

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

(64° incontro, 14-12-'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. Massimo
Marini

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

Dichiarazione

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

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

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

E che

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

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

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

• Questa presentazione affronterà:



- Scaletta (Slide 4)
- Fondazione *Allineare Sanità e Salute* (S 5) ed es. di disease mongering:
- Screening ca. prostata con PSA e disease mongering (da S 6)
- Riparte il circo delle mascherine? A non fare i conti con le prove... (S 13)
- Voto storico ACIP USA: via raccomandazione universale vacc. anti-Epatite B neonati (da S 14)
- Vaccinazione antipneumococco e bilancio sanitario netto in progress (da S 21)
- Scoop: Cheap Trick (in Italia e...?) con **tutti** i vaccini! (da S 24)
- Giurisprudenza e libertà prescrittiva del medico: Sentenza Consiglio di Stato 2022 (da S 27)
- FANS subito a dosi piene o paracetamolo nelle infezioni respiratorie? **No!** altro (da S 41)
- Cortisonici in pazienti COVID non desaturati: le prove disponibili dicono **No** (da S 48)
- Criteri ed esempi di alternative: reminder su iodopovidone (da S 53)
- Grande coorte pediatrica inglese Lancet: vaccino meno eventi di COVID?! (gravi bias) (da S 57)
- Grande coorte di adulti francesi JAMA: vaccinati meno morti?! (bias e non credibile) (da S 60)
- Rispieghiamo il *bias del 'vaccinato sano'* (da S 64)
- Vaccino influenzale Pfizer a mRNA: fallimento camuffato da successo (da S 69)
- Agenda OMS Europea 2030 e ossessioni vaccinali (da S 72)



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 →)

The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

OCTOBER 30, 2025

VOL. 393 NO. 17

European Study of Prostate Cancer Screening — 23-Year Follow-up

Monique J. Roobol, Ph.D.,¹ Ivo I. de Vos, M.D.,¹ Marianne Månsson, Ph.D.,² Rebecka A. Godtman, M.D., Ph.D.,²
Kirsi M. Talala, Ph.D.,³ Elly den Hond, Ph.D.,⁴ Vera Nelen, M.D., Ph.D.,⁴ Arnaud Villers, M.D., Ph.D.,⁵
Gregoire Poinas, M.D.,⁶ Maciej Kwiatkowski, M.D., Ph.D.,⁷⁻⁹ Stephen Wyler, Ph.D., M.D.,^{7,8}
Franz Recker, M.D., Ph.D.,⁷ Donella Puliti, Ph.D.,¹⁰ Giuseppe Gorini, M.D., Ph.D.,¹⁰ Marco Zappa, Ph.D.,¹⁰
Alvaro Paez, M.D.,¹¹ Marcos Lujan, M.D.,¹² Chris H. Bangma, M.D., Ph.D.,¹ Teuvo Tammela, M.D., Ph.D.,^{13,14}
Fritz H. Schröder, M.D., Ph.D.,¹ Sebastiaan Remmers, Ph.D.,¹ Jonas Hugosson, M.D., Ph.D.,² and
Anssi Auvinen, M.D., Ph.D.,¹⁵ for the ERSPC Investigators*

>162.000 maschi di 55-69 anni al reclutamento (media 60) con PSA o gruppi controllo

CONCLUSIONS

Long-term follow-up confirms a sustained reduction in deaths from prostate cancer with PSA testing, alongside an improved harm–benefit ratio. Future screening strategies should adopt risk-based approaches to minimize overdiagnosis while maintaining clinical benefits. (Funded by the Dutch Cancer Society and others; ERSPC ISRCTN registry number, ISRCTN49127736.)

Supplementary Appendix

Supplement to: Roobol MJ, de Vos II, Månsson M, et al. European study of prostate cancer screening — 23-year follow-up. N Engl J Med 2025;393:1669-80. DOI: 10.1056/NEJMoa2503223

This appendix has been provided by the authors to give readers additional information about the work.

Supplementary Table S2: Rate ratios of prostate cancer diagnosis stratified by center and risk group

Center	Overall (95% CI)	Low-risk (95% CI)	Intermediate-risk (95% CI)	High-risk (95% CI)	Advanced* (95% CI)
Netherlands	1.61 (1.52-1.71)	3.59 (3.23 – 4.0)	1.26 (1.11 - 1.41)	1.09 (0.97 - 1.22)	0.45 (0.37 - 0.55)
Belgium	1.19 (1.06-1.34)	1.29 (1.09 - 1.54)	1.56 (1.08 - 2.27)	1.05 (0.79 - 1.40)	1.33 (0.85 - 2.10)
Finland	1.14 (1.09-1.19)	1.77 (1.64 - 1.92)	1.01 (0.93 - 1.09)	0.88 (0.81 - 0.96)	0.76 (0.65 - 0.88)
Italy	1.17 (1.05-1.31)	1.35 (1.13 - 1.61)	1.30 (1.06 - 1.61)	0.93 (0.75 - 1.16)	0.73 (0.35 - 1.47)
Spain	1.48 (1.12-1.97)	3.06 (1.76 - 5.59)	1.11 (0.69 - 1.81)	1.04 (0.61 - 1.75)	1.78 (0.59 - 5.89)
Switzerland	1.52 (1.36-1.71)	2.37 (1.99 - 2.84)	1.18 (0.96 - 1.44)	1.17 (0.88 - 1.54)	0.54 (0.34 - 0.84)
Sweden	1.32 (1.20-1.45)	2.40 (2.06 - 2.80)	0.99 (0.82 - 1.19)	0.75 (0.59 - 0.94)	0.74 (0.56 - 0.99)

*Advanced prostate cancer is defined as the presence of lymph node or bone metastasis, or a PSA value greater than 100 ng/ml

CI: confidence interval (confidence intervals are presented without adjustment for multiplicity and should be used to infer definitive statistical significance or for formal hypothesis testing)

Adatta le dimensioni a pagina e abilità lo scor

Supplementary Appendix

Supplement to: Roobol MJ, de Vos II, Månsson M, et al. European study of prostate cancer screening — 23-year follow-up. N Engl J Med 2025;393:1669-80. DOI: 10.1056/NEJMoa2503223

This appendix has been provided by the authors to give readers additional information about the work.

Supplementary Table S3: Rate ratios of prostate cancer mortality

Center	Rate ratio	95%CI
Netherlands	0.73	0.61-0.86
Belgium	1.05	0.68-1.62
Finland	0.93	0.82-1.05
Italy	1.06	0.74-1.51
Spain	1.07	0.34-3.42
Switzerland	1.07	0.65-1.77
Sweden	0.76	0.59-0.99



CI: confidence interval (confidence intervals are presented without adjustment for multiplicity and should not be used to infer definitive statistical significance or for formal hypothesis testing)

Re: Dati mortalità



Giuseppe Gorini <g.gorini@ispro.toscana.it>

A adonzelli55@outlook.it



L'utente ha risposto al messaggio in data 22/11/2025 00:02.

buongiorno Alberto,
ecco i dati solo per l'Italia. Non ho i dati degli altri Paesi,
E' una coorte di soggetti anziani. La numerosità dei due bracci è di circa 7.500 soggetti cadauno, c
circa 200 casi in più ciascuno rispetto all'articolo di NEJM, perchè hanno fatto delle esclusioni centralmente, a
Rotterdam, che ora non sono in grado di riprodurre, ma la cosa non cambia,

	Braccio di intervento	Braccio di controllo
Morti per tumore della prostata	96 + 3	93
Morti per altre cause	3120 +64	3056
Vivi al 31/12/2018 (ultima data di follow-up)	4288	4323

