

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

(63° incontro, 19-10-'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](http://www.fondazioneallinearesanitaesalute.org)

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

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



Avv. Francesco  
Cinquemani

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

## Dichiarazione

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

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

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

E che

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

Alberto Donzelli – Presidente Consiglio direttivo  
e Coordinatore Comitato scientifico della Fondazione  
[www.fondazioneallinearesanita.esalute.org](http://www.fondazioneallinearesanita.esalute.org)

La CMSi chiede dal 2021 un confronto scientifico/istituzionale, che ora si è aperto...

# Questa presentazione affronterà:



- Scaletta (Slide 4)
- Fondazione *Allineare Sanità e Salute* (S 5) ed es. di disease mongering:
- Presidente Commissione UE, IA e disease mongering (da S 6)
- Risorgenza della pertosse, e forse un nuovo perché (da S 8)
- Make Europe Healthy Again (MEHA) [scherzi dell'ideologia + EBM e libertà cura] (da S 10)
- Differenza tra Prove e opinioni. Principio d'Autorità e richiamo a vicenda Nitag (S 15)
- Nuova bozza di Piano di Preparazione Pandemica: criticità aggravate (da S 18)
- Antivirali tutto l'anno (purché costosissimi...) (da S 20)
- 'Ispirazione' a OMS e ossessioni vaccinali (da S 23) Reminder iodopovidone ecc. (da S 33)
- Proposte correttive per Piano di Preparazione Pandemica (da S 35)
- Convalida di 'casi' diagnosticati con PCR-RT (da S 37)
- Paracetamolo in gravidanza e disturbi del neurosviluppo (da S 39)
- Prima dimostrazione del Cheap Trick in una grande regione italiana (da S 49)
- Siri su controlli senza vero placebo negli studi sui vaccini (S 59)
- Confronto salute bambini vaccinati vs non vaccinati (Studio di Zervos, ecc.) (S 59)
- Cortisonici in pazienti COVID non desaturati (da S 63)



**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 →)

## **Ursula von der Leyen lancia lo slogan *AI FIRST*: l'intelligenza artificiale prima di tutto**



“Sono stupita da ciò che l’intelligenza artificiale è in grado di fare nella medicina. Può aiutare i medici a **diagnosticare i tumori molto, molto prima**, oppure a velocizzare lo sviluppo di farmaci innovativi.” L’adozione dell’AI deve essere diffusa e noi vogliamo contribuire ad accelerarla.

“**Creeremo una rete europea di centri avanzati di screening medico basati sull’intelligenza artificiale.** Questo **significa assistenza sanitaria di altissimo livello in ogni angolo d’Europa.**”

NB: in realtà sappiamo come le soglie dei test clinici siano state, negli anni, ridefinite dall’industria farmaceutica per creare nuove malattie e nuovi pazienti dal nulla. (ad esempio le soglie del **colesterolo** abbassate a tal punto da trasformare milioni di persone sane in pazienti cronici)

## NASCERAI MALATO, E SARAI CURATO PER SEMPRE – AI FIRST, URSULA VON DER LEYEN | #EFFETTICOLLATERALI, CLAUDIO MESSORA

7 Ottobre 2025 / Claudio Messori / 3 minuti di lettura



Finirà che un'intelligenza artificiale - addestrata da una casa farmaceutica -, ogni volta che nasce un bambino, farà un bello **schemino** ai genitori con tutte le malattie *potenziali* che il piccolo potrà avere nella vita, e con le semplici precauzioni per evitarle: **qualche iniezione** all'anno

o una **pillola al giorno**. Per ottant'anni. Magari un giorno imporranno farmaci o trattamenti a chi è perfettamente sano, perché una macchina avrà 'previsto' che diventerà contagioso o **pericoloso socialmente**. Vi ricorda qualcosa?



## OPEN ACCESS

EDITED BY  
Jessica L. Jones,  
United States Food and Drug Administration,  
United States

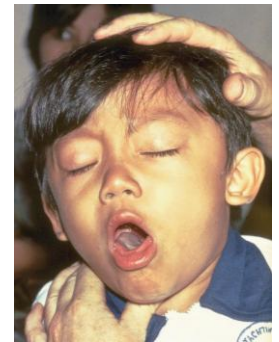
REVIEWED BY  
Eduardo Juscamayta-López,  
National Institute of Health, Peru  
Monica Dwi Hartanti,  
Trisakti University, Indonesia

\*CORRESPONDENCE  
Xiaohua Qi  
✉ xhqj@cdc.zj.cn

# Pertussis resurgence and epidemiology of fully vaccinated cases in eastern China: evidence for vaccination timing

Kai Gao<sup>1</sup>, Yao Zhu<sup>1</sup>, Yang Zhou<sup>1</sup>, Linling Ding<sup>1</sup>, Hui Liang<sup>1</sup>,  
Hanqing He<sup>1,2</sup> and Xiaohua Qi<sup>1,2\*</sup>

<sup>1</sup>Department of Immunization Program, Zhejiang Provincial Center for Disease Control and Prevention, Hangzhou, China, <sup>2</sup>Zhejiang Key Lab of Vaccine, Infectious Disease Prevention and Control, Hangzhou, China



**Results:** A total of 63,664 pertussis cases were identified in Zhejiang Province, China. The annual incidence of pertussis among individuals aged 0–18 years increased gradually from 2016 (1.46/100,000) to 2023 (14.22/100,000), followed by a drastic surge to 512.56/100,000 in 2024. During the resurgence, incidence rose most substantially in kindergarten (3–6 years) and lower elementary (7–9 years) children, surpassing the incidence of infants in 2024. Among 55,968 identified pertussis cases with data on vaccination status, the proportion of fully vaccinated cases increased from 12.50% in 2016 to 79.24% in 2024. Among

cioè con 4 dosi (5 dal 2025!)



Review

<https://doi.org/10.1016/j.jinf.2024.106317>

## Mechanisms and implications of IgG4 responses to SARS-CoV-2 and other repeatedly administered vaccines



Anthony M. Marchese<sup>a</sup>, Louis Fries<sup>a</sup>, Hadi Beyhaghi<sup>a</sup>, Muruga Vadivale<sup>a</sup>, Mingzhu Zhu<sup>a</sup>, Shane Cloney-Clark<sup>a</sup>, Joyce S. Plested<sup>a</sup>, Amy W. Chung<sup>b</sup>, Lisa M. Dunkle<sup>a</sup>, Raj Kalkeri<sup>a,\*</sup>

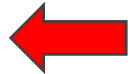
<sup>a</sup> Novavax, Inc., Gaithersburg, MD, USA

<sup>b</sup> Department of Microbiology and Immunology, University of Melbourne, at the Peter Doherty Institute for Infection and Immunity, Victoria 3000, Australia

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



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





GOMEHA.COM

□ □ □ □

# MEHA

## MAKE EUROPE HEALTHY AGAIN



### MEHA VISION

We envision a Europe where health flows from its roots—heritage, tradition, and the wisdom of the people. Nations and communities stand free of exploitation by unelected powers and external profiteers, reclaiming sovereignty over their

### Our Guiding Principles

#### ★ Health as Mind, Body, and Soul

We embrace health as wholeness—harmony of body, mind, and soul. Health is more than the absence of disease and must be considered holistically.

[https://childrenshealthdefense.org/defender/maha-goes-global-u-s-inspires-make-europe-healthy-again-movement/?utm\\_source=cc&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=defender&utm\\_id=20251016](https://childrenshealthdefense.org/defender/maha-goes-global-u-s-inspires-make-europe-healthy-again-movement/?utm_source=cc&utm_medium=email&utm_campaign=defender&utm_id=20251016)

**Gli USA ispirano il movimento "Make Europe Healthy Again" . L'iniziativa **MEHA** per affrontare la crescente crisi delle malattie croniche in Europa è stata lanciata il 15-10-'25 al Parlamento europeo. Sostenuta da esperti medici, responsabili politici, CHD e tante altre associazioni di difesa dei diritti, MEHA promuoverà la salute preventiva, l'autonomia individuale e la sovranità nazionale.**

MEHA si ispira alla [riforma sanitaria di MAHA](#), ma **non è direttamente affiliata**, e **adatterà la missione originale di MAHA" alla cultura dell'Europa**.

Come MAHA, MEHA cerca di depoliticizzare la scienza, smantellare la *cattura* delle agenzie sanitarie da parte del complesso industriale e di **radicare la pratica medica nelle migliori prove scientifiche**, considerando per altro con attenzione anche approcci tradizionali e complementari.

“Entrambi i movimenti prendono di mira le cause profonde, come [alimenti ultra-processati](#) , [pesticidi](#), [tossine ambientali](#), sostenendo al contempo **strategie preventive** anziché interventi *reattivi*” (NB: proporrò loro Il **Modello che paga per la Salute**, non per la *Malattia*, della Fondazione Allineare Sanità e Salute).

«Missione di MEHA è proteggere gli elementi essenziali della vita: cibo, aria, acqua e terra puliti ([Sayer Ji](#), presidente del [Global Wellness Forum](#)), consentendo scelte in linea con la dignità umana e l'equilibrio ecologico».



Il [dott. Robert Malone](#), medico, scienziato, biochimico, co-presidente dell' ACIP, [comitato consultivo sulle pratiche di immunizzazione](#) dei CDC, ha detto: "Se non è permesso gestire il nostro corpo e accettare o no i trattamenti medici, non può esserci libertà personale. Il fondamento etico è il principio del **consenso informato**, tanto violato nell'era COVID... e norme oppressive, [restrizioni alla libertà di parola](#) e [limiti alle prescrizioni](#)".



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**.



In base a definizioni correnti, il termine **ideologia** si riferisce a  
“ogni dottrina non scientifica che proceda con la sola documentazione intellettuale e senza esigenze di puntuali riscontri materiali, sostenuta per lo più da atteggiamenti emotivi e fideistici...”.

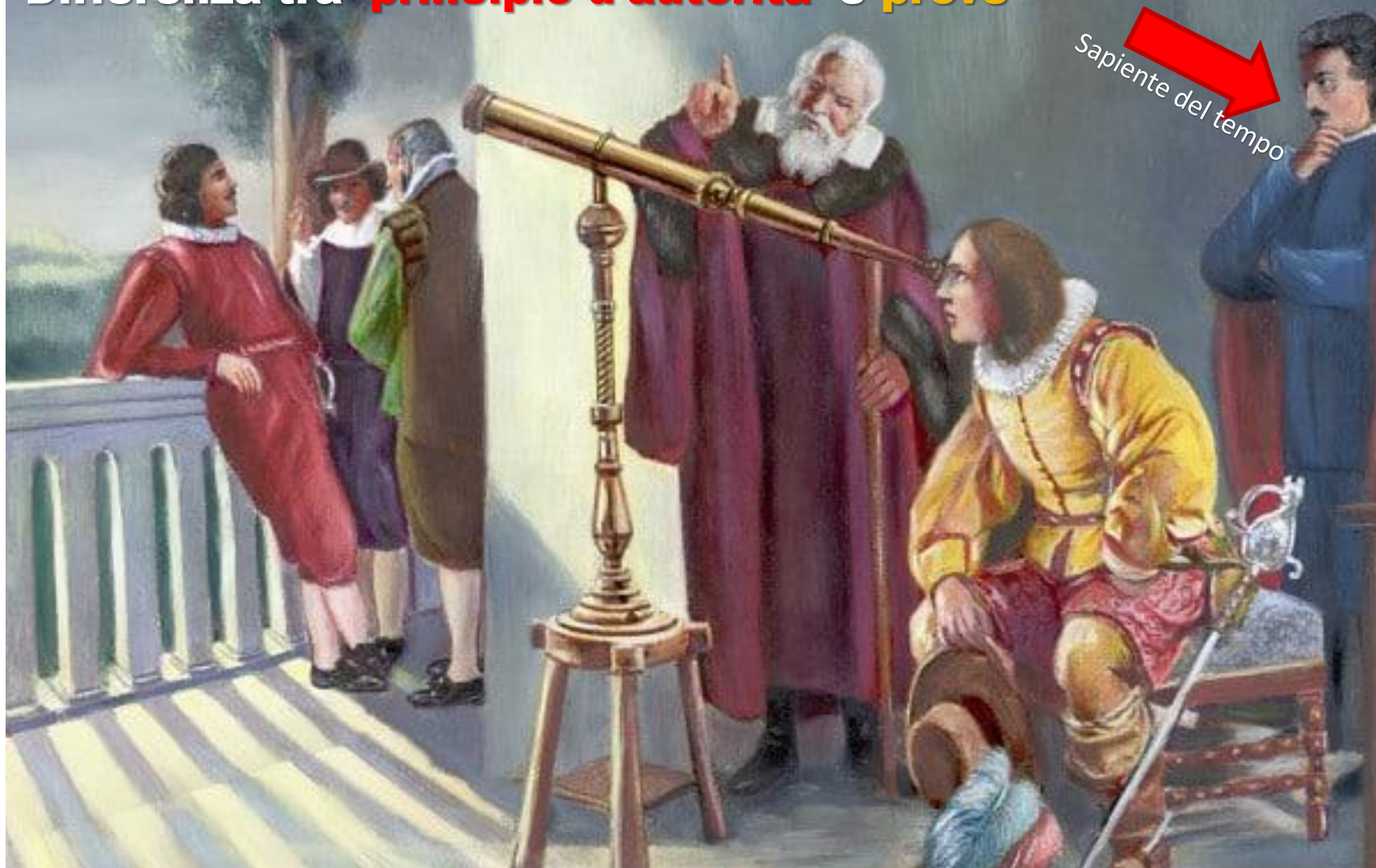


[è funzionale per chi vuol dividere e dominare...]

Cioè, l'opposto di quanto in modo ufficiale fa (e raccomanda di fare) la CMSi, che invece

- mantiene “un **forte e costante riferimento a prove scientifiche**,
- **procede con puntuali riscontri materiali**,
- **rifiuto atteggiamenti fideistici**,
- e **ricerca un costante confronto scientifico**.
- **Sempre anche pronta in modo esplicito ad accogliere le prove più valide e forti che fossero portate dagli interlocutori”.**

# Differenza tra **'principio d'autorità'** e **prove**



Sapiente del tempo

## 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**)»



“La domanda chiave è: **di chi si può fidare?**” Ha commentato Kulldorff, “Quando ci sono diversi punti di vista scientifici, **fidatevi solo degli scienziati che sono disposti a impegnarsi e a discutere pubblicamente con chi ha altri punti di vista**, così da poter soppesare e determinare il ragionamento scientifico di entrambe le parti.

Senza questo confronto, è molto probabile che non si possano valutare le loro argomentazioni.

Si tratta, in fin dei conti, delle stesse riflessioni fatte in occasione della vicenda Nitag, all’interno del quale Schillaci aveva inserito due soli scienziati (su un totale di ventidue) scettici.

