per questo bias**.

L'entità del bias dimostrato dalle associazioni prima della stagione influenzale era sufficiente a giustificare completamente le associazioni protettive osservate durante la stagione influenzale.

Che cosa spiega l' **healthy-vaccinee bias** (*bias del vaccinato/aderente sano*)?

1) a breve termine, chi ha un'indisposizione transitoria (es. un'infezione respiratoria acuta) pospone la vaccinazione; di solito chi la fa al momento sta bene

2) a breve(-medio termine): a chi è in fase terminale, i curanti o altri possono risparmiare lo stress di una vaccinazione. Ma così la sua (probabile) morte peserà tra i *non vaccinati* Chemaitelly et al. da solo questa spiegazione, non le altre cinque...

3) da breve a lungo termine: chi è in svantaggio socio-economico, disabile e abbandonato (e perciò più a rischio di morte) può avere meno accesso ai vaccini

4) a breve-medio termine: chi è più convinto dell'efficacia di un intervento sanitario ne riceve un positivo **effetto placebo** (tanto maggiore quanto più l'intervento è presentato in un contesto/con alone *importante*)

5) a medio-lungo termine: chi ha più istruzione, adotta comportamenti più prudenti (guida, ecc.) e cerca un'assistenza medica migliore (e perciò può aver più salute) in genere è più aderente a vaccinazioni raccomandate da medici, società scientifiche, autorità sanitarie, media *main stream*

6) a medio-lungo termine: chi aderisce a interventi preventivi è più probabile adotti stili di vita salutari: dieta, esercizio, moderazione alcol, no droghe illegali, e **c'è prova che fumi meno**: caratteristiche non valutate nei database farmaco-epidemiologici standard, ma associate a minori malattie e mortalità negli studi osservazionali

'Total Sham': Vaccine Injury Lawyer Destroys Doctor's Claims That Hundreds of Placebo-Controlled Trials Show Childhood Vaccines Are Safe (CHD 10 sett '25)

Washington, D.C.



L'avvocato Aaron Siri di fronte al Senato degli Stati Uniti

Il **Dr. Jake Scott** ha testimoniato che **661 RCT controllati con placebo mostrerebbero la sicurezza dei vaccini pediatrici**. Siri ha dimostrato che nessuno contiene un vero placebo (salvo i vaccini COVID, che però hanno offerto <di 3 mesi da inizio del RCT vaccini al gruppo di controllo, abolendolo di fatto!). Membri dell'audizione si sono dichiarati 'sbalorditi' dall'ignoranza e insieme arroganza di Scott. NB: la maggior parte dei 661 RCT non era neppure per bambini! E **quelli pediatrici non avevano gruppi 'placebo' con sostanze inerti** (es. neomicina, adiuvanti...)