**numericamente,
il gruppo con PSA di
screening **+67** morti;
se aggiustam. peggio!**

cari saluti,

Gius

--

--

Dr. Giuseppe Gorini

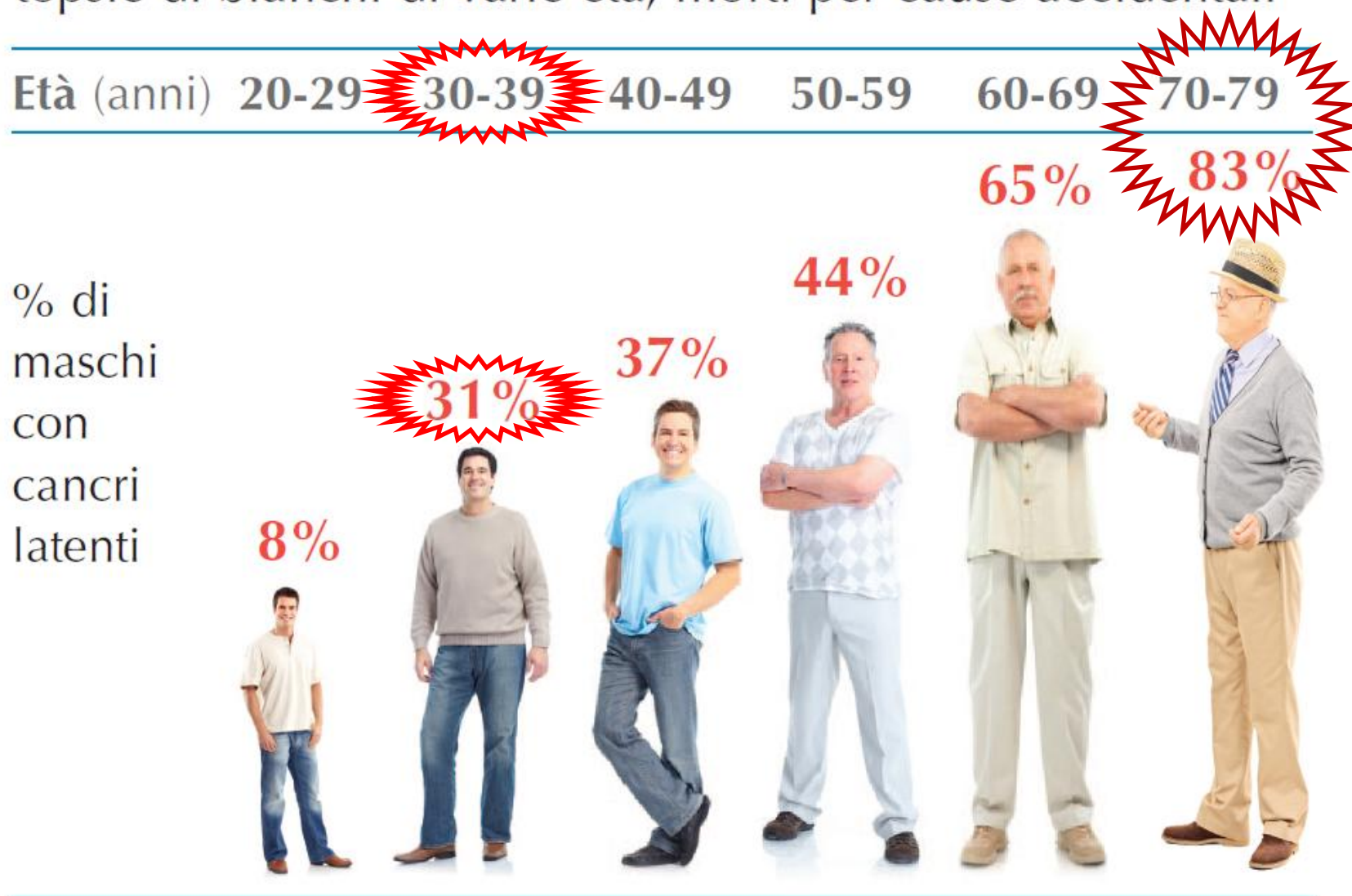
Responsabile SS valutazione screening

SC epidemiologia clinica e di supporto al governo clinico

Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO)

Villa delle Rose, via Cosimo il Vecchio, 2 - 50139 Firenze - Tel. 055/4223846-733; 055/416942-733

Fig. 1 – Casi di cancro alla prostata latenti scoperti in autopsie di bianchi di varie età, morti per cause accidentali³



Sakr WA, et al. Age and racial distribution of prostatic intraepithelial neoplasia. Eur Urol. 1996;30(2):138-44. doi: 10.1159/000474163. [autopsie 525 maschi morti per trauma]⁴

Screening del tumore alla prostata in Regione Lombardia



L'obiettivo (*dichiarato*) del programma è **intercettare tempestivamente eventuali problemi** alla prostata, **aumentando le probabilità di guarigione** e **riducendo la necessità di trattamenti invasivi**.

Scheda informativa

Screening del tumore alla prostata in Regione Lombardia

• *Rivolto a: Cittadini*

**Risultato effettivo:
Disease mongering**

Screening del tumore alla prostata in Regione Lombardia

Dal 2025, Regione Lombardia ha ampliato la fascia d'età (50-70 anni) dei cittadini che possono accedere gratuitamente al **programma di screening per il tumore alla prostata**, offrendo a un numero maggiore di uomini lombardi la possibilità di **prevenire** e **individuare precocemente** la malattia.

L'obiettivo del programma è **intercettare tempestivamente eventuali problemi** alla prostata, aumentando le probabilità di guarigione e riducendo invasivi.

In presenza di **malattia tumorale**, e di **scarsa prevenzione e controllo**, cresce indisturbata, dando origine a possibili sintomi delle basse vie urinarie.

- **difficoltà a urinare** (getto progressivamente più debole)
- **bisogno di urinare spesso**
- **dolore quando si urina**
- **sangue nelle urine** o **nello sperma**
- **sensazione di non riuscire a urinare in modo completo**

La visita urologica annuale è un appuntamento al quale **non bisogna mai mancare, in ogni caso**. Ecco che **Movember** diventa l'occasione giusta **per chi ancora non ha effettuato il controllo**.



**Disease mongering
(commercio di malattie)**

Physical interventions to interrupt or
reduce the spread of respiratory viruses -
Jefferson, T - 2023 | Cochrane Library



poca o nessuna differenza: per sintomi da sindromi influenzali o COVID-19 il rapporto di rischio è 0,95 (cioè -5% i sintomi in chi le indossa, non statisticamente significativo, n.s.), per influenza o SARS-CoV-2 con conferma in laboratorio 1,01 (+1% n.s., cioè chi le indossa risulta un pò più positivo al virus).

**PICCO DI RICOVERATI IN UK. SUGGERITO
IL BAVAGLIO PER CHI HA SINTOMI**



**STARMER RIESUMA
LE MASCHERINE
PER L'INFLUENZA**



Rimossa negli USA la raccomandazione alla vaccinazione universale antiepatite B, dopo giorni di fiero dibattito

Dopo che i giornali avevano lanciato l'allarme per la **catastrofe**, il **Comitato consultivo per le pratiche d'immunizzazione (ACIP)** ha

rotto con 30 anni di politica vaccinale e ha deciso che **ai neonati a basso rischio** (salvo i figli di madre+) **non serve un vaccino contro l'epatite B alla nascita**.

Il comitato ha votato 8 voti contro 3 che i neonati da madri negative al test per l'epatite B dovrebbero ricevere la **1ª dose non prima dei 2 mesi**, in base a una decisione individuale tra le famiglie e il loro medico. Per i neonati di madri+, o con stato di epatite B sconosciuto, la raccomandazione della dose alla nascita resta.