- «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»



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.*

# Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico

Bozza (2025-2029) 23 luglio 2025...

| Documento                         | (previo →)  | 6 agosto 2024   | → 18.02.2025 | → 23.07.2025 | → 18.08.2025 |
|-----------------------------------|-------------|-----------------|--------------|--------------|--------------|
|                                   | (226 pag →) | 210 pag.        | → 252 pag.   | 156 pag.     | 436 pag      |
| • Vaccin-/vaccinal-               | (247 →)     | 194 volte       | 215 volte    | 127 volte    | 219 volte    |
| • Mascherin- e DPI                | (20 →)      | 14 e 60 = 74 v. | 76 «         | 32 «         | 62 «         |
| • Restrizion-                     | (11 →)      | 3 volte         | 3 «          | 3 «          | 3 «          |
| • Distanziam-                     | (10 →)      | 4 volte         | 4 «          | 0 «          | 3 «          |
| • Discriminazion-                 | (3 →)       | 4 volte         | 4 «          | 4 «          | 4 «          |
| • Confronto/dibattito scientifico | (0 →)       | 0 v.            | 0 «          | 0 «          | 0 «          |
| • <u>OMS+ Org. Mond San</u>       | (57 + 12 →) | 53 + 9 = 62 v.  | 55 «         | 24 «         | 58 «         |

(termini ricorrenti)

- Stil- di vita
- Alimentazione
- Attività fisica
- Esercizio fisico
- Fumo
- Abuso farmac-

zero volte!  
zero volte!

quotidianosantità.it



Lunedì 03 APRILE 2023

Schillaci: “Puntare sulla prevenzione unica via per mantenere gratuita la sanità”. Poi l’impegno

*Per mantenere gratuito il Ssn bisogna “fare in modo che la gente si ammali poco. Con l’educazione alla salute, fin nelle scuole. Insegniamo ai ragazzi i corretti stili di vita, per farne degli anziani sani. Ci vorrebbe almeno un’ora la settimana nell’orario scolastico, molto più importante di altri insegnamenti oggi di moda”. Sul*

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



### **Bozza Piano Nazionale Preparazione Pandemica (pag. 15)**

La **distribuzione delle dosi vaccinali** deve rispondere a criteri trasparenti e motivati, nel pieno **rispetto dei principi etici e costituzionali** di **uguaglianza** ed **equità** a livello **nazionale** e **internazionale**, affinché **nessuno sia escluso (...!)**

shiftata

**Equità, Solidarietà e Inclusione: sono valori «a prescindere»? No!  
Dipende dal valore dei contenuti offerti in modo *equo e solidale* !**



**Bozza Piano Nazionale Preparazione Pandemica** (pag. 106): Aiutare gli Stati Membri partecipanti a migliorare il loro potere d'acquisto e a garantire un **accesso equo** agli **antivirali**, e a rafforzare la **solidarietà** fra loro. ... (pag. 15) principi di **uguaglianza** ed **equità**, a livello **nazionale** e **internazionale**, affinché **nessuno sia escluso**

## **Risposta del governo all'inevitabile crisi invernale: antivirali tutto l'anno**



[Carl Heneghan](#) [Tom Jefferson](#) Oct 02, 2025

Il governo UK ha annunciato di voler contrastare le epidemie di cd "**influenza**" eliminando la burocrazia. **Consentire a medici e farmacisti di prescrivere farmaci "influenzali" tutto l'anno** per ridurre la pressione invernale e **proteggere il NHS**.

Il Ministro presso il Dipartimento della Salute **sta rimuovendo la restrizione che impedisce di prescrivere farmaci antivirali fuori della consueta 'stagione influenzale'** fino al ricevimento di una lettera annuale di conferma da parte del Direttore Sanitario. Ritiene che la lettera **stia causando ritardi nelle cure**.

Tralasciamo le assurdità associate all'uso della parola '**influenza**' (**Flu-word**) e ai **200 patogeni associati alle sindromi-influenzali**, e il messaggio catastrofico che accompagna 'proteggere il SSN'.

La revisione Cochrane dimostra che **gli antivirali non hanno ridotto nessuno degli esiti essenziali che offrono un beneficio clinicamente significativo, nemmeno nei bambini.** [Story of Influenza Antivirals: Part 29](#)

C'è prova che **oseltamivir** sopprime la febbre, riduce la risposta anticorpale, e persino la diffusione virale, ma non la trasmissione! [Story of Influenza](#)

### [Antivirals: Part 30](#)

L'accumulo di **scorte di antivirali inefficaci si sta rivelando costoso per i contribuenti** UK (ma anche in Italia!).

In [Covid Research Waste - Antivirals: Mega Bin](#), Jefferson e Heneghan (TTE) hanno documentato riportato come il **Regno Unito abbia perso quasi 1,2 miliardi di sterline in due anni e mezzo per l'accumulo di antivirali inutilizzati.**

Tra il 2005 e il 2014, il governo britannico ha speso 424 milioni di sterline per l'accumulo di **Tamiflu** (**oseltamivir**, [oltretutto neurotossico](#) con reazioni avverse anche fatali) con 74 milioni di sterline stornati a causa di problemi di stoccaggio.

La creazione del mercato degli antivirali ha avuto un enorme successo. Nel Regno Unito ogni anno si bruciano quantità di milioni di sterline per l'accumulo di scorte.

[La storia degli antivirali antinfluenzali: Parte 15](#)



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

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

Legend:

High priority-use groups

Sub-populations with special considerations

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

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



### **Can I get vaccinated against COVID-19 if I am pregnant?**

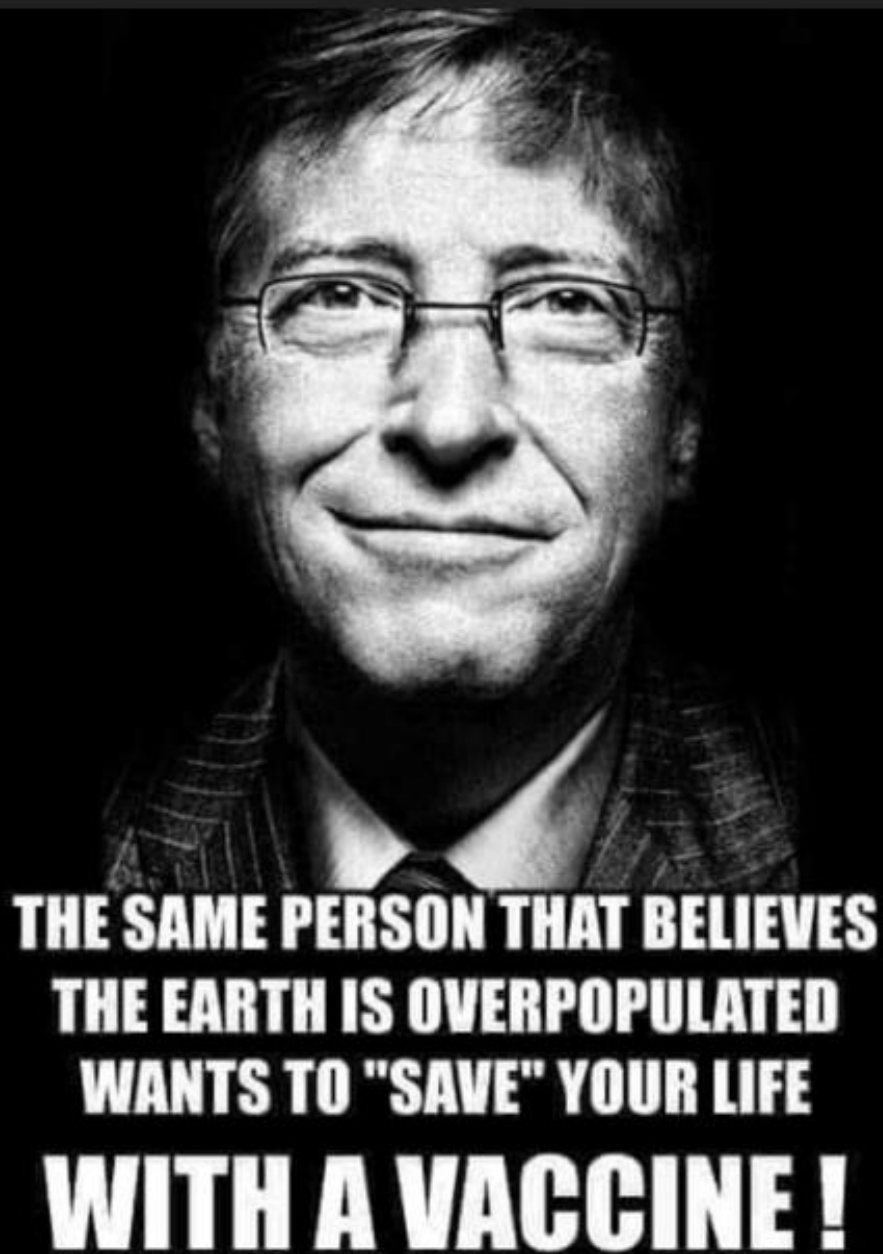
Yes, **WHO recommends a single dose of the COVID-19 vaccine during each pregnancy**. Pregnant persons are at a higher risk from COVID-19, which can affect both them and the baby.

**Vaccination during pregnancy is safe**. It **also benefits the baby**, as it allows the antibodies created to be passed from mother to child. These antibodies can also help protect the baby for the first few months of life.

The COVID-19 vaccine **can be safely given at any time during pregnancy to avoid missing opportunities**. Vaccination in the mid-second trimester maximizes protection.

Additionally, COVID-19 vaccines **can be safely administered with other vaccines recommended during pregnancy** (for example, **seasonal influenza and maternal respiratory syncytial virus vaccine**).

You can learn more about [COVID-19 vaccines and pregnancy](#).



# FALL 2025 VACCINES



|                               | Influenza (Flu)<br>Vaccine                                                                                          | RSV<br>Immunization                                                                                          | Covid-19<br>Vaccine                                                                                                             |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Who is eligible?</b>       |                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                                                                 |
| <b>INFANTS &amp; CHILDREN</b> | <b>All children 6 months and older</b><br>Some children 6 months to 8 years may need multiple doses<br><br>AAP, CDC | <b>All infants &lt;8 months old and children 8-19 months with risk factors</b><br><br>AAP, CDC               | <b>All children 6-23 months</b><br><b>Children 2-17 years old with risk factors or if parents desire vaccination</b><br><br>AAP |
|                               |                                                                                                                     | <b>OR</b>                                                                                                    |                                                                                                                                 |
| <b>PREGNANCY</b>              | <b>All</b><br>At any point in pregnancy<br><br>ACOG, CDC                                                            | <b>32-36 weeks gestation</b><br><br>ACOG, CDC                                                                | <b>All</b><br>At any point in pregnancy<br><br>CDC, ACOG                                                                        |
| <b>ADULTS 18-50</b>           | <b>All</b><br><br>CDC                                                                                               | <b>None. But if pregnant, see above</b>                                                                      | <b>All</b><br><br>CDC, AAFP                                                                                                     |
| <b>ADULTS 50+</b>             | <b>All</b><br>High-dose, recombinant or adjuvanted flu vaccine preferred for 65+, if available<br><br>CDC           | <b>All 75+ and adults 50-74 with risk factors</b><br>As of now, one lifetime dose of RSV vaccine.<br><br>CDC | <b>All</b><br><br>CDC, AAFP                                                                                                     |
| <b>How well do they work?</b> | Reduces the risk of going to the doctor by 30-60%                                                                   | Reduces risk of severe disease by 80-96%                                                                     | 30-60% additional protection against illness & severe disease                                                                   |

*parecchi Stati USA Democratici contrastano RfK Jr, per tenere questo...*

## **AMCLI: VACCINARSI È UN DOVERE CIVILE, NON SOLO UN OBBLIGO**

Milano, 30 settembre 2025 – Come ogni anno, con l'approssimarsi della campagna vaccinale **antiinfluenzale**, si riaccendono polemiche sull'utilità delle vaccinazioni che arrivano a **mettere in discussione persino i vaccini obbligatori per l'infanzia**.

AMCLI ETS – **Associazione Microbiologi Clinici Italiani** - richiama l'attenzione sull'importanza della vaccinazione come strumento fondamentale di prevenzione. Nonostante le evidenze scientifiche consolidate, in Italia e all'estero continuano a emergere posizioni che mettono in discussione l'efficacia e la necessità dei vaccini, **alimentando dibattiti che rischiano di minare la fiducia della popolazione**.

AMCLI esprime preoccupazione per la diffusione di **tesi antiscientifiche, antistoriche e antietiche**, talvolta **sostenute da esponenti politici per compiacere una minoranza no vax**.

Come **Società Scientifica**, AMCLI ricorda che le vaccinazioni **antipolio, antidifterite**, antimorbillo, **antipertosse**, antirosolia, **antitetano, anti-haemophilus b**, contro la **varicella** e molte altre, hanno contribuito in modo determinante a salvaguardare la popolazione – soprattutto infantile – da gravi malattie e dalla morte.

“Non è nel nostro DNA fare terrorismo sanitario – sottolinea Pierangelo Clerici, Presidente AMCLI – ma non possiamo rimanere indifferenti di fronte al tentativo di giustificare quella che viene definita “cultura no vax” e che, in realtà, **non è cultura ma oscurantismo**. Come Microbiologi Clinici ribadiamo che le vaccinazioni, prima ancora che un obbligo, rappresentano un **dovere civile**, non solo verso chi si vaccina, ma **nei confronti dell'intera comunità**”.



associazione  
microbiologi  
clinici italiani

rete del Terzo Settore

25-28 MARZO 2025  
PALACONGRESSI RIMINI



# 52° CONGRESSO NAZIONALE AMCLI

CONGRESSO.AMCLI.COM

Con il patrocinio di

MINISTERO  
DELLA SALUTE

Regione Emilia-Romagna



Comune di Rimini



CONFINDUSTRIA  
Dispositivi Medici

ANIPIO  
Associazione Nazionale  
Industria e Professione  
dei Dispositivi Medici



FIGM

FISMELAB  
FEDERAZIONE ITALIANA  
MICROBIOLOGIA E LABORATORIO

GITMO

SCCA  
Italian Society for  
Cytometric Cell Analysis

SIARTI

SIBioC  
Medicina di Laboratorio

SIM  
SOCIETÀ ITALIANA  
DI MICROBIOLOGIA

SIMaST



SIMIT  
Società Italiana  
di Malattie Infettive  
e Tropicali

SIMPIOS

SIMTI



SIPMeL  
Società Italiana  
di Patologia  
Microbica e  
Laboratoriale



S-I-T-O  
SOCIETÀ ITALIANA DEI TRAPIANTI  
D'ORGANO E DI TESSUTI

SIV ISV  
SOCIETÀ ITALIANA  
DI VIRIOLOGIA  
ITALIAN SOCIETY  
FOR VIRIOLOGY

SOIPA  
Società Italiana di Parasitologia



Regione Toscana

2 g · 🌐

...