Tre membri dell'ACIP – i Dr. Pollack, Meissner e Hibbeln – si sono opposti al cambiamento, sostenendo che il nuovo approccio avrebbe aumentato il rischio per i bambini. **L'AAP** ha addirittura sostenuto che **i bambini moriranno**.

La **Dr. Pebsworth**, presidente del gruppo di lavoro sull'epatite B, ha riassunto le questioni.

L'epatite B è una malattia grave e prevenibile con la vaccinazione, ma vi è "incertezza sui reali tassi di incidenza, prevalenza, trasmissione orizzontale" e "sulla necessità di tutte le tre dosi raccomandate". Ha inoltre rilevato "lacune nelle prove e limitazioni sulla sicurezza".



I neonati da madri positive devono comunque ricevere la dose alla nascita e le immunoglobuline anti-epatite B. Le **lacune nello screening materno** vanno considerate "un **grave problema di qualità dell'assistenza**, se non errore medico".

Per i neonati da madri negative al test, Pebsworth ha affermato che c'era "forte consenso" sul fatto che "non è necessario vaccinarli di routine... alla nascita".

Ogni membro aveva già sostenuto i propri argomenti e scelto una posizione. La discussione serviva a stabilire parametri definitivi prima del **voto storico**.

Un punto di tensione era la **tempistica**. Perché due mesi? C'erano prove che ritardare la 1ª dose modificasse il rapporto rischio-beneficio?

Si è suggerito che vaccinare **dopo almeno due mesi sposti l'esposizione in una finestra più sicura di sviluppo** del neonato.

Un altro punto di frizione riguardava la **sierologia**. Genitori e medici avrebbero dovuto controllare i livelli anticorpali dopo la vaccinazione, e magari interrompere la serie di vaccinazioni in anticipo?

Di norma, per l'epatite B si prevedono tre dosi – alla nascita, a 2 mesi, a 6 mesi – con sieroconversione = anticorpi anti-HBs ≥ 10 mUI/mL.

La 2^a votazione proponeva di **consentire il test anticorpale prima della successiva dose, così che le famiglie potessero evitare dosi non necessarie** se era già raggiunta la



protezione – una sfida al presupposto che a ogni bambino servano tutte e tre le dosi.

Il **Dott. Meissner** ha messo in guardia, sostenendo che la sierologia post-dose "non è un buon correlato di protezione". Questa è la stessa logica usata per giustificare il richiamo dei bambini con vaccini



COVID – pure nessuno si era lamentato allora ...

Ma per il **Dr. Milhoan**

i titoli anticorpali si accolgono come prova dell'efficacia del vaccino quando conviene, mentre si scartano quando potrebbero limitare dosi ulteriori...

Il **Dr. Malone** ha detto «La sanità pubblica punta a ‘massimizzazione il bene più grande per il maggior numero di persone’, ma i medici devono anche **proteggere ‘il diritto all'autodeterminazione dell'individuo’**: io preferisco la tutela dei diritti individuali»

La **Dr.ssa Griffin** ha ricordato: «Stiamo chiedendo ai nostri bambini di risolvere un problema degli adulti?». La vaccinazione precoce è stata spesso promossa non perché i neonati corrano un rischio sostanziale, ma perché gli adulti spesso saltano lo screening o il follow-up. I bambini sono stati la rete di sicurezza per le lacune del sistema.

Molti ricordavano l'era COVID, quando si esortava a vaccinare i bambini soprattutto "per proteggere la nonna".

Il **Prof. Retsef Levi** ha affrontato il tema della fiducia dei



genitori. "Suggerisco loro di essere molto, molto sospettosi

quando qualcuno dice loro che qualcosa è sicuro, soprattutto un vaccino".

"Abbiamo detto ai genitori che i vaccini sono del tutto sicuri, quando non li abbiamo mai

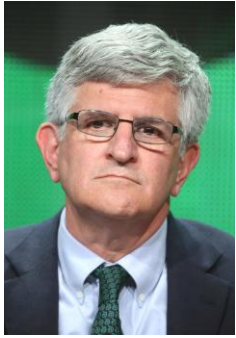
testati in modo appropriato".

Meissner era visibilmente agitato. Ha accusato Levi di promuovere uno "scetticismo infondato", deluso che una persona così esperta mettesse in dubbio i risultati del vaccino, sicuro e molto efficace". **Ha previsto che** probabilmente i medici ignoreranno nuove linee guida e andranno avanti a vaccinare secondo il calendario attuale»; **molte pediatri continueranno come prima.**



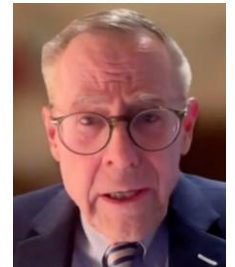
Il momento di Siri

L'**avvocato Aaron Siri** aveva previsto la presenza di strenui difensori della politica vaccinale, come i **Dr. Offit** e **Dr. Hotez**, per un dibattito, e si è offerto di tornare se accettavano un confronto diretto. Ma si sono rifiutati.



La presentazione di Siri ha riguardato problemi strutturali come un **calendario vaccinale in continua espansione**, **vaccini** infantili **non testati contro veri placebo** e studi clinici con **follow-up troppo brevi per rilevare danni a medio-lungo** termine.

Ha ricordato le dichiarazioni del **Dr. Plotkin** (ndr: *padrino dei vaccini*) che riconosceva carenze nella scienza della sicurezza dei vaccini, e ha citato il suo editoriale sul NEJM che chiedeva studi sulla sicurezza più rigorosi.



La reazione del **Dr. Meissner** è stata viscerale: visibilmente agitato, irritato dall'insinuazione che i presupposti sulla sicurezza dei vaccini richiedessero un riesame. "Signor Siri, lei vive in questo Paese, quindi ha gli stessi diritti di tutti, garantiti dal 1° Emendamento, ma ciò che ha detto è una **terribile, terribile distorsione di tutti i fatti**". Meissner ha detto che avrebbe voluto poter esaminare i punti di Siri "uno per uno", ma i limiti di tempo non lo permettono.



La **Dr. Tracy Høeg** ha mostrato che **gli USA** ora raccomandano **~72 dosi di vaccino infantile**, che li rende "una eccezione a livello internazionale", mentre paesi come la Danimarca ne utilizzano meno di 30.

Ha mostrato slide sugli effetti a valle. **A due anni i bambini americani ricevono "quasi 6 mg di alluminio"**, che salgono a **~8 mg a 18 anni**, verso ~1,4 mg e 2,9 mg in Danimarca.

Non è un danno dimostrato, ma il problema è l'incertezza: "Non abbiamo i dati per dimostrare una quantità sicura stabilita" per i neonati, e non si può presumere che l'alluminio iniettato si comporti come l'alluminio alimentare.

Evitare di "medicalizzare troppo l'infanzia" e **ricostruire la fiducia con studi clinici controllati con placebo** e raccomandazioni basate sulla scienza, piuttosto che su obblighi.

La **Dr. Griffin** ha poi fornito una breve panoramica sugli **adiuvanti a base di alluminio** e ha chiesto all'ACIP di formare un gruppo di lavoro sugli ingredienti dei vaccini.

I sali d'alluminio sono usati nella maggior parte dei vaccini per l'infanzia e la gravidanza, ma la FDA autorizza i prodotti finali, non gli adiuvanti, dunque **"non esistono adiuvanti approvati dalla FDA" come entità indipendenti**.

L'attuale limite per dose di 0,85 mg si basa soprattutto su un piccolo studio sui conigli con 28 giorni di follow-up, e la farmacocinetica nei neonati umani è sconosciuta.

L'alluminio può persistere nei siti di iniezione e raggiungere gli organi, e la fisiologia neonatale rende la prima infanzia particolarmente vulnerabile.

Per la prima volta in oltre 30 anni, l'ACIP dei CDC ha ribaltato una raccomandazione universale

La reazione è stata incontrollata. In poche ore, i titoli dei giornali avvertivano: «**messi in pericolo milioni" di bambini** e innescata una recrudescenza dell'epatite B – affermazioni senza legame con le prove presentate.

**AAP: kids
will die...**

Il presidente Trump ha pubblicato sui social che l'ACIP aveva preso "un'ottima decisione di **POR FINE** alla sua raccomandazione sul vaccino contro l'epatite B per i neonati, la **stragrande maggioranza dei quali NON corre ALCUN RISCHIO di contrarre l'epatite B, una malattia che si trasmette soprattutto per via sessuale o tramite aghi infetti**".

Ha descritto il calendario vaccinale americano per l'infanzia - "72 'vaccini' per bambini perfettamente sani" - come "ridicolo", e ha annunciato d'aver firmato un memorandum presidenziale che **ordinava all'HHS RFK Jr. di "ACCELERARE" un confronto completo dei calendari vaccinali nei paesi sviluppati.**

L'obiettivo era **garantire che il calendario vaccinale statunitense fosse "finalmente radicato nel Gold Standard della Scienza e del BUON SENSO!"**

I titoli dei media hanno descritto il voto dell'ACIP come sconsiderato o destabilizzante, Trump ha presentato la visione opposta: è l'inizio di una correzione attesa da tempo e un catalizzatore per rivisitare un programma vaccinale che si è ampliato drasticamente negli ultimi 30 anni.

Dopo due giorni di tese deliberazioni e scambi emotivi, l'ACIP ha fatto qualcosa di raro nella sanità pubblica americana: ha scelto la prudenza, non di difendere la continuità.



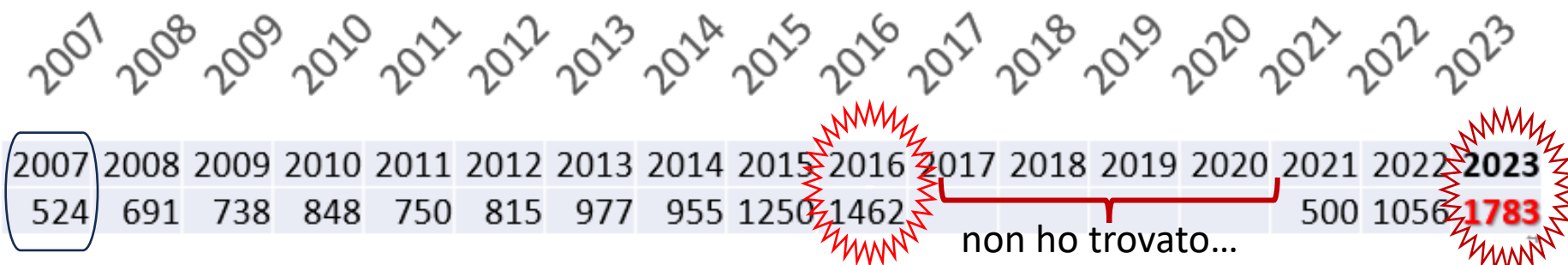
Vaccini antipneumococco: bilancio da ripensare

Linee Guida delle Società Professionali mediche, che i fautori dell'obbligo continuano a citare '*nell'interesse della salute del vaccinato*', e **aumento drammatico di infezioni invasive da *Haemophilus influenzae***, nonostante alti tassi vaccinali.

Se le Linee Guida non rilevassero il descritto fenomeno paradossale, e soprattutto se non ne fornissero una spiegazione alternativa convincente, invece di riproporre la litania sulle '*coperture vaccinali insufficienti*' (?), c'è da chiedersi quale sia il valore di quelle *Linee Guida*, o il senso critico di chi le cita.

Quanto descritto è un fenomeno paradossale non esclusivo dell'*Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib), ma riguarda anche altri vaccini che non coprono tutti i ceppi di un patogeno, come i **vaccini antipneumococco**.

In proposito il [rapporto](#) ISS mostra la sequenza che segue, con le malattie invasive 2023 tornate a crescere dopo il gap degli anni peripandemici, pur in presenza di nuovi vaccini dichiaratamente più potenti dei precedenti:



RESEARCH

Open Access



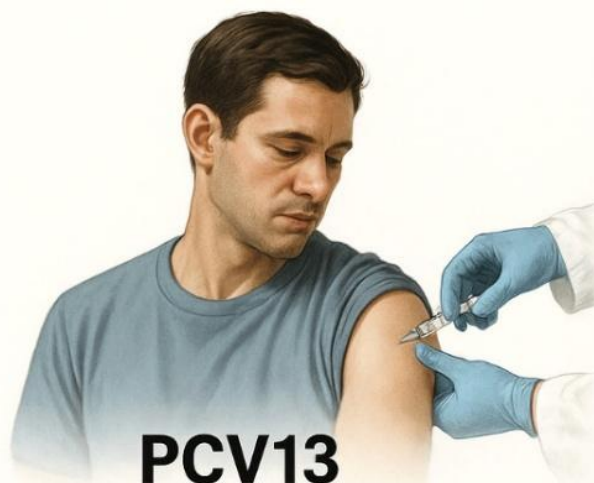
Real world effectiveness of antipneumococcal vaccination against pneumonia in adults: a population-based cohort study, Catalonia, 2019

Cinta de Diego-Cabanes^{1,3*}, Verònica Torras-Vives^{1,2}, Angel Vila-Córcoles^{1,3}, Eva M. Satué-Gracia^{1,2,3}, ...



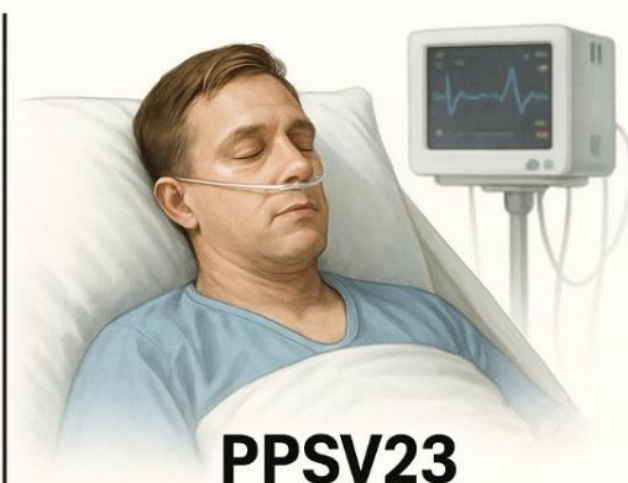
2.23 Million-Person Study Finds Pneumococcal Vaccines Increase Risk of **Pneumonia and Death**

Clamorosa novità nella
vaccinazione antipneu-
mococco degli adulti



PCV13

- +83%** risk of pneumococcal pneumonia
- +55%** risk of all-cause pneumonia
- +91%** risk of death



PPSV23

- +21%** risk of pneumococcal pneumonia
- +24%** risk of all-cause pneumonia
- No reduction in mortality

Polysaccharide Conjugate Vaccine against Pneumococcal Pneumonia in Adults

M.J.M. Bonten, S.M. Huijts, M. Bolkenbaas, C. Webber, S. Patterson, S. Gault,

N Engl J Med 2015;372:1114-25.
DOI: 10.1056/NEJMoa1408544

Studio **CAPITA**

Table 3. Safety Outcomes.*

Event	Safety Subgroup		P Value†	All Participants		P Value†
	PCV13 (N= 1006)	Placebo (N= 1005)		PCV13 (N= 42,237)	Placebo (N= 42,255)	
	no. (%)			no. (%)		
Adverse event within 1 mo after vaccination	188 (18.7)	144 (14.3)	0.01	+ 44 eventi avversi 1° mese + 5 diagnosi di condizioni croniche entro 6 mesi		
Chronic medical condition diagnosed 1–6 mo after vaccination‡	17 (1.7)	12 (1.2)	0.46			
Serious adverse event						
Within 6 mo after vaccination	70 (7.0)	60 (6.0)	0.41			
Within 1 mo after vaccination				327 (0.8)	314 (0.7)	0.61
Death				3006 (7.1)	3005 (7.1)	0.98

Per quanto riguarda la **sicurezza**, tutti i partecipanti erano stati osservati per un mese, mentre un sottogruppo di circa 2000 soggetti aveva proseguito l'osservazione per 2 anni.