**Dammi un vaccino, anzi due. Campagna di comunicazione per la vaccinazione contro influenza e Covid.**

Il vaccino antinfluenzale e anti-Covid possono essere somministrati nella stessa seduta, la vaccinazione è raccomandata e offerta gratuitamente alle persone a partire dai 60 anni di età ed ai soggetti a rischio di qualsiasi età. Il periodo ottimale per vaccinarsi è quello autunnale. Parlane con il tuo medico.

Per informazioni: <https://www.regione.toscana.it/-/dammi-un-vaccino-anzi-due>



Regione Toscana

**DAMMI UN VACCINO,  
ANZI DUE**

Priorità:  
grandi  
anziani fragili



Si parte il 20 ottobre: la Regione gioca d'anticipo per difendersi dall'Australiana

# Influenza, svolta della Liguria: vaccini gratuiti per tutti Iniezioni nei supermercati

## LA CAMPAGNA

Emanuele Rossi / GENOVA

**L**a parola d'ordine, questa volta, è giocare d'anticipo. Provare a evitare l'ingorgo di barelle nei reparti di medicina degli ospedali liguri a gennaio. E alzare il tasso di copertura vaccinale, non solo per la popolazione a rischio. Perché l'influenza è una malattia che riguarda tutti.

«Si prospetta un autunno particolarmente impegnativo e non vogliamo farci tro-

**Nicolò: «L'obiettivo teorico è sempre il 100%, ci sono ampi margini di crescita»**

vare impreparati», dice l'assessore alla Salute Massimo Nicolò nel presentare la campagna per la vaccinazione anti-influenzale 2025-26. «Proprio per stimolare l'adesione degli aventi diritto (over 60, soggetti fragili e prima infanzia) abbiamo deciso di offrire il vaccino gratuitamente a tutti», aggiunge. Ed è questa la principale novità della campagna di questo autunno. Insieme ad un numero maggiore di poli di somministrazione, che ricalca alcune delle scelte prese durante la pandemia di covid, come le strutture dove sarà possibile accedere senza prenotazione.

Le vaccinazioni partono dal 20 ottobre, accompagnate da una réclame video ambientata sulla Luna, con un astronauta che parla in genovese e torna lesto a casa per la possibilità di vaccinarsi «e pure gratis». Il vaccino verrà offerto sia negli ambulatori dei medici di base che

**510 mila**

Le dosi di vaccino antinfluenzale già acquistate in Liguria

nelle case di comunità, nelle farmacie, nelle Rsa e ovviamente nelle strutture di igiene delle Asl. Ma saranno organizzate anche giornate vaccinali nei supermercati e in altri luoghi pubblici, ancora da definire: allo scopo è stata istituita una task force dedicata e guidata dal professor Matteo Bassetti, direttore della clinica di Malattie infettive dell'ospedale Policlinico San Martino, che prevede anche un monitoraggio epidemiologico a cura del professor Giancarlo Icardi, direttore (UO) di Igiene del San Martino.

Gli obiettivi della task force

**312 mila**

Le somministrazioni effettuate nella campagna 2024-25

ce sono, tra gli altri: garantire un efficace coordinamento della campagna vaccinale in termini di approvvigionamento, logistica, disponibilità dei vaccini, informazione, gestire le problematiche cliniche legate all'infezione, sia in ambito ospedaliero con posti letto dedicati in tutti gli ospedali liguri sia territoriale, per assicurare una presa in carico uniforme ed efficace e monitorare la circolazione dei ceppi virali e l'andamento dell'infezione sul territorio.

Barbara Rebesco, direttrice delle politiche del farmaco di Liguria salute, spiega

**48%**

Il tasso di copertura della popolazione over 60 nel 2024

che l'avvio per la campagna per la popolazione pediatrica sotto i 9 anni è mai vaccinata prima è partito già dalla giornata di ieri, 29 settembre. Per la campagna sono state acquistate oltre 500 mila dosi (l'anno scorso ne furono somministrate 315 mila, in stragrande maggioranza alle sole categorie per cui la vaccinazione era consigliata, in particolare gli over 60). «Per quanto riguarda la gestione ospedaliera sarà recuperato il modello di gestione del Covid - aggiunge Rebesco - con reparti dedicati e monitoraggio in tempo reale degli esiti».

L'infettivologo del San Martino: «Test a casa per evitare gli antibiotici»

## Bassetti: «Più posti letto dedicati Il Covid? Finora non preoccupa»

GENOVA

«**I**n Italia rischiamo venti milioni di casi, se verranno confermate le informazioni che ci arrivano da quei paesi asiatici e oceanici dove l'epidemia c'è già stata. Sono molto contento perché la Liguria sarà la prima regione a fare una cosa del genere, a offrire la vaccinazione a tutti gratuitamente». Non serviva questo per sapere che Matteo Bassetti è un forte sostenitore dei vaccini. Ma per il professore di Malattie infettive, coordi-



Matteo Bassetti

SALUSTRO

natore del Consiglio superiore della sanità ligure, «a maggior ragione la regione più longeva d'Italia ha bisogno di fare questo perché nei confronti delle

persone più fragili siamo tutti in un certo senso caregivers: ognuno ha un anziano in casa o in famiglia e se non si rischia di infettarlo è meglio».

Per quanto ci si prepari, l'influenza arriverà e piccherà come sempre dopo le feste di Natale anche sugli ospedali. «Per questo bisogna organizzarsi al più presto», dice Bassetti, «gli ospedali dovranno avere triage differenziale per chi ha i sintomi di tipo respiratorio. E posti letto dedicati solo all'influenza, altrimenti avremo grossi problemi a gennaio, in particolare nelle prime tre settimane».



Vaccinazione antinfluenzale all'Asl 3

SALUSTRO

Quanto agli obiettivi di una campagna vaccinale lanciata con queste premesse, l'assessore Nicolò aggiunge che «l'obiettivo teorico è sempre il 100% di copertura. Oggi siamo al 48% dei soggetti per cui era consigliato il vaccino quindi abbiamo ampi margini di miglioramento, se si arrivasse al 70% sarebbe un grande successo». Non si rischia una carenza di vaccini, offrendolo gratuitamente a un milione e mezzo di liguri? «Se le dosi acquistate non basteranno ne ordineremo altre», dice Nicolò, «non è una tipologia di vaccino di cui ci sia carenza».

Andrea Carraro, segretario dei medici di base liguri Fimm, si prepara come sempre a due-tre mesi di fuoco tra appuntamenti e liste d'attesa: lo scorso anno i medici di medicina generale hanno fatto oltre il 70% delle somministrazioni. «Per

noi è un momento importantissimo, sentiamo la necessità di dare ai nostri pazienti anziani la migliore copertura possibile», dice, «l'effetto della campagna lo vediamo ogni anno: questo è un vaccino sicuro e senza complicazioni che facciamo da 60 anni. Ricordo che abbiamo in distribuzione anche il vaccino anti pneumococco. Stiamo vedendo anche una positiva accelerazione nella consegna del vaccino rispetto agli scorsi anni, le prime dosi sono già in consegna».

Giuseppe Castello, presidente di Federfarma Genova e dell'ordine dei farmacia-

**Carraro (Fimm): «Offriremo anche il vaccino contro lo pneumococco»**

sti, spiega che anche le farmacie svolgono un ruolo importante: «Siamo il primo punto di accesso per la popolazione sul territorio. Uno dei primi obiettivi è la sensibilizzazione della popolazione nei confronti della prevenzione. Bisogna aumentare la sinergia: lo scorso anno hanno aderito 310 farmacie e abbiamo fatto 48500 vaccini. Il cittadino può prenotarsi col portale 'prenotavaccino', anche per il vaccino Covid. E ricordiamo che sarà possibile fare la doppia vaccinazione, uno per braccio».

È possibile prenotare il vaccino antinfluenzale sul sito [www.prenotavaccino.regione.liguria.it](http://www.prenotavaccino.regione.liguria.it) (a partire dal 15 ottobre), anche attraverso la app Salute Simplex o chiamando il numero Cup 0105383400, dalle 8 alle 18. Poi dal medico di medicina generale o pediatra di libera scelta e in farmacia. —

*Invece a Milano (Niguarda) durante le attese...*



## Mandelli (Fofi): “Farmacie protagoniste nella prevenzione. Vaccinazioni e servizi siano pilastri stabili del Ssn” QS

*Il presidente della Fofi, Andrea Mandelli, rilancia il ruolo delle farmacie nella prevenzione e sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, puntando sulle vaccinazioni in farmacia.* ha lanciato un appello

forte e articolato: “La prevenzione è la maniera migliore per rendere sostenibile il servizio sanitario nazionale, e

vaccinazioni rappresentano la massima espressione della prevenzione”.

Secondo Mandelli, non basta puntare sui trattamenti e sull'assistenza secondaria: è indispensabile coinvolgere direttamente la popolazione in percorsi informativi che rendano consapevole l'importanza della vaccinazione, al fine di ridurre i casi acuti che gravano tanto sui pazienti quanto sui costi del sistema sanitario. Il presidente Fofi sottolinea che medici e farmacisti hanno doveri reali (“obbligo reale”) nel promuovere e accompagnare queste campagne. L'obiettivo dichiarato è che iniziative vaccinali – ad esempio quelle contro il pneumococco, il Covid, l'influenza o l'HPV – non restino meri slogan, ma diventino vere campagne territoriali. ... due Agenzie di Tutela della Salute (ATS) della Lombardia, che hanno permesso la somministrazione di vaccini in farmacia, in ambienti sicuri, da farmacisti professionisti. ... In coerenza con questo approccio, la Regione Lombardia sta lavorando a una delibera che istituzionalizza l'erogazione di vaccini – non solo per l'influenza e il Covid, ma anche per il pneumococco e l'HPV – attraverso le farmacie. Mandelli la definisce “un grande vantaggio per i cittadini lombardi”, capace di migliorare le coperture vaccinali, tutelare il paziente e “tenere i conti della Regione in ordine”.

In parallelo, il decreto semplificazioni in fase di esame al Senato includerà disposizioni per ampliare l’“utilizzo della farmacia di servizi” come punto vaccinale. ... Le vaccinazioni in farmacia, la de-burocratizzazione | 08 ottobre 2025,

# Dal 16 ottobre è on-line il corso Ecm di Iss, Fofi e Fondazione Cannavò per farmacisti vaccinatori



*Dal 16 ottobre 2025 sarà disponibile sulla piattaforma Fad Eduiss il corso di aggiornamento per farmacisti "La somministrazione in sicurezza del vaccino antinfluenzale e anti Covid-19". Il percorso, valido fino al 22 dicembre 2025, consente di ottenere 20,8 crediti Ecm e l'abilitazione alla vaccinazione. L'iscrizione deve essere completata entro il 15 dicembre 2025 e il corso deve essere integrato con un'esercitazione pratica documentata per essere abilitanti. **QS 15 ottobre 2025***

Prevention Task. Vaccinazioni tra diritti e doveri, il ruolo della comunicazione per creare fiducia Lucia Conti, **QS 3-10-2025**

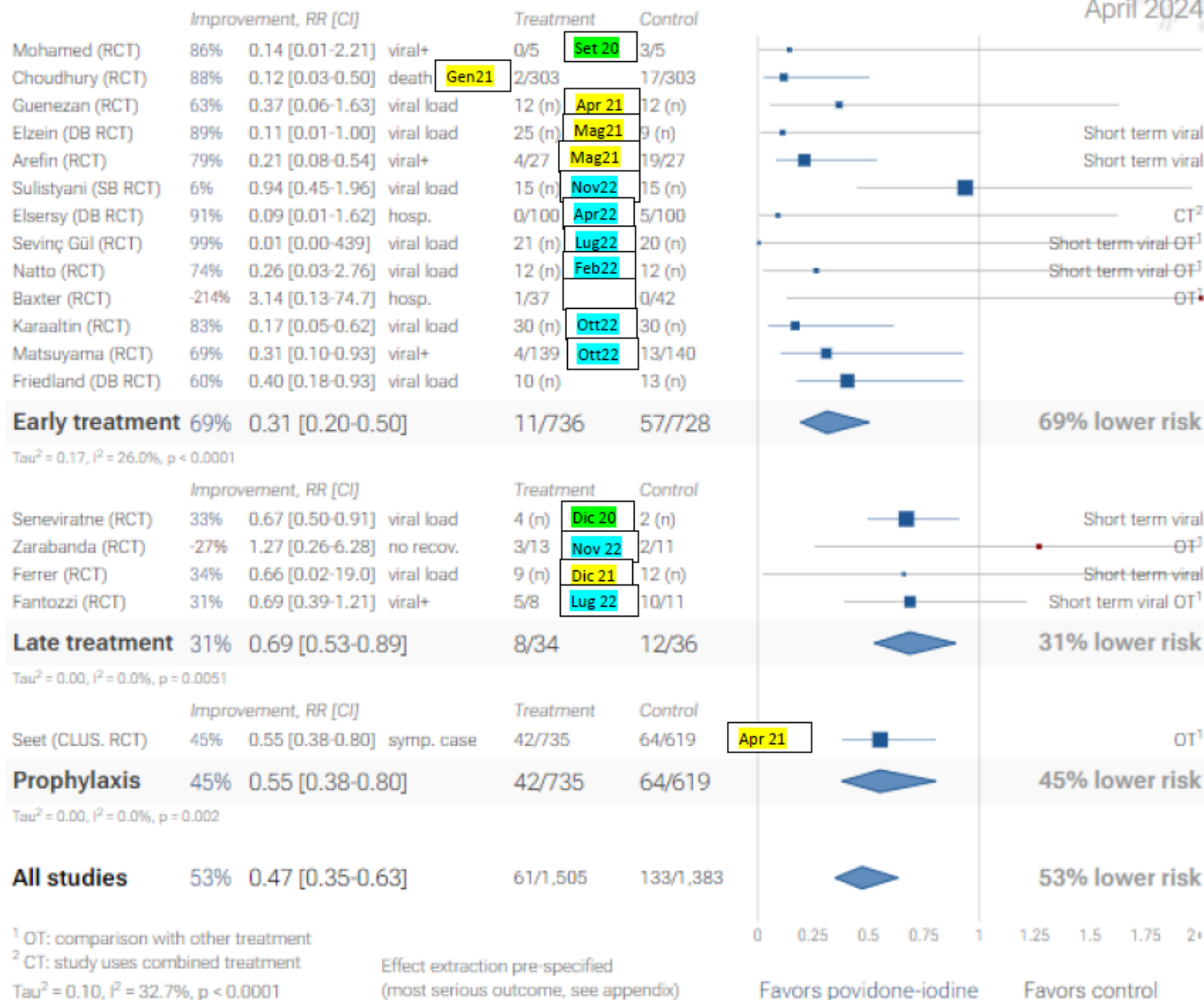
*Le vaccinazioni al centro del primo appuntamento di Prevention Task, il nuovo progetto editoriale di Homnya dedicato alla prevenzione primaria. L'obiettivo è contribuire a rafforzare la cultura della prevenzione nel nostro Paese e ad indagare gli ostacoli a quegli strumenti (vaccinazioni, screening, stili di vita...) che sono le prime armi (e le più efficaci) di sanità e salute pubblica. Ospiti della prima puntata Francesco Saverio Mennini (Ministero della Salute), Anna Teresa Palamara (Iss), Fabrizio d'Alba (Federsanità Anci), Pier Luigi Lopalco (Università del Salento), Francesco Macrì (Fism), Ugo Trama (Sifo), Ketty Vaccaro (Censis).*