Non si è evidenziata una differenza statisticamente significativa tra **eventi avversi gravi** nei due gruppi (*su 2000 persone in 2 anni: **10 eventi gravi in più nei vaccinati***),
Idem per le **morti** per tutte le cause (*su tutti, in 4 anni: **1 morte in più nei vaccinati***).

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

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.

Da: Ufficio Stampa ISS <ufficio.stampa@iss.it>

Data: 9 dicembre 2025 alle ore 09:52:44 CET

A: Gioia Locati gioia.locati@ilgiornale.it

Cc:

Oggetto: R: Garbato sollecito



Buongiorno ... Ecco di seguito le risposte

1) Do per scontato che il criterio da te spiegatomi delle due settimane post vaccino per dar tempo alla protezione di manifestarsi si applichi anche alle prime dosi.

Sì, si applica anche alle prime dosi

2) Chiedo anche conferma del fatto che l'espressione "se si fa la seconda dose e ci si ammala dopo una settimana si viene considerati con una dose" sia riferita non solo alla malattia bersaglio del vaccino ma anche ad altre condizioni "aspecifiche", purché non si tratti di effetti avversi riconosciuti come già associati alla vaccinazione (ex: shock anafilattico).

Gli studi a cui tu ti riferisci e che abbiamo fatto noi riguardano solo il Covid, non altre patologie. L'intervallo di 15 giorni è comunque generalmente utilizzato ed è stato accettato in tutte le pubblicazioni in merito.

3) Infine, ti chiedo se lo stesso logico criterio si applichi anche alle altre vaccinazioni in genere o se per alcune di queste si considerino finestre temporali diverse (una sola settimana o altro).

Di solito sì, c'è qualche eccezione, ad esempio quello per la malaria impiega più tempo.

....

Ufficio Stampa

Istituto Superiore di Sanità

www.iss.it

Tel: +39 06 - 49906600

È chiaro adesso?! Il Cheap Trick si applica a **tutti i vaccini!
Esagera la sicurezza di ogni vaccino!**



*...che **il vaccino è inefficace per le prime 6 settimane dopo la 1^a iniezione.** Sto parlando di un vaccino a due dosi, come ad esempio quello di Pfizer o Moderna e che **durante quel periodo il tasso di infezione da Covid aumenta e il tasso di mortalità aumenta,** ma i dati ufficiali non ti considerano vaccinato fino a due*

settimane dopo la 2^a dose.

*Quindi **i decessi durante quelle prime 6 settimane sono attribuiti al gruppo dei non vaccinati,** il che è un vero e proprio **trucco statistico.***

*Poi il vaccino sembra offrire un'immunità di buona qualità nel corso dei primi 2 mesi, ma **dopo si verifica un calo precipitoso,** che si manifesta molto molto rapidamente e in modo brusco, così che **giunti al 7° mese la sua efficacia è scesa a livelli negativi.***

*Significa che dopo 7 mesi, se hai ricevuto quel vaccino, hai **più probabilità di contrarre la COVID rispetto ai non vaccinati.** Questi dati sono confermati in ogni paese del mondo.*

Pubblicato il 09/02/2022

N. 00946/2022REG.PROV.COLL.

N. 00411/2022 REG.RIC.



R E P U B B L I C A I T A L I A N A

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Consiglio di Stato

in sede giurisdizionale (Sezione Terza)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

dell'articolo 1, comma 4, del decreto legge 21 ottobre 1996, n. 536 , convertito dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, **qualora il medico stesso ritenga, in base a dati documentabili, che il paziente non possa essere utilmente trattato con medicinali per i quali sia già approvata quella indicazione terapeutica o quella via o modalità di somministrazione e purché tale impiego sia noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale»**

9.1. Questo **Consiglio di Stato**, nell'ordinanza n. 2221 del 23 aprile 2021, richiamata dallo stesso Tribunale all'esito dell'appello cautelare contro l'ordinanza n. 1421 del 2021 nel giudizio R.G. 1557/2020, ha **già chiarito che le Linee guida, fondate su evidenze scientifiche documentate in giudizio, forniscono all'autonomia prescrittiva del medico un ausilio senza vincolarlo all'obbligatoria osservanza delle loro raccomandazioni.**

9.3. In questo modo, però, il Tribunale ha trascurato di considerare ancora una volta che le **Linee guida contengano mere raccomandazioni e non prescrizioni cogenti** e si collocano, sul piano giuridico, a livello di **semplici indicazioni orientative**, per i medici di medicina generale, in quanto parametri di riferimento circa le esperienze in atto nei metodi terapeutici a livello internazionale.

10.1. **Ben è libero il singolo medico**, nell'esercizio della propria autonomia professionale, ma anche nella consapevolezza della propria responsabilità, **di prescrivere i farmaci che ritenga più appropriati alla specificità del caso, in rapporto al singolo paziente**, sulla base delle evidenze scientifiche acquisite.

10.2. La già richiamata disposizione dell'art. 3, comma 2, del d.l. n. 23 del 1998, che riconosce la possibilità di **prescrivere, seppure – non va dimenticato – a certe tassative condizioni, il farmaco off label da parte del medico curante, è il portato dell'autonomia decisionale del medico nella propria sfera di competenza, che è uno dei cardini intorno ai quali ruota il diritto sanitario**, ed è un principio che si trae non solo dall'art. 33, comma primo, Cost., per il quale la scienza è libera, ma anche dall'art. 9, comma primo, Cost., per il quale la Repubblica promuove la ricerca scientifica.

le raccomandazioni contenute nelle Linee guida in ambito sanitario sono cresciuti di pari passo, come bene è stato osservato, **con l'affermarsi della medicina basata sull'evidenza (c.d. evidence based medicine), ma non esimono il medico, anzitutto, dal dovere di costruire una terapia condivisa e ritagliata sulle esigenze del singolo paziente, anche adottando terapie non indicate nelle linee guida o nei protocolli,** purché – lo si dirà tra breve – sicure ed efficaci.