Oms: "Crisi di fiducia e tagli alla spesa mettono a rischio la copertura vaccinale globale" **QS 02 ottobre 2025**

# 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

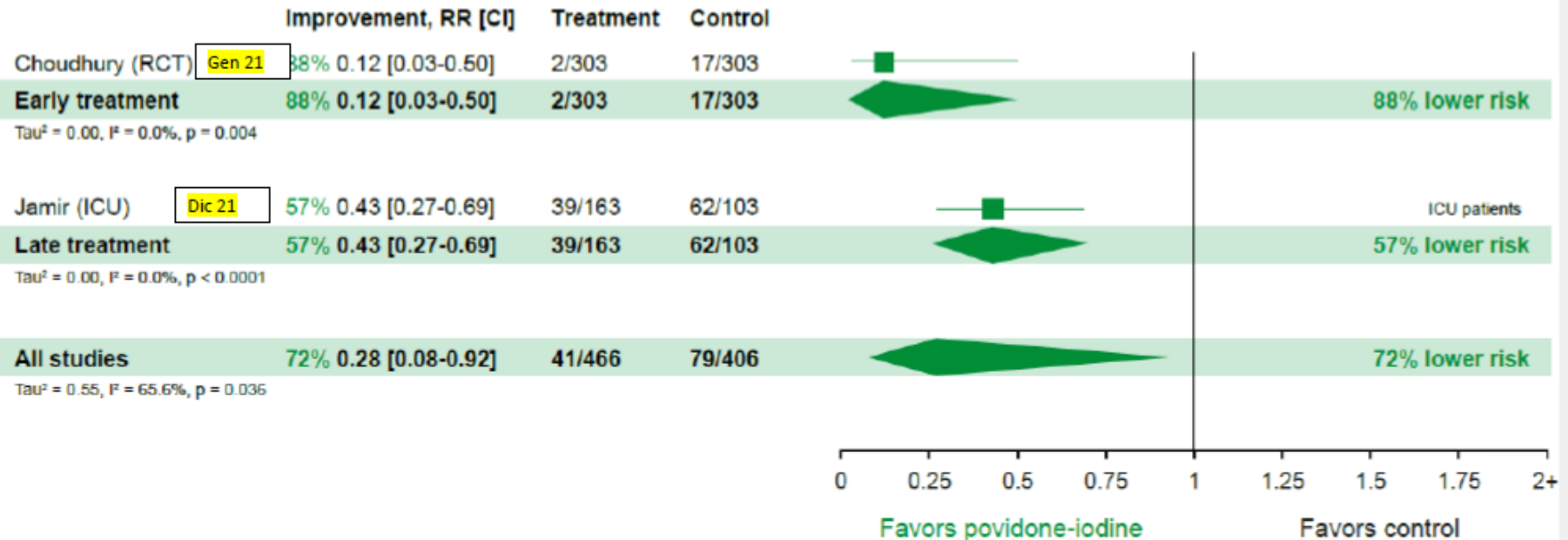


Figure 7 - Random effects meta-analysis for RCTs with mortality results about povidone-iodine in COVID-19 [100-101].

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...!

# **Un Piano Nazionale di *Preparazione* Pandemica** **che può condizionare per cinque anni la vita di tutti** **è in via di approvazione senza pubblico dibattito.** **Continua a legarci all'OMS...**

Si ricorda l'importantissimo [report finale della SottoCommissione USA d'Inchiesta sulla pandemia](#) COVID-19: oltre 500 pagine, pubblicate il 2-12-2024 dopo due anni di lavoro. Fermiamoci ora su importanti conclusioni del Congresso USA sull'OMS:

- La pandemia è stata probabilmente originata dal biolaboratorio di Wuhan, che svolgeva esperimenti di 'guadagni di funzione'. Ora l'**OMS** chiede alla Cina di condividere tutti i dati sull'origine del virus.
- L'**OMS** è stata **gravemente carente nella gestione COVID**. Il nuovo Trattato Pandemico oggi proposto non solo non risolve i problemi per un'eventuale nuova pandemia, ma viola la sovranità degli Stati
- L'**OMS** ha contribuito ad **avallare pratiche e restrizioni senza basi scientifiche** (compresa la tesi infondata che i vaccini impedissero la trasmissione, a giustificarne gli obblighi), che hanno causato danni alle persone e all'economia
- ... e a **censurare** come informazioni false e disinformazione **le opinioni scientifiche dissenzienti**.

## **... ma soprattutto, mettere nel Piano un emendamento decisivo ! :**

‘Tener conto’ di linee guida istituzionali e di quanto di solido e provato esse contengano **non significa rinunciare a valutazioni critiche dinamiche** della validità e forza delle prove a supporto di Linee Guida, anche internazionali; né rinunciare a identificare gli interessi nazionali del nostro paese.

**Integrare nel Piano un Tavolo tecnico, per rivedere in itinere le prove a sostegno delle azioni prospettate dal Piano**: i risultati attesi di efficacia e di sicurezza (considerando possibili effetti negativi diretti e indiretti sulla salute fisica, mentale e sociale), i costi stimati, per un’ampia valutazione costi-benefici.

Per le misure indicate dal Piano, si dovrebbe rispondere a domande del tipo:

- perché adottare questa misura? Su che livello di prove scientifiche d’efficacia? A fronte di quali vantaggi attesi?
- ... e di quali effetti negativi ragionevolmente prevedibili?
- Come si pone rispetto a possibili alternative, o al non far nulla?

Dove le prove siano considerate insufficienti, il Tavolo proporrà opportune ricerche, anche considerando l’attuazione di studi validi pragmatici e indipendenti da interessi commerciali, per acquisire prove mancanti o consolidare quelle insufficienti.

I risultati degli interventi di sanità pubblica via via adottati si dovranno monitorare in progress, per poterli potenziare, modificare o eliminare.

Valutare le prove!  
Risposte a domande chiave  
Far ricerche mirate

L'enigma della trasmissione del SARS-CoV-2 - **Parte 6** (rev.)

## **Ancora sulla convalida dei *casí* con PCR-RT**

[Tom Jefferson](#) [Carl Heneghan](#) Revisione 17 ottobre 2025



### **Una domanda centrale: quando la Covid-19 è Covid-19?**

La **PCR-rt come test diagnostico** è inutile **se non** è accompagnata da: anamnesi del paziente, da un esame di ogni paziente e da rigorose condizioni igieniche e asettiche di prelievo dei campioni per evitare contaminazioni. La contaminazione è comune con un test così sensibile.

In assenza di queste condizioni, **tantissimi erano 'positivi'**, dato che **i frammenti di RNA sono ovunque e in ogni momento**. Tuttavia, i frammenti di RNA **non** si traducono in una carica virale con virus completi e replicabili (virioni).

Inoltre, **tutti i test diagnostici vanno validati** (in Italia il DPCM 3-12-2020 ha **dato il compito all'INMI Spallanzani, che non l'ha mai svolto!**, come dimostrato dall'Avv. Sandri) **rispetto al gold standard**. Pertanto, la PCR non si può validare rispetto a un'altra PCR, pure non validata: dev'essere validata **rispetto a una coltura virale**.

Ma qual è il valore soglia per dire che un test è positivo? Questo valore deve essere riportato per interpretare correttamente il test, e **le Linee Guida tecniche dell'OMS in effetti lo prevedono!**

Infatti, pur con alta sensibilità e specificità analitica, **i test qualitativi di amplificazione del RNA del SARS-CoV-2 non distinguono i virus infettivi da non infettivi.**

La ricerca ([Relich RF, et al. Determination of the cycle threshold value of the Xpert Xpress SARS-CoV-2/Flu/RSV test that corresponds to the presence of infectious SARS-CoV-2 in anterior nasal swabs. Microbiol Spectr. 2024 Apr 2;12\(4\):e0390823. doi: 10.1128/spectrum.03908-23](#)) ha identificato **il valore più alto della soglia del ciclo (Ct)** dei target SARS-CoV-2 nel test, che ha indicato pre-senza di SARS-CoV-2 infettivo rilevabile nei campioni di tampone nasale anteriore.

**Il valore Ct più alto osservato in questi casi è stato 26,3.** Nessun virus infettivo è rilevato nei campioni con valori Ct più alti!

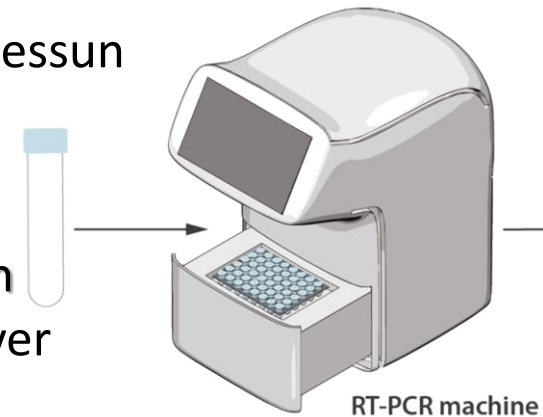
**Il valore soglia dovrebbe essere <25-27 cicli**, in base ai kit.

In Italia (e non solo...), però, gli oltre 300 laboratori che hanno risposto alla richiesta dell'Avv. Sandri hanno ammesso di aver

**regolarmente usato 40 e più Ct!**,

quando **anche il Ministero della Salute aveva stabilito** (*Circ. 20-3-2020 n. 9774*) **che test 'positivi' >35 Ct vanno ripetuti su un nuovo campione!**

Dunque, sia per questo, sia per l'uso di test mai validati, la diagnostica nazionale SARS-CoV-2 è **giuridicamente illegale** e avrà dato un **enorme numero di falsi+**, distorcendo le informazioni su cui prendere decisioni di sanità pubblica, e causando **terrore**, stigma, **restrizioni ingiustificate**.



# Paracetamolo in gravidanza. Le Società scientifiche italiane rassicurano: “Nessun legame con autismo, farmaco sicuro, pericolose le fake news”

***Dopo le dichiarazioni di Donald Trump che hanno sollevato timori infondati, Sip, Simeu, Simeup, Aisd e Simpe ribadiscono che non esistono evidenze di correlazione tra paracetamolo e autismo. Gli esperti invitano a non creare allarmismi e sottolineano che il farmaco resta il trattamento di prima scelta per febbre e dolore in gravidanza, se usato sotto controllo medico. Richiamata anche l'importanza di contrastare fake news già dannose in passato, come quelle sui vaccini.***



**5 SET** - Essenziale “dare una corretta informazione sanitaria, fondata su evidenze solide e su una comunicazione responsabile. In un contesto in cui dichiarazioni non supportate da dati rischiano di creare allarme sociale, diventa fondamentale proteggere l'opinione pubblica da messaggi fuorvianti che possono compromettere la salute individuale e collettiva”.

Questo il monito lanciato congiuntamente dalla **Società Italiana di Pediatria (SIP)**, la **Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza (SIMEU)**, la **Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza Pediatrica (SIMEUP)** **l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD)** e la **Società Italiana Medici Pediatri (SIMPE)** a seguito delle affermazioni del Presidente degli Stati

Uniti Donald Trump che hanno sollevato dubbi circa la sicurezza dell'uso del paracetamolo in gravidanza e un presunto legame con l'insorgenza di disturbi dello spettro autistico.

Dopo i chiarimenti forniti da istituzioni scientifiche internazionali e nazionali, le Società Scientifiche italiane hanno quindi voluto ribadire e rafforzare il messaggio, offrendo la prospettiva di chi quotidianamente è accanto a pazienti, famiglie e donne in gravidanza.

# Association of maternal prenatal acetaminophen use with the risk of attention deficit/hyperactivity disorder in offspring: A meta-analysis

Xiaoyun Gou<sup>1,2</sup>, Yan Wang<sup>1,2</sup>, Ying Tang<sup>1,2</sup>, Yi Qu<sup>1,2</sup>, Jun Tang<sup>1,2</sup>, Jing Shi<sup>1,2</sup>, Dongqiong Xiao<sup>1,2</sup> and Dezhi Mu<sup>1,2</sup>

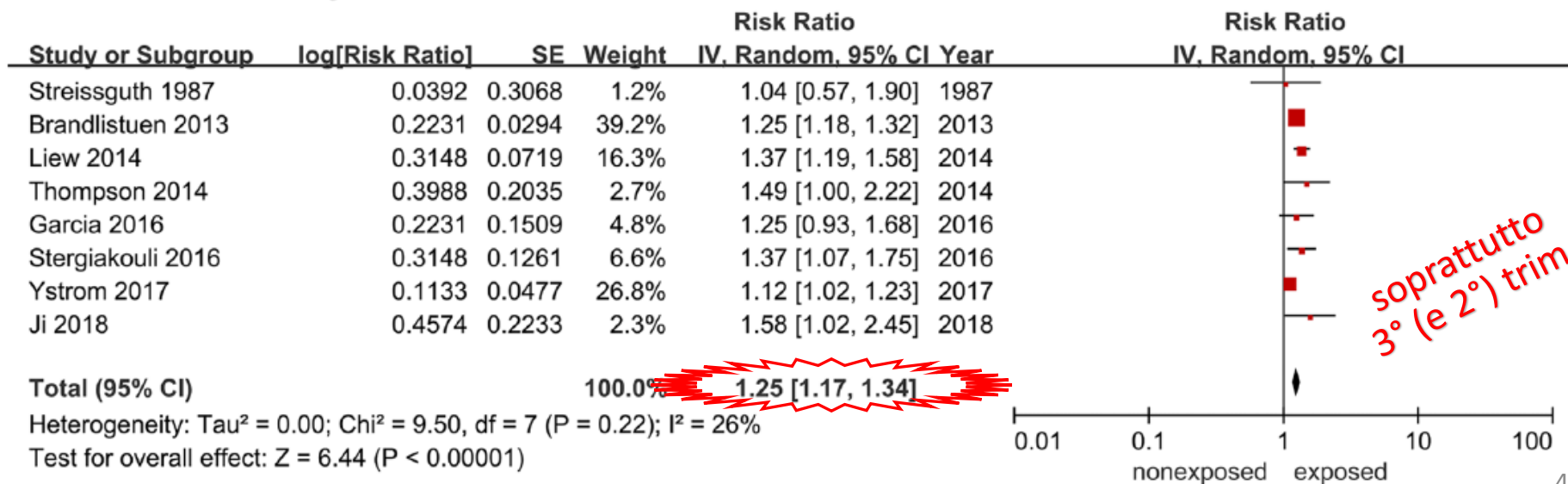
Australian & New Zealand Journal of Psychiatry  
2019, Vol. 53(3) 195–206  
DOI: 10.1177/0004867418823276

© The Royal Australian and  
New Zealand College of Psychiatrists 2019  
Article reuse guidelines:  
sagepub.com/journals-permissions  
journals.sagepub.com/home/anp  
SAGE



Allora guardiamo  
queste prove...