12.8. Ancora di recente si è ribadito in giurisprudenza che **le linee guida**, lungi dall'atteggiarsi come regole di cautela a carattere normativo, costituiscono invece **raccomandazioni di massima che non sollevano il sanitario dal dovere di verificarne la praticabilità e l'adattabilità nel singolo caso concreto.**

12.9. La giurisprudenza della Corte di legittimità è chiara nell'affermare che il **rispetto delle linee guida non può essere univocamente assunto quale parametro di riferimento della legittimità e di valutazione della condotta del medico e «nulla può aggiungere o togliere al diritto del malato di ottenere le prestazioni mediche più appropriate né all'autonomia ed alla responsabilità del medico nella cura del paziente»**

13. Dal complesso di tali ragioni non può che discendere, pertanto, l'inammissibilità del ricorso proposto dagli odierni appellati contro le **Linee guida, che non hanno una portata cogente** per i loro destinatari, poiché essi, quali **medici di medicina generale, possono nell'esercizio della propria competenza professionale prescrivere farmaci ulteriori e diversi da quelli raccomandati** in esse, **purché** – e la precisazione è fondamentale – tale **prescrizione si fondi su evidenze scientifiche attendibili** che assicurino la sicurezza e l'efficacia del farmaco.

14.4. Qui basti ricordare, in estrema sintesi, come **l'approccio ormai dominante della scienza medica a partire dagli anni '90 del secolo scorso** nella scelta della terapia più adatta sia quello dell'evidenza scientifica, la c.d. **evidence based medicine (EBM)**, alle cui fondamentali acquisizioni può qui farsi solo qualche breve cenno.

14.5. La scelta della cura avviene, secondo tale metodologia, sulla base delle migliori prove di efficacia clinica e, in particolare, di **studi clinici a carattere sperimentale, randomizzati e controllati (RCT** – controlled randomized trial), che costituiscono il c.d. **gold standard** della ricerca medica.

14.6. La **medicina basata sulle prove, secondo la definizione dei suoi fondatori, è «l'integrazione delle migliori prove di efficacia clinica con l'esperienza e l'abilità del medico ed i valori del paziente».**

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

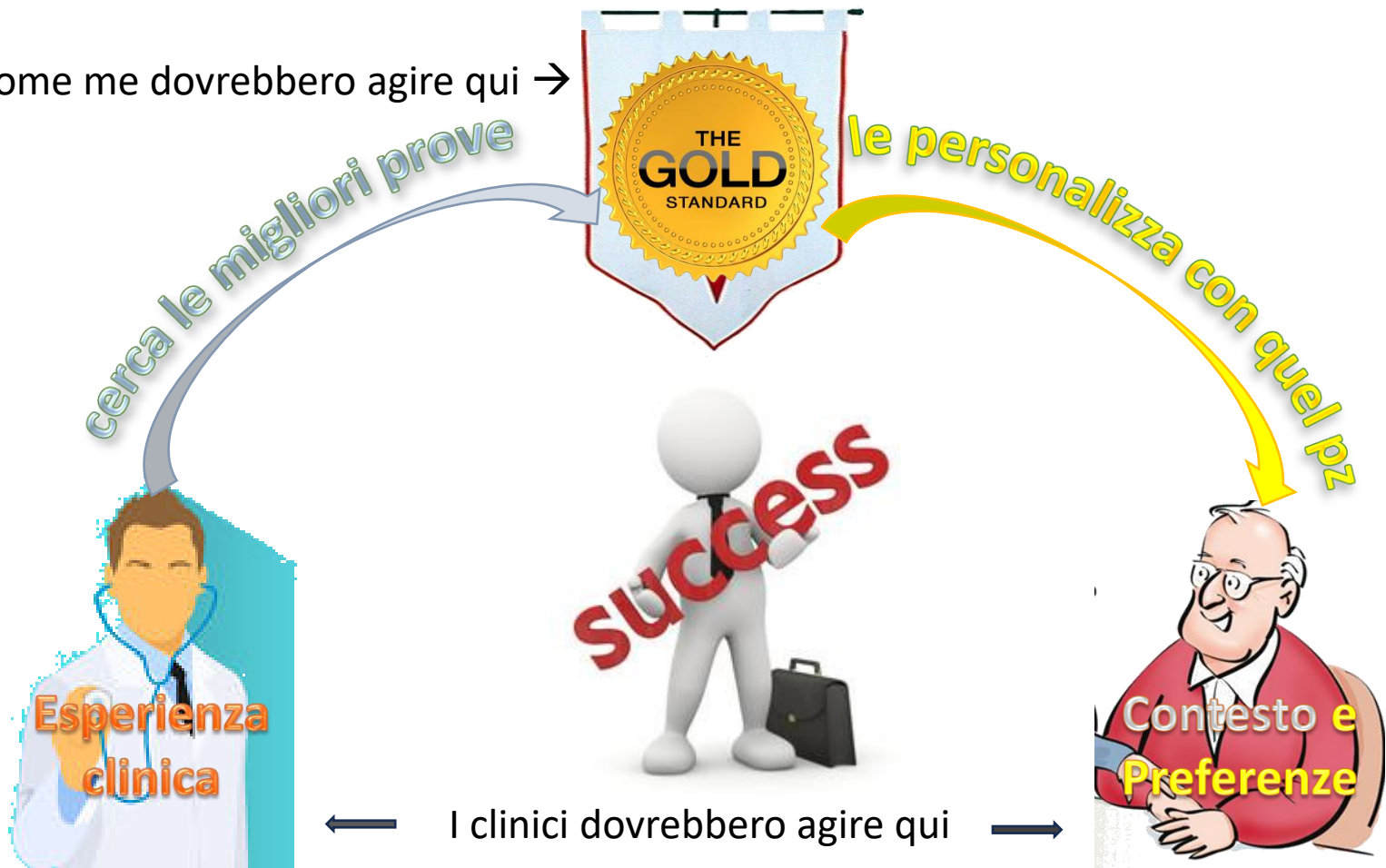
- le **migliori prove scientifiche** (da revisioni sistematiche delle ricerche più valide)
- con l'**esperienza clinica individuale** del medico
- e con il **contesto**, e con **caratteristiche individuali** e **preferenze dell'assistito**.



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**.

Quelli come me dovrebbero agire qui →



La Medicina basata sulle prove (Evidence Based Medicine EBM) propone di integrare:

1. l'esperienza clinica individuale del medico
2. le migliori prove scientifiche (cd. "gold standard" sulla base delle revisioni sistematiche delle ricerche più valide)
3. il contesto, le caratteristiche individuali e le preferenze dell'assistito.

1



**Esperienza
clinica**

2



**Ricerca delle
migliori
prove scientifiche
(Gold Standard)**

3



**Contesto,
caratteristiche individuali
e preferenze dell'assistito**

ad esempio paracetamolo o FANS in caso di febbre o dolori articolari o muscolari») – raccomandano indifferentemente i due farmaci, riferendosi per lo più genericamente ad antipiretici antiinfiammatori lasciando al medico l'opportunità di scegliere sulla base della valutazione dei singoli casi.

22.3. La descrizione delle esperienze dei singoli medici tuttavia, ove non esitata nella conduzione di studi clinici idonei, non può rappresentare il presupposto scientifico su cui basare scelte di tipo regolatorio e raccomandazioni per la pratica clinica poiché **solo gli studi clinici randomizzati e controllati consentono di ottenere informazioni attendibili in merito all'efficacia e alla sicurezza dei farmaci.**

in primo grado dagli odierni appellati, comunque infondato anche nel merito, non ravvisandosi nella circolare, qui contestata, alcun profilo di manifesta irragionevolezza o erroneità, per tutte le ragioni esposte, **ferma rimanendo l'autonomia prescrittiva dei singoli medici di medicina generale**, nei termini che si sono sopra precisati.

16. Non è possibile insomma, nemmeno nella fase emergenziale, venir meno al «principio di doverosa cautela nella validazione e somministrazione di nuovi farmaci» (Corte cost., 10 dicembre 2014, n. 274, nel noto caso Stamina) o nell'impiego di farmaci già autorizzati per altre indicazioni terapeutiche nella terapia contro il nuovo virus.

17.2. Solo insomma **se la scelta autoritativa del decisore pubblico fosse stata nel suo contenuto talmente abnorme, irragionevole e contrastante con i principi della scienza medica da imporre effettivamente al medico l'irriducibile alternativa tra seguire le Linee guida, con danno per la salute del paziente** (in spregio all'antico canone: primum non nocere) prima ancor che per il sicuro esercizio della sua professione, **e invece percorrere una opzione terapeutica diametralmente opposta, conforme tuttavia ai dettami delle migliori conoscenze ed esperienze cliniche sin qui acquisite**, il giudice amministrativo avrebbe potuto, e dovuto, annullare le Linee guida.

paracetamolo!
(e 'vigile attesa')

17.5. Non si tratta, ovviamente, di sindacare il merito di scelte opinabili, ma di verificare se queste scelte siano assistite da una credibilità razionale supportata da valide leggi scientifiche e correttamente applicate al caso di specie.

19. Ebbene, anche ammettendo, in ipotesi, che le Linee guida qui contestate abbiano un carattere vincolante per i medici,

20. Più nel dettaglio, avuto riguardo alla “limitazione sull’uso dei corticosteroidi”, la prescrizione **in ambito domiciliare del cortisone è raccomandata solo nei soggetti con malattia COVID-19 che necessitano di supplementazione di ossigeno** e, in particolare, in quei pazienti **il cui quadro clinico non migliora entro le 72 ore, se** in presenza di un peggioramento dei parametri pulsossimetrici che **richieda l’ossigenoterapia.**

poiché «**deve essere chiaro che un trattamento con cortisone iniziato entro sette giorni dall'esordio dei sintomi favorisce la replicazione virale e quindi l'infezione e le sue conseguenze**».

20.3. È infatti importante ricordare che in molti soggetti con malattie croniche l'utilizzo del cortisone può determinare importanti eventi avversi, che rischiano di complicare il decorso della malattia virale e al riguardo basti qui citare, per tutti, l'esempio dei soggetti diabetici in cui sia la presenza di un'infezione, sia l'uso del cortisone, possono gravemente destabilizzare il controllo glicemico.

20.7. Relativamente al “divieto all'uso domiciliare di antibiotici”, pure censurata dagli appellati in prime cure, **nel documento dell'AlFA l'utilizzo degli antibiotici non è vietato ma semplicemente**, in accordo con tutte le linee guida e tutti gli indirizzi di stewardship antibiotica, **non raccomandato come utilizzo routinario**, essendone invece previsto, ragionevolmente e **correttamente**, l'utilizzo in **presenza di sospetto di una sovrainfezione batterica**.

.....

Che cosa propone ancora oggi l'OMS per le cure della COVID-19 non grave?

Nirmatrelvir-ritonavir (Paxlovid), **Remdesivir**, **Molnupiravir**, e **antipiretici antinfiammatori** come sintomatici
E che cosa dicono le prove?

«Marginale il gabinetto di Speranza»

Boccia (Pd) durante l'audizione di Sileri in commissione: «Decidevano Cts e Cdm»
L'allora viceministro conferma: «Io isolato. Non so chi abbia imposto la tachipirina»

di MADDALENA LOY

■ Mentre eravamo chiusi in casa durante il lockdown, il più lungo di tutti i Paesi occidentali, ognuno di noi era certo in cuor suo che i decisori che apparecchiavano ogni giorno alle 18 il tragico rito della lettura dei contagi e dei decessi sapessero ciò che stavano facendo. In realtà, al netto di un accettabile margine

oggi è impegnato in tripli salti carpiati pur di rinnegare la paternità. È il caso, ad esempio, del senatore Francesco Boccia del Pd, che ieri è intervenuto con zelante sollecitudine rivolgendo a Sileri alcune domande che son suonate più come ingannevoli asseverazioni. Una per tutte: «Io penso che il gabinetto del ministero della salute (guidato da Roberto Speranza, ndr)

oggi è impegnato in tripli salti carpiati pur di rinnegare la paternità. È il caso, ad esempio, del senatore Francesco Boccia del Pd, che ieri è intervenuto con zelante sollecitudine rivolgendo a Sileri alcune domande che son suonate più come ingannevoli asseverazioni. Una per tutte: «Io penso che il gabinetto del ministero della salute (guidato da Roberto Speranza, ndr)

l'immagine che ne esce è quella di decisori «inadeguati e tragicomici», come ebbe già ad ammettere l'altro sottosegretario Sandra Zampa (Pd).

Anche sull'adozione dell'antiscientifica «terapia» a base di paracetamolo (Tachipirina) e vigile attesa, Sileri ha dichiarato di essere totalmente estraneo alla decisione: «Non so chi ha redatto la circolare del 30 novembre 2020 che dava agli antinfiammatori un ruolo marginale, ne ho scoperto l'esistenza soltanto dopo che era già uscita». Certo, ha ammesso, a novembre poteva essere dato maggiore spazio ai Fans perché «da marzo avevamo capito che non erano poi così malvagi». Bontà sua. Per Alice Buonguerrieri (Fdi) «è la conferma che la gestione del Covid affogasse nella confusione più assoluta».

Boccia è tornato all'attacco



AUDITO Pierpaolo Sileri, ex viceministro della Salute

[Ansa]

Certo, ha ammesso, a novembre poteva essere dato maggiore spazio ai Fans perché «da marzo avevamo capito che non erano poi così malvagi». Bontà sua.

anche sul piano pandemico: «Alcuni virologi hanno ribadito che era scientificamente impossibile averlo su Sars Cov-2, confermi?». «L'impatto era inatteso, ma ovviamente avere un piano pandemico aggiornato avrebbe fatto grosse differenze», ha replicato Sileri, che nel corso dell'audizione ha anche preso le distanze dalle misure suggerite dall'Oms che «aveva un grosso peso politico da parte dalla Cina».

«I burocrati nominati da

Speranza sono stati lasciati spadroneggiare per coprire le scelte errate dei vertici politici», è il commento di Antonella Zedda, vicepresidente dei senatori di Fratelli d'Italia, alla «chicca» emersa in commissione: un messaggio di fuoco che l'allora capo di gabinetto del ministero Goffredo Zaccardi indirizzò a Sileri («Stai buono o tiro fuori i dossier che ho nel cassetto», avrebbe scritto).

In che mani siamo stati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tra le tante cose disturbanti di questa audizione, l'ex ViceMinistro alla Salute

- pare inconsapevole di chi abbia firmato le tre Circolari ministeriali su cure domiciliari con **paracetamolo** e **vigile attesa** (i DG della Programmazione e della Prevenzione Sanitaria Rezza e Urbani, co-responsabili insieme al Ministro)
- che anche la 1ª Circolare (novembre 2020) citasse i **FANS**, oltre al **paracetamolo**
- che **anche i FANS nei primi giorni di sintomi e a piene dosi** fossero e siano un **serio errore**, allo stato delle conoscenze, e che averli raccomandati non assolve l'ex Ministro, né lui, che non l'ha approfondito né capito neppure ora...

XY: «COVID-19 è molto diversa dalle normali malattie respiratorie virali [*ndr: non è poi così vero, salvo per la maggior gravità delle prime varianti **] perché il suo aggravamento è dovuto a una sindrome di eccessiva infiammazione e coagulazione [*ndr: anche questa proprietà non è un'esclusiva della COVID-19, v. slide seguente*], per cui i farmaci più indicati sarebbero di tipo anti-infiammatorio e non solo analgesico o antipiretico»

Purtroppo anche quest'ultima affermazione **non** è supportata da prove nei primi giorni di infezione (salvo ad oggi per indometacina), e può esporre non solo ai rischi dei FANS, in media ancor peggiori di quelli di paracetamolo, e possibili anche per brevi tempi di utilizzo,

ma potrebbe persino contrastare le difese iniziali dell'organismo, che ci hanno consentito per 3 milioni di anni di sopravvivere a tante infezioni (pur senza antibiotici né FANS...).