**Conclusion:** There is an association between maternal **acetaminophen use during pregnancy** and the risk of **attention deficit/hyperactivity disorder** in offspring. The **timing and duration of acetaminophen use** during pregnancy may have a **major effect on the risk** of attention deficit/hyperactivity disorder.





## Acetaminophen use during pregnancy and the risk of attention deficit hyperactivity disorder: A causal association or bias?

Reem Masarwa<sup>1,2</sup> | Robert W. Platt<sup>1,2,3,4</sup> | Kristian B. Filion<sup>1,2,5</sup> 

Nelle ricerche considerate, i rapporti di rischio (RR) non aggiustati, se corretti per i bias, cioè per errori sistematici (**bcRR**), in 5 su 7 si sono ridotti [*n.d.r.*: ***pur restando sempre > 1***]:

(RR = 1,34) → bcRR = **1,13**

(RR = 1,51) → bcRR = **1,17**

(RR = 1,63) → bcRR = **1,38**

(RR = 1,44) → bcRR = **1,17**

(RR = 1,16) → bcRR = **1,18**

(RR = 1,25) → bcRR = **1,05**

(RR = 0,99) → bcRR = **1,18**.

**Conclusions:** Bias analysis suggests that the previously reported association between acetaminophen use during pregnancy and an increased risk of ADHD in the offspring may be due to unmeasured confounding. Our ability to conclude a causal association is limited.

# Environmental risk factors, protective factors, and peripheral biomarkers for ADHD: an umbrella review

2020



Jae Han Kim\*, Jong Yeob Kim\*, Jinhee Lee, Gwang Hun Jeong, Eun Lee, San Lee, Keum Hwa Lee, Andreas Kronbichler, Brendon Stubbs, Marco Solmi, Ai Koyanagi, Sung Hwi Hong, Elena Dragioti, Louis Jacob, Andre R Brunoni, Andre F Carvalho, Joaquim Radua, Trevor Thompson, Lee Smith, Hans Oh, Lin Yang, Igor Grabovac, Felipe Schuch, Michele Fornaro, Andrew Stickley, Theodor B Rais, Gonzalo Salazar de Pablo, Jae Il Shin, Paolo Fusar-Poli



## Summary

**Background** Many potential environmental risk factors, environmental protective factors, and peripheral biomarkers for ADHD have been investigated, but the consistency and magnitude of their effects are unclear. We aimed to systematically appraise the published evidence of association between potential risk factors, protective factors, or peripheral biomarkers and ADHD.

*Lancet Psychiatry* 2020;  
7: 955-70

\*These authors contributed  
equally

**Interpretation** Maternal pre-pregnancy obesity and overweight; pre-eclampsia, hypertension, **acetaminophen exposure**, and smoking during pregnancy; and childhood atopic diseases **were strongly associated with ADHD**.

Previous familial studies suggest that maternal pre-pregnancy obesity, overweight, and smoking during pregnancy are confounded by familial or genetic factors, and further high-quality studies are therefore required to establish causality.

(NB: non cita l'esposizione a paracetamolo tra quelle che potrebbero avere fattori di confondimento familiari o genetici!)

DOI: 10.7759/cureus.26995

## A Systematic Review of the Link Between Autism Spectrum Disorder and Acetaminophen: A Mystery to Resolve

Received 02/03/2022

Review began 03/09/2022

Review ended 07/03/2022

Published 07/18/2022

Farhana Yaqoob Khan<sup>1</sup>, Gargi Kabiraj<sup>2</sup>, Maryam A. Ahmed<sup>3</sup>, Mona Adam<sup>4</sup>, Sai Prakash Mannuru<sup>5</sup>,  
Vaiishnavi Ramesh<sup>6</sup>, Ahmed Shahzad<sup>7</sup>, Phani Chaduvula<sup>2</sup>, Safeera Khan<sup>4</sup>

Abbiamo riscontrato un'ampia gamma di esiti neuroevolutivi nella raccolta dati.

Abbiamo incluso disturbi dello spettro autistico, quoziente intellettivo/QI, disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD), linguaggio isolato, attenzione e funzioni esecutive, comunicazione, comportamento e sviluppo psicomotorio.

**Tutti gli studi hanno mostrato un'associazione tra l'uso di paracetamolo e gli esiti neuroevolutivi elencati.**

L'uso a lungo termine, l'aumento della dose e la frequenza sono stati associati a un'associazione più forte.

Abbiamo estratto prove collettive da 16 studi che suggeriscono il ruolo del paracetamolo nello sviluppo di esiti neuroevolutivi avversi.

È urgente condurre ulteriori ricerche su questa associazione....

## REVIEW

2023

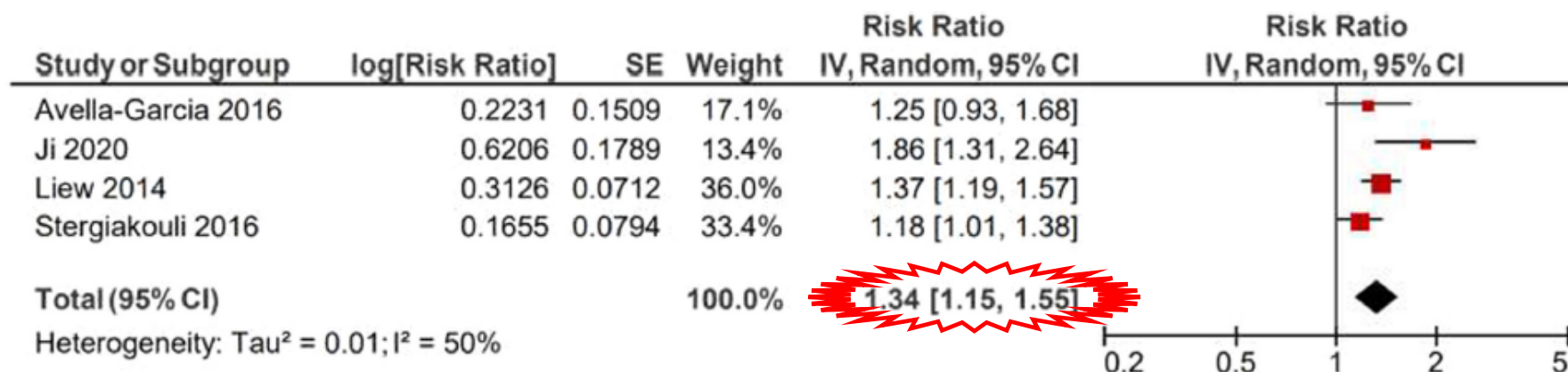


WILEY

# In utero acetaminophen exposure and child neurodevelopmental outcomes: Systematic review and meta-analysis



Christina Ricci<sup>1,2</sup> | Carmela Melina Albanese<sup>1</sup> | Lesley A. Pablo<sup>3</sup> | Jiaying Li<sup>3</sup> |



**FIGURE 4** Pooled association between in utero acetaminophen exposure and child ADHD, adjusted for maternal and infant characteristics and confounding by indication. Study Characteristics: Avella-Garcia 2016: Spain, 51% male, 5 years at follow-up, race/ethnicity unknown. Ji 2020: US, 55% male, 7-11 years at follow-up, Hispanic, non-Hispanic Black, non-Hispanic White, Other. Liew 2014: Denmark, unknown % male, 7 years at follow-up, race/ethnicity unknown. Stergiakouli 2016: UK, unknown % male, 7 years at follow-up, race/ethnicity unknown.

**Conclusions:** Confounding by indication did not explain the association between in utero acetaminophen exposure and child ADHD. Further, high-quality research is needed on this and other neurodevelopmental outcomes.

# Acetaminophen Use During Pregnancy and Children's Risk of Autism, ADHD, and Intellectual Disability

2024;331(14):1205-1214. doi:[10.1001/jama.2024.3172](https://doi.org/10.1001/jama.2024.3172)

Viktor H. Ahlqvist, PhD; Hugo Sjöqvist, MSc; Christina Dalman, MD, PhD; Håkan Karlsson, PhD; Olof Stephansson, MD, PhD; Stefan Johansson, MD, PhD; Cecilia Magnusson, MD, PhD; Renee M. Gardner, PhD; Brian K. Lee, PhD

(ma prevalenza d'uso in Svezia è quasi 60%→misclassificazione!)

**IMPORTANCE** Several studies suggest that acetaminophen (paracetamol) use during pregnancy may increase risk of neurodevelopmental disorders in children. If true, this would have substantial implications for management of pain and fever during pregnancy.

[+ Supplemental content](#)

[+ CME Quiz at  
jamacmelookup.com](#)

**RESULTS** In total, 185 909 children (7.49%) were exposed to acetaminophen during pregnancy. Crude absolute risks at 10 years of age for those not exposed vs those exposed to acetaminophen were 1.33% vs 1.53% for autism, 2.46% vs 2.87% for ADHD, and 0.70% vs 0.82% for intellectual disability. In models without sibling control, ever-use vs no use of acetaminophen during pregnancy was associated with marginally increased risk of autism

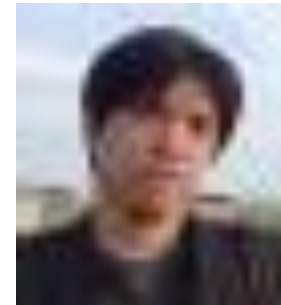
**CONCLUSIONS AND RELEVANCE** Acetaminophen use during pregnancy was not associated with children's risk of autism, ADHD, or intellectual disability in sibling control analysis. This suggests that associations observed in other models may have been attributable to familial confounding.



<https://doi.org/10.1111/ppe.70071>

## Maternal Acetaminophen Use and Offspring's Neurodevelopmental Outcome: A Nationwide Birth Cohort Study

Yusuke Okubo<sup>1</sup>  | Itaru Hayakawa<sup>2</sup>  | Ryo Sugitate<sup>3</sup>  | Hiroki Nariai<sup>4</sup>



+8% (signif.) per l'insieme dei **disturbi del neurosviluppo**

+22% (signif.) per **ADHD**

+8% (n.s. 95% CI: 0.98, 1.15) per **autismo**

**Conclusions:** Although PS-matched analyses indicated **small increases in risk**, sensitivity analyses suggested that unmeasured confounding, misclassification and other biases may partially explain these associations.

Ma prima del 2024, quando Ahlqvist e in parte Okubo aprissero a un'associazione che poteva non essere causale, qual è stata la comunicazione pubblica della '*comunità scientifica*', saldamente ispirata al principio di precauzione?



**14-8-2025**

RESEARCH

Open Access

# Evaluation of the evidence on acetaminophen use and neurodevelopmental disorders using the Navigation Guide methodology

Diddier Prada<sup>1</sup>, Beate Ritz<sup>2</sup>, Ann Z. Bauer<sup>3</sup> and Andrea A. Baccarelli<sup>4\*</sup>



(effetti protettivi).

Gli studi di **qualità più elevata avevano più probabilità di associazioni positive**.

Nel complesso, **la maggior parte degli studi ha riportato associazioni positive tra paracetamolo prenatale e ADHD, ASD o NDD nella prole**, con valutazioni del rischio di bias e della forza delle prove che hanno influenzato la sintesi finale.

**Conclusioni** Le analisi basate sulla Guida di Navigazione supportano **prove coerenti con l'associazione tra paracetamolo in gravidanza e aumento d'incidenza di disturbi NDD**. Gli **studi tra fratelli** possono introdurre **più bias di quanti ne tolgano**.

Servono misure appropriate e immediate per **consigliare alle donne in gravidanza di limitare il consumo di paracetamolo** per proteggere il neurosviluppo della prole.

**Risultati** 46 studi inclusi nell'analisi. **27 hanno riportato associazioni positive** (significative con i **disturbi del neurosviluppo/NDD**), 9 hanno mostrato associazioni nulle (non significative) e 4 associazioni negative

# Tabella di sintesi

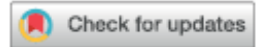


| Autore e anno  | Principali risultati                                                                                               | Conclusioni                                                                                            |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gou, 2019      | Rischio relativo (RR) combinato 1,25 [1,17–1,34] per ADHD nei figli di madri esposte; effetto > nel 3° trimestre.  | Associazione con paracetamolo significativa e dose-dipendente.                                         |
| Kim, 2020      | Identifica fattori come paracetamolo, fumo e obesità madre associati ADHD                                          | Fattori genetici o familiari non spiegano l'associazione con paracetamolo.                             |
| Masarwa, 2020  | Dopo correzione per bias, RR ancora >1 (da 1,05 a 1,38).                                                           | L'analisi dei bias riduce (ma non elimina) le associazioni; non si escludono confondenti non misurati. |
| Khan, 2022     | In tutti gli studi associazione tra esposizione prenatale ed esiti neuroevolutivi (autismo, ADHD, linguaggio, QI). | Prove convergenti e biologicamente plausibili di associazione.                                         |
| Ricci, 2023    | RR aggiustato 1,34 [1,15–1,55] x ADHD, anche dopo correzione per indicazione                                       | Il confondimento non spiega l'associazione con paracetamolo.                                           |
| Ahlqvist, 2024 | Studio svedese su coorti di nascita: c'è associazione con paracetamolo, ma l'analisi tra fratelli non la conferma. | Possibile ruolo di confondenti familiari.                                                              |
| Okubo, 2025    | Coorte giapponese: piccolo aumento rischio (+22% ADHD, +6% autismo).                                               | Effetto attenuato (non abolito) da possibili bias e misclassificazioni.                                |
| Prada, 2025    | <u>Prove coerenti d'associazione; critiche ad analisi tra fratelli; limitare in gravid</u>                         | Invita ad adottare il principio di precauzione verso il paracetamolo.                                  |

# Ripetutamente accettato, ma in un *limbo*...

RESEARCH ARTICLE

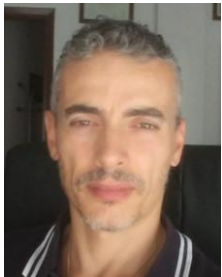
OPEN ACCESS



## Classification bias and impact of COVID-19 vaccination on all-cause mortality: the case of the Italian region Emilia-Romagna

Marco Alessandria<sup>a,b</sup>, Giovanni Trambusti<sup>c</sup>, Giovanni Maria Malatesta<sup>c</sup>, Panagis Polykretis<sup>c,d</sup> and Alberto Donzelli<sup>c,d</sup>

<sup>a</sup>Department of Life Sciences and Systems Biology, University of Turin, Turin, Italy; <sup>b</sup>Department of Theoretical and Applied Sciences, eCampus University, Novedrate, Italy; <sup>c</sup>Scientific Committee of the "Allineare Sanità e Salute" Foundation, Milan, Italy; <sup>d</sup>Independent Medical-Scientific Commission, Milan, Italy



**Conflitti di Interessi:** gli autori dichiarano di non avere conflitti d'interessi

Analisi e valutazione del documento  
“Mortalità in eccesso negli anni 2021 e 2022 dati ufficiali  
dall'Italia e dal mondo”  
dell'Associazione Umanità e Ragione

[https://www.iss.it/documents/20126/0/Risposta+ Eccesso+Mortalita%CC%80+Umanita%CC%80+e+Ragione\\_ultimo\\_rev31\\_07.pdf/34ae7793-32f1-7d7d-57e3-4f0b16833cd1?t=1696589930009](https://www.iss.it/documents/20126/0/Risposta+ Eccesso+Mortalita%CC%80+Umanita%CC%80+e+Ragione_ultimo_rev31_07.pdf/34ae7793-32f1-7d7d-57e3-4f0b16833cd1?t=1696589930009)

CMSi:

- *“... l’eliminazione della pratica distorsiva di classificare come “non vaccinati” i soggetti deceduti nei 14 giorni successivi a ciascuna inoculazione.”*

L'ISS, sia nelle pubblicazioni scientifiche che nei report che ha pubblicato negli ultimi due anni, **ai fini della valutazione dell'efficacia dei vaccini anti-COVID-19**, considera le persone che vengono diagnosticate (indipendentemente se hanno sviluppato una malattia grave o se siano morte) nei primi 14 giorni dalla somministrazione della prima dose, come “non vaccinati”. Le ragioni per tale scelta sono principalmente due:

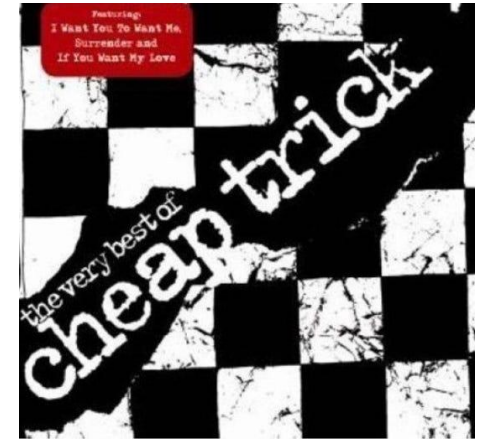
1. la protezione del vaccino richiede circa 2 settimane affinché sia sviluppata la risposta immunitaria verso il virus;
2. il periodo di incubazione della malattia, cioè il tempo dall'infezione allo sviluppo dei sintomi, varia da 2 a 14 giorni; si sottolinea che la diagnosi (in farmacia o nei laboratori autorizzati) di solito richiede qualche giorno ulteriore. Pertanto, una buona parte dei casi diagnosticati entro i 14 giorni, hanno contratto l'infezione prima della somministrazione della prima dose.

Nel caso di **valutazione di eventi avversi da vaccino** (es: shock anafilattico) la scelta di considerare la data di somministrazione della vaccinazione come il momento di inizio dell'esposizione è chiaramente condivisa.

In entrambi i casi quanto fatto è in accordo con le conoscenze scientifiche e in linea con quanto suggerito dagli enti sanitari nazionali ed internazionali.

Gli studi nel mondo reali sull'efficacia vaccinale spesso presentano diversi *bias*, che distorcono i risultati. Un precedente articolo sulla popolazione di Pescara, che correggeva l'“*immortal time bias*”, ha mostrato più mortalità totale nei vaccinati.

Qui mostriamo il ‘**bias della finestra di conteggio dei casi**’ (Cheap Trick), che considera i vaccinati ‘non vaccinati’ per 14 giorni dopo la dose.



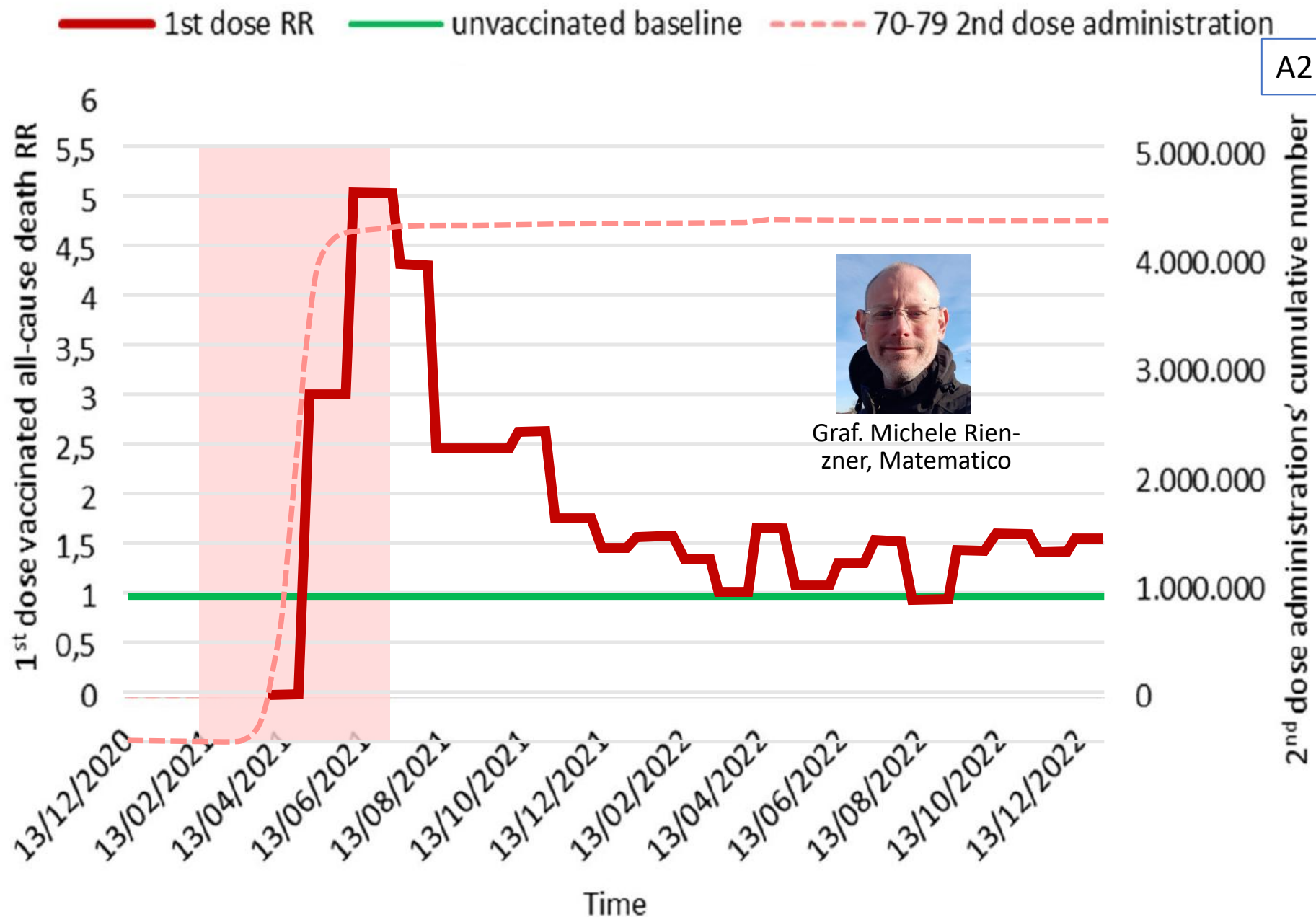
Abbiamo documentato questo bias nella regione Emilia-Romagna, calcolando l'incidenza giornaliera di mortalità per ogni fascia d'età di vaccinati e non-, e verificando le differenze di mortalità totale nei 14 giorni considerati.

**In questa finestra** i due gruppi han mostrato **enormi differenze nei decessi per tutte le cause**, che non si possono attribuire solo ai decessi COVID-19.

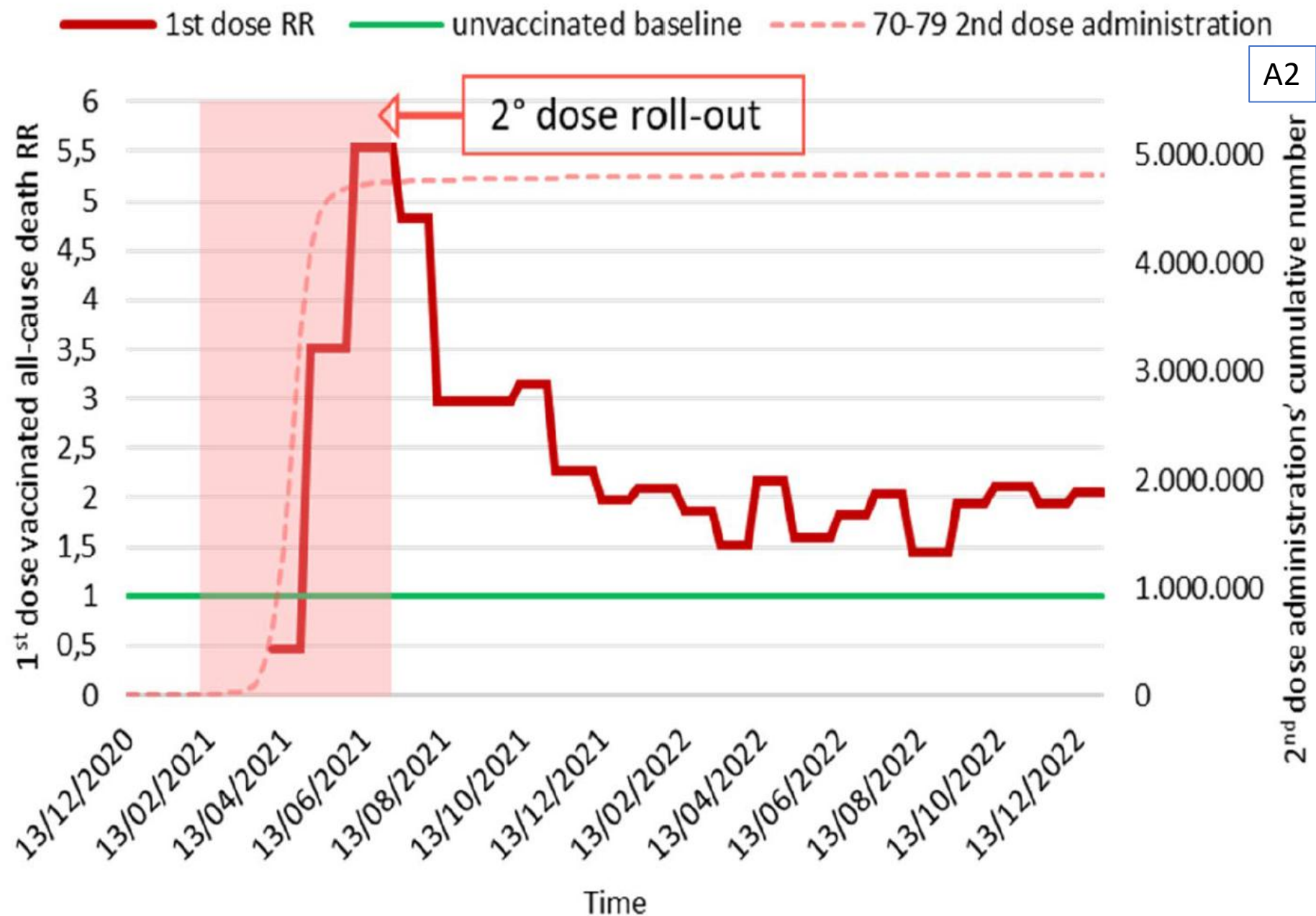
Lo spostamento di mortalità di 14 giorni rispetto al previo stato vaccinale **è una specifica indicazione dell'ISS italiano**.

Così, analizzando i dati di una Regione, abbiamo trovato prove del ‘*bias della finestra di conteggio dei casi*’, che **aumenta in modo artificiale la mortalità dei ‘non vaccinati’** e **riduce la mortalità vera dei vaccinati**.

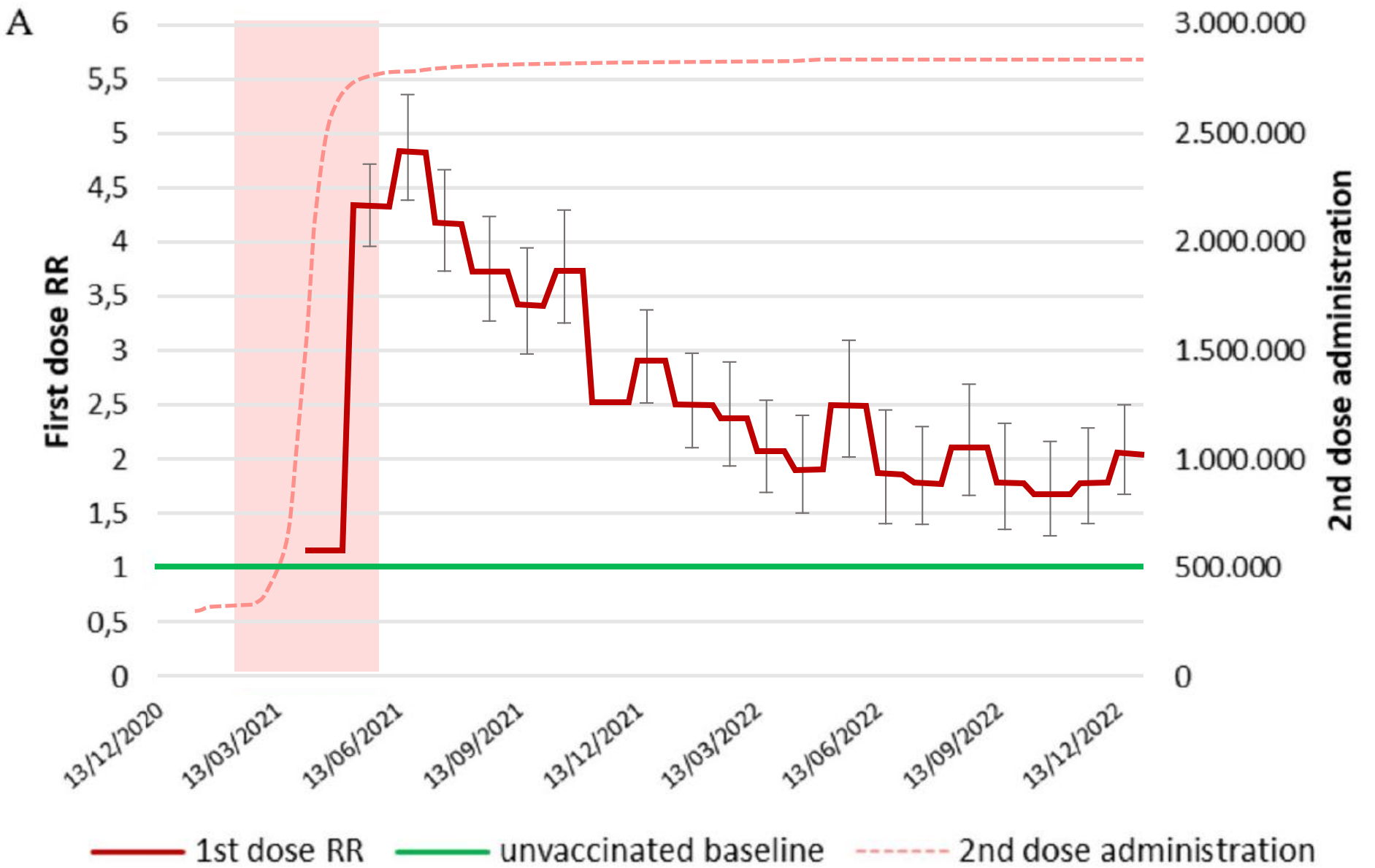
Lo stesso *bias* è in gioco anche nei dati inglesi di mortalità per stato vaccinale



**70-79 anni, RR morti totali dei vaccinati 1<sup>a</sup> dose alla somministrazione della 2<sup>a</sup> dose.**

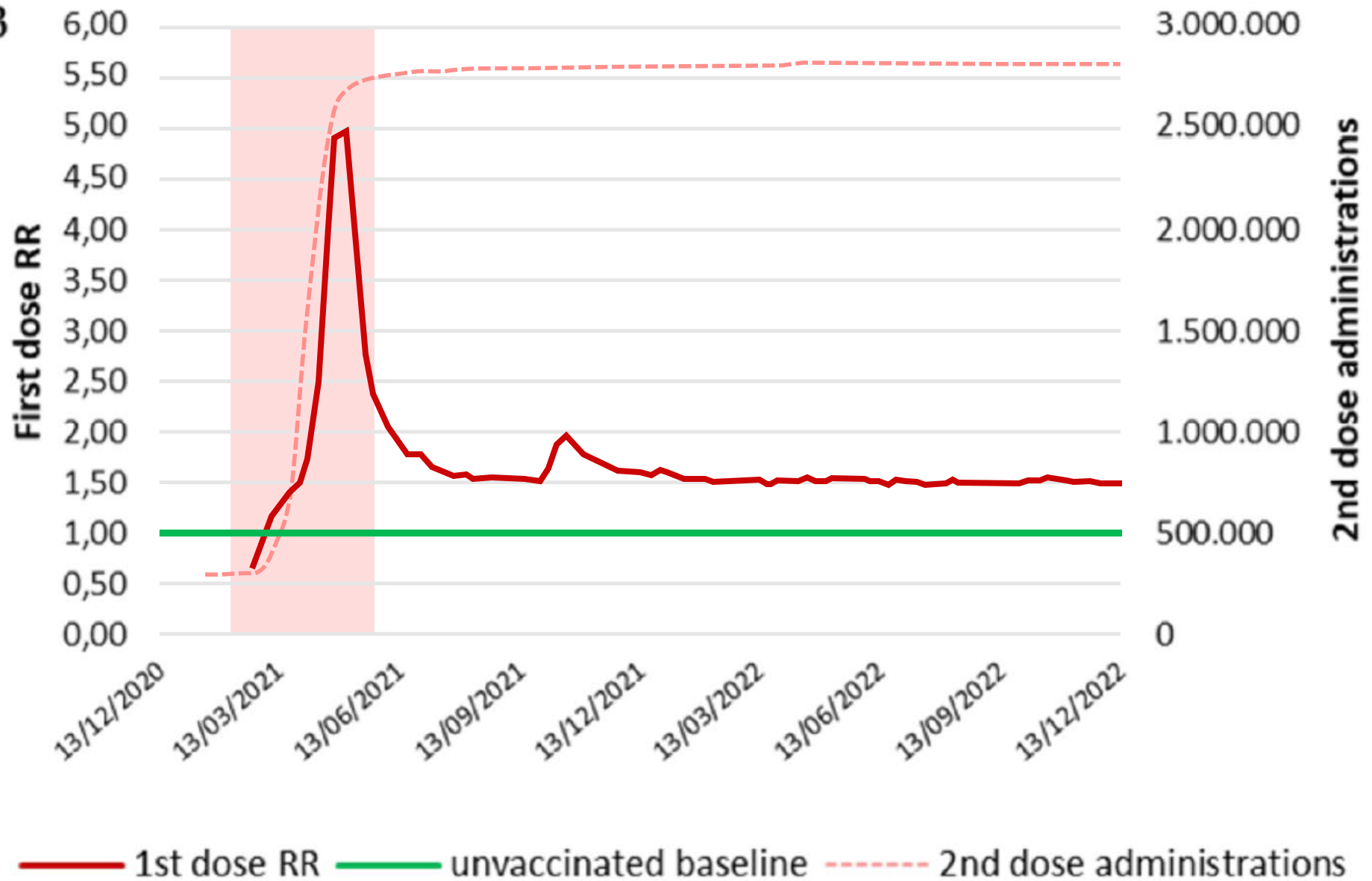


70-79 anni, RR morti non-COVID dei vaccinati 1<sup>a</sup> dose alla somministrazione della 2<sup>a</sup> dose.



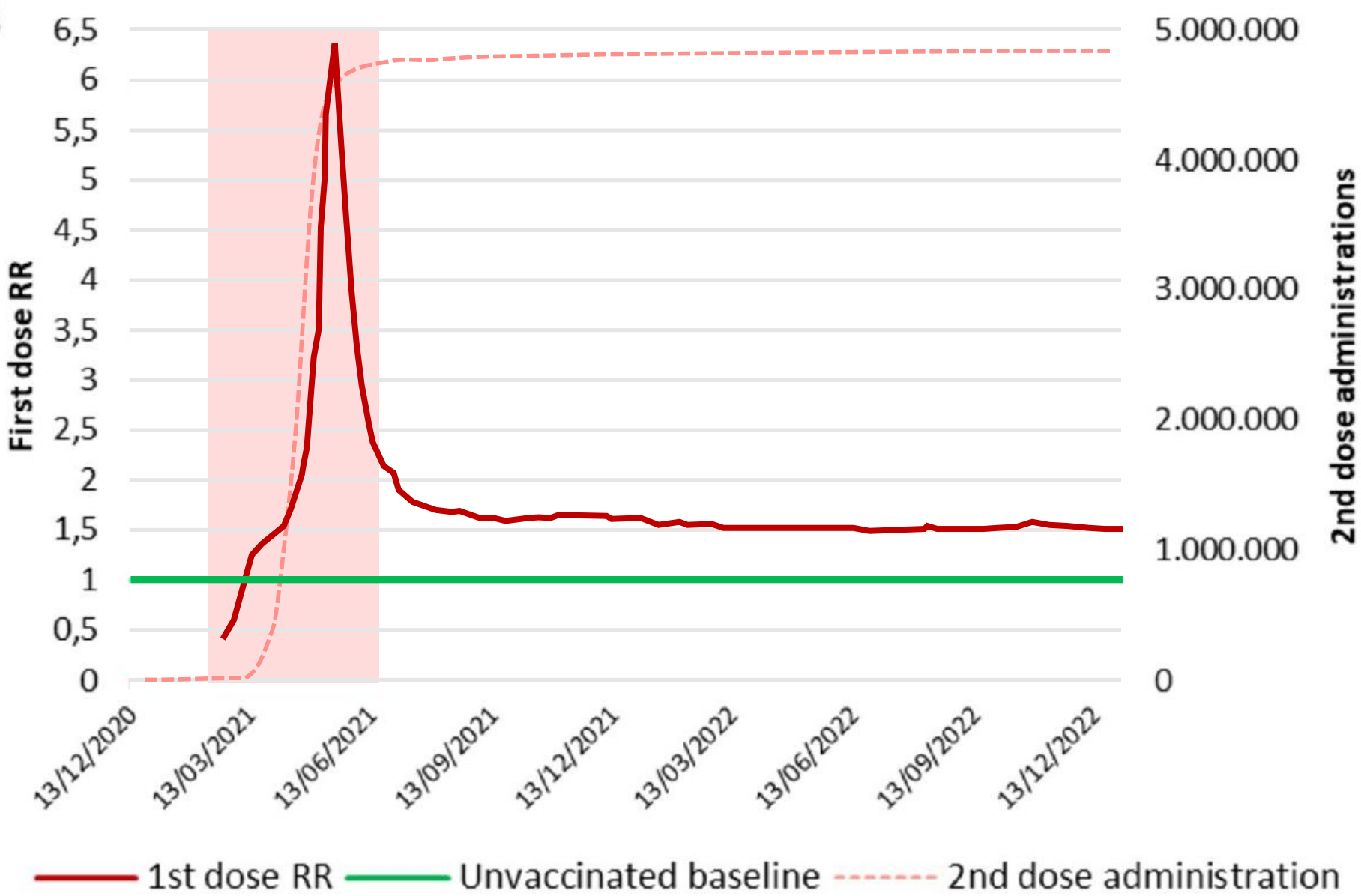
**80+ anni**, RR morti non-COVID dei vaccinati 1<sup>a</sup> dose alla somministrazione della 2<sup>a</sup> dose.

B



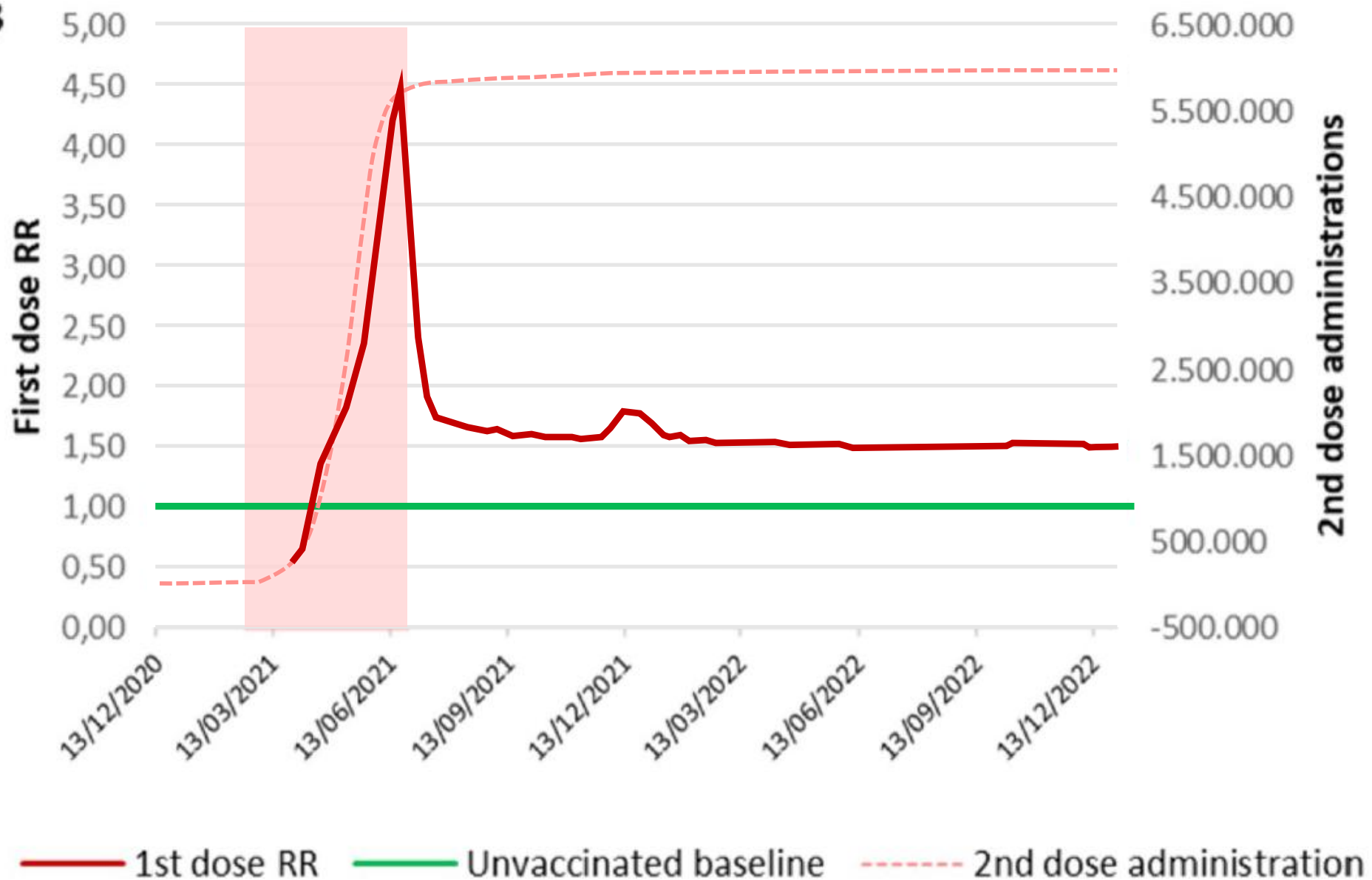
Ricostruzione, su dati reali, dell'effetto di attribuire ai non vaccinati **80+** i morti non-COVID tra i vaccinati nei 14 giorni dopo la 1<sup>a</sup> dose nella campagna vaccinale in Inghilterra.

B

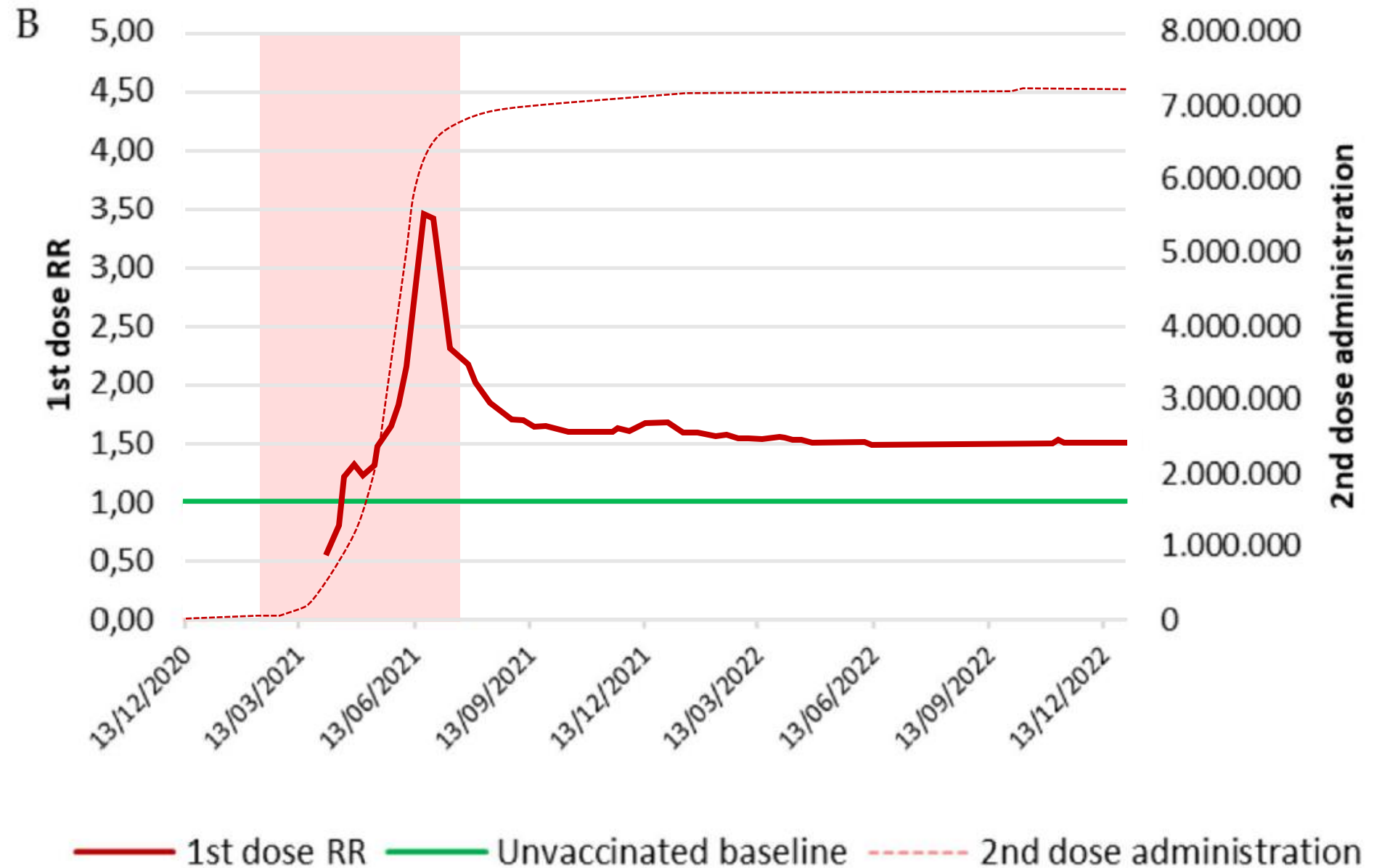


Ricostruzione, su dati reali, dell'effetto di attribuire ai non vaccinati **70-79** i morti non-COVID tra i vaccinati nei 14 giorni dopo la 1ª dose nella campagna vaccinale in Inghilterra.

B



Ricostruzione, su dati reali, dell'effetto di attribuire ai non vaccinati **60-69** i morti non-COVID tra i vaccinati nei 14 giorni dopo la 1<sup>a</sup> dose nella campagna vaccinale in Inghilterra.



Ricostruzione, su dati reali, dell'effetto di attribuire ai non vaccinati 50-59 i morti non-COVID tra i vaccinati nei 14 giorni dopo la 1<sup>a</sup> dose nella campagna vaccinale in Inghilterra.

**‘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** (→ neomicina, adiuvanti...)

## Inside the Henry Ford vaccine controversy

Del Bigtree – (Film) An Inconvenient Study (2025)

Diversi precedenti studi di confronto "vaccinati vs. non vaccinati" erano stati respinti non per la debolezza dei dati, ma perché questi non erano graditi, sostenendo che non provenivano da istituzioni di alto livello o non apparivano sulle maggiori riviste mediche.



Ciò ha spinto Bigtree a rivolgersi al Dott. Marcus Zervos per condurre questo studio. Il Dott. Zervos era uno dei maggiori infettivologi USA, e l'Henry Ford Health era un centro medico stimato, con uno dei più grandi database di pazienti del Paese.

Bigtree disse a Zervos che questa era l'opportunità per dimostrare che i no-vax si sbagliavano, e ciò lo convinse ad accettare lo studio, che fu completato nel 2020. Come previsto da Bigtree, i risultati furono devastanti per i vaccinati, ma c'era un problema: il Dott. Zervos scelse di non pubblicarlo.

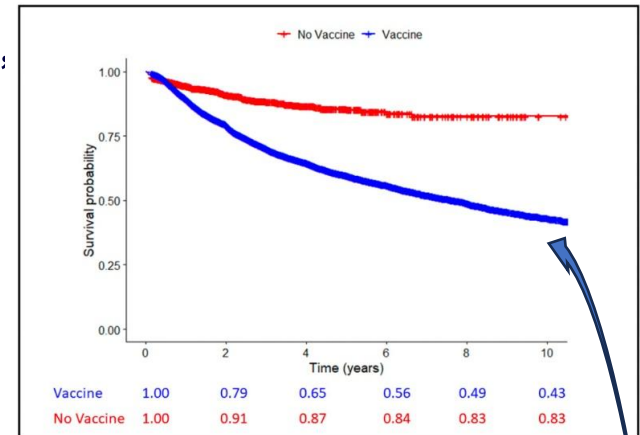
Nel 2022, Bigtree convinse il Dott. Zervos a spiegare il perché. Consapevole dell'importanza del momento, registrò la conversazione con una telecamera nascosta.

Il Dott. **Zervos ammise** apertamente su nastro il perché, senza mezzi termini: **"Se pubblicassi una cosa del genere, tanto vale che mi ritiri. Sarebbe la mia fine"**.



Ecco cosa ha rivelato lo studio. I bambini vaccinati avevano:

- una **probabilità 4,29 volte maggiore** di soffrire di **asma**
- **tre volte maggiore** di malattie atopiche (come l'**eczema**)
- **quasi sei volte** maggiore di **malattie autoimmuni**, (che comprendono oltre 80 malattie diverse)
- **5,5 volte** più **disturbi dello sviluppo neurologico**
- **2,9 volte** più **disabilità motorie**
- **4,5 volte** più **disturbi del linguaggio**
- **3 volte** superiori **ritardi nello sviluppo**
- **6 volte** più **infezioni acute/croniche dell'orecchio**.
- In circa **2.000 bambini non vaccinati**, **non** si sono verificati casi di **ADHD**, **diabete**, **problemi comportamentali**, **difficoltà di apprendimento**, **disabilità intellettive**, **tic** o **altri disturbi psicologici**.

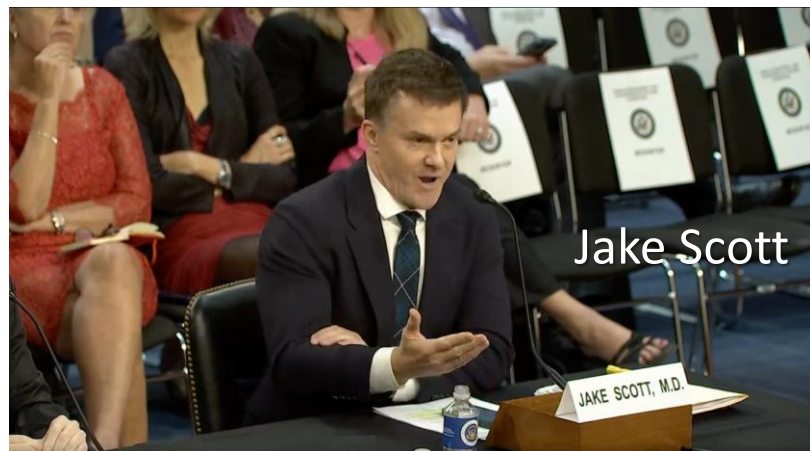


*Kaplan-Meier: 10 y. chronic-free*

La **conclusione** dello studio: «Contrariamente alle nostre aspettative, abbiamo scoperto che l'esposizione alla **vaccinazione** era associata in modo indipendente a un **aumento** complessivo di **2,5 volte** della **probabilità di una condizione di salute cronica** rispetto ai bambini non esposti alla vaccinazione».

Non vaccinati nei 10 anni **17%** di **probabilità di malattia cronica**, vaccinati **57%**

## Tentativi falliti di screditare studio di Zervos



Jake Scott



Aaron Siri

Scott ha detto che:

- *i vaccinati sono in partenza più malati.*

Dall'epidemiologia, non sembra vero, e comunque i tassi di cancro (controllo negativo) erano paragonabili.

- *il disegno di studio era sbagliato.*

Ma aveva seguito le linee-guida CDC, e approvato dall'Henry Ford Inst., finanziatore. Perché poi Scott non ha detto come si sarebbe dovuto fare, secondo lui?

- *le coorti erano differenti.*

Ma Zervos ha aggiustato per sesso, razza; peso, distress respiratorio e traumi alla nascita, prematurità.

- *Il tempo medio di misurazione dell'esordio di malattia era più corto nei non vaccinati.* Vero, media 1,3 anni vs 2,7. Ma le analisi di sensibilità hanno mostrato risultati coerenti per i seguiti almeno 1 anno, 3 anni, 5 anni, anzi sempre più alti!

- *Il 75% è stato seguito solo fino a 3 aa.* Ma CDC mostrano che molti più bambini hanno diagnosi di malattie croniche entro 2 anni, anziché da 3 a 8!

# Quali sono secondo voi le quattro cose più gravi di questa storia?

(in ordine, a mio avviso, di crescente gravità)

- 1) Che Zervos e gli altri coautori, e la loro Istituzione (Henry Ford Health) abbiano tutti deciso di tacere, preferendo carriera, fondi di ricerca e tranquillità alla salute dei bambini
- 2) Che i critici in Senato (l'infettivologo Scott e l'epidemiologo Morris) non abbiano detto come avrebbero fatto loro lo studio, né chiesto di ripeterlo subito
- 3) Che l'intera Comunità scientifica non l'abbia ancora preteso, a gran voce
- 4) (*con auspicio che ciò non si verifichi...*) Se - quando renderemo pubblici questi dati - medici, scienziati, politici, ecc. italiani non pretenderanno che uno studio come questo sia al più presto replicato... togliendo nel frattempo l'obbligo vaccinale!

In ogni caso **il messaggio che il mondo scientifico sta inviando è spaventoso**: «se i dati e le informazioni che ne derivano non sono allineati alla narrazione dominante, questi dati è lecito, accettabile, *normale* ignorarli, o persino occultarli».

**Dovete fidarvi della Scienza!** Oppure no?!

**TTE: Trust the Evidence,**  
**not** «The Science» → Fida-  
tevi delle **Prove**,  
non de 'La Scienza'



Tom Jefferson, MD  
Oxford Group - Cochrane

ORIGINAL ARTICLE

# Meta-Analysis of Glucocorticoids for Covid-19 Patients Not Receiving Oxygen

Remo Daniel Covello, M.D.,<sup>1</sup> Laura Pasin, M.D.,<sup>2</sup> Stefano Fresilli, M.D.,<sup>3</sup> Krisztina Tóth, M.D.,<sup>4</sup> Caterina Damiani, M.D.,<sup>3</sup> Ludhmila Abrahão Hajjar, M.D., Ph.D.,<sup>5</sup> Alberto Zangrillo, M.D.,<sup>3,6</sup> and Giovanni Landoni, M.D.<sup>3,6</sup>

Table 2. Outcomes.\*

| Outcome                        | No. of Included Reports | No. of Glucocorticoid Patients | No. of Control Patients | Odds Ratio   | 95% CI     | P Value for Effect | I <sup>2</sup> (%) |
|--------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------|------------|--------------------|--------------------|
| Overall population             | 6                       | 3704                           | 2930                    |              |            |                    |                    |
| <u>Mortality†</u>              | 6                       | 509/3704 (14%)                 | 294/2930 (10%)          | <u>1.56‡</u> | 1.27–1.92‡ | <0.001‡            | 20                 |
| <u>RCTs only</u>               | 5                       | 90/580 (16%)                   | 145/1130 (13%)          | <u>1.34§</u> | 1.00–1.78§ | 0.05§              | 0                  |
| <u>Mechanical ventilation¶</u> | 4                       | 98/550 (18%)                   | 160/1088 (15%)          | 1.32         | 1.00–1.74  | 0.05               | 0                  |

\* CI denotes confidence interval; and RCTs, randomized controlled trials. Bold type indicates statistical significance.

† Additional data were provided through personal correspondence (C.M. Prado Jeronimo, K. Crothers, J. Kocks, and X. Tang).

‡ Overall effect size estimate based on three reports (6531 patients).

§ Overall effect size estimate based on two trials (1607 patients).

¶ Additional data were provided through personal correspondence (J. Kocks and X. Tang).

|| Overall effect size estimate based on two trials (1542 patients).



**Cure domiciliari?!**

OPEN ACCESS

**Edited by:**

Ulises Gomez-Pinedo,  
Instituto de Investigación Sanitaria del  
Hospital Clínico San Carlos, Spain

**Reviewed by:**

Jorge Matias-Guiu,  
Complutense University of  
Madrid, Spain  
Ana Laura Márquez-Aguirre,  
CONACYT Centro de Investigación y  
de Estudios Científicos de Yucatán, México

# Cytokine Storm in COVID-19—Immunopathological Mechanisms, Clinical Considerations, and Therapeutic Approaches: The REPROGRAM Consortium Position Paper

Sonu Bhaskar<sup>1,2,3\*</sup>, Akansha Sinha<sup>1,4</sup>, Maciej Banach<sup>1,5,6,7</sup>, Shikha Mittoo<sup>1,8</sup>,  
Robert Weissert<sup>1,9</sup>, Joseph S. Kass<sup>1,10</sup>, Santhosh Rajagopal<sup>1,11</sup>, Anupama R. Pai<sup>1,12</sup> and  
Shelby Kutty<sup>1,13,14</sup>

<sup>1</sup> Pandemic Health System REsilience PROGRAM (REPROGRAM) Consortium, REPROGRAM Immunity Sub-committee†

## Corticosteroids and NSAIDs

Corticosteroids and NSAIDs can effectively suppress hyperinflammatory responses; however, delayed viral clearance could lead to further complications and also increase the risk of transmission. Although corticosteroids could be used acutely to target cytokine storm, their use in respiratory viral infection is associated with increased mortality, increased risk of secondary bacterial or fungal infections, and prolonged ICU admission. Furthermore, corticosteroids may mask

COVID-19 related fever. As such, corticosteroids and NSAIDs are not recommended for routine management of COVID-19 patients (40), despite a theoretical benefit in reducing cytokine storm risk.





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



Beth Stuart ,<sup>1,2</sup> Roderick Venekamp ,<sup>3</sup> Hilda Hounkpatin ,<sup>2</sup> Sam Wilding,<sup>4</sup> Michael Moore ,<sup>2</sup> Paul Little ,<sup>2</sup> Martin C Gulliford <sup>5</sup>

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) |
| <b>RTI only</b> |                                    |                               |                                            |                               |
| 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)           |
| <b>UTI only</b> |                                    |                               |                                            |                               |
| 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) |
| <b>RTI only</b>  |                                    |                               |                                            |                               |
| 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.