Il loro impiego può trovare un razionale (da confermare con RCT clinici), ma **non** nei primi giorni, salvo forse in soggetti con stato infiammatorio di base già molto disregolato.

** I sintomi **tipici** di COVID-19....*

febbre, tosse, dispnea, brividi, tremore, dolori muscolari, cefalea, mal di gola, perdita acuta di olfatto o gusto

.... sono comuni a quasi tutte le sindromi influenzali!



Risks of major arterial and venous thrombotic diseases after hospitalisation for influenza, pneumonia, and COVID-19: A population-wide cohort in 2.6 million people in Wales

In a population-wide cohort of linked Welsh health data of adults, we calculated the incidence of arterial and venous thrombosis after hospitalisation for COVID-19 (2020-2021)... We then repeated this analysis for hospitalisation for pneumonia or influenza in a separate cohort (2016-2019).

Results: For the first **arterial thrombosis**, the aHRs were 3.80 (95 % CI: 2.50-5.77) between days 1-7, 5.24 (4.21-6.51) between weeks 2-4, 2.12 (1.72-2.60) between weeks 5-16, and 1.60 (1.38-1.86) between weeks 17-75 after hospitalisation for **COVID-19**. The corresponding aHRs after hospitalisation for **pneumonia/influenza** were: **5.42** (4.35-6.75), **3.87** (3.32-4.49), **1.96** (1.74-2.21), and **1.41** (1.30-1.53).

For first **venous thrombosis**, aHRs were 7.47 (3.56-15.7) between days 1-7, 22.6 (17.5-29.1) between weeks 2-4, 6.58 (4.98-8.68) between weeks 5-16, and 2.25 (1.67-3.02) between weeks 17-75 after hospitalisation for **COVID-19**. The corresponding aHRs after hospitalisation for **pneumonia/influenza** were: **15.1** (10.3-22.0), **11.8** (9.23-15.1), **5.80** (4.75-7.08), and **1.89** (1.57-2.29).

Conclusions: **Both hospitalisation for COVID-19 and pneumonia/influenza increase the risk of arterial and venous thrombosis.**



Contents lists available at ScienceDirect

EClinicalMedicine

journal homepage: <https://www.journals.elsevier.com/eclinicalmedicine>

Research Paper

A simple, home-therapy algorithm to prevent hospitalisation for COVID-19 patients: A retrospective observational matched-cohort study

Fredy Suter^a, Elena Consolaro^b, Stefania Pedroni^b, Chiara Moroni^b, Elena Pastò^b,
 Maria Vittoria Paganini^b, Grazia Pravettoni^c, Umberto Cantarelli^d, Nadia Rubis^e,
 Norberto Perico^{e,1,*}, Annalisa Perna^e, Tobia Peracchi^e, Piero Ruggerenti^{a,e,1},
 Giuseppe Remuzzi^{e,1}

^a Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII, Bergamo, Italy

^b ATS Insubria, Varese, Italy

^c Ospedale Circolo di Busto Arsizio, Varese, Italy

^d ASL Teramo, Teramo, Italy

^e Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Bergamo, Italy

COVER

Lo stesso primo studio retrospettivo del Prof. Remuzzi (COVER) lo conferma di fatto, avendo mostrato **nella media** dei 90 partecipanti **con FANS** dati ai primi sintomi **non** la riduzione della **dura-**
ta dei sintomi mag-

giori (dagli autori posta come **obiettivo primario**), ma un loro **aumento significativo di 4 giorni** rispetto al gruppo di controllo dei 90 che hanno usato soprattutto paracetamolo:

“Primary outcome was time to resolution of major symptoms...

The median [IQR] time to resolution of major symptoms was 18 [14-23] days in the ‘recommended schedule’ cohort and 14 [7-30] days in the matched ‘control’ cohort (p = 0.033).”

Demographic and early symptoms associated with COVID-19 illness in the two treatment cohorts.

	Overall (n = 180)	Recommended treatment cohort (n = 90)	Control cohort (n = 90)	SMD (95% CI)	P value
....					
Dyspnoea	51 (28.33)	18 (20.00)	33 (36.67)	-0.167 (-0.296; -0.037)	0.020
....					
Diarrhoea	40 (22.22)	13 (14.44)	27 (30.00)	-0.156 (-0.275; -0.036)	0.019

XY: “Si badi bene: quanto qui riportato non è teso a sostenere l’efficacia di particolari anti-infiammatori, vitamine o integratori... Il punto fondamentale è che il Ministero ha di fatto **consigliato il paracetamolo senza prove di efficacia** e ha sconsigliato **altre terapie o integrazioni senza prove di inefficacia.**”

Pienamente d’accordo con il punto fondamentale di XY, ma la prima parte della sua frase si presta a equivoci anche se-

ri: infatti, **allo stato delle conoscenze**, e fino a prove migliori, va sostenuta l’efficacia di un particolare antinfiammatorio, indometacina, risultato benefico in 3^a giornata

e che, grazie alla provata attività antivirale, anche contro la SARS, pare ragionevole iniziare già ai primi sintomi.

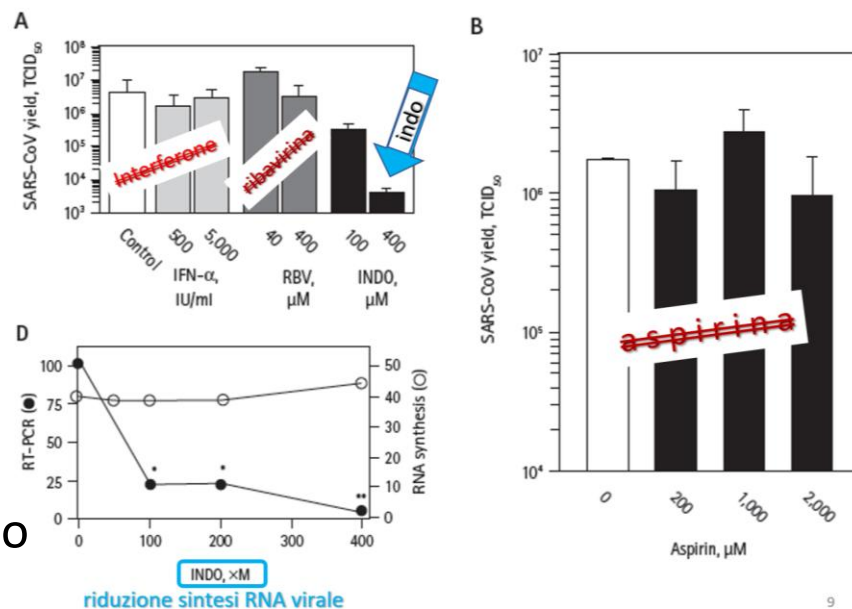
Mentre **non** va sostenuta l’efficacia di **altri** antinfiammatori, men che meno a partire dall'esordio dei sintomi.

Antiviral Therapy 11:1021–1030

Indomethacin has a potent antiviral activity against SARS coronavirus

Carla Amici¹, Antonino Di Caro², Alessandra Ciucci¹, Lucia Chiappa¹, Concetta Castilletti², Vito Martella³, Nicola Decaro³, Canio Buonavoglia³, Maria R Capobianchi² and M Gabriella Santoro^{1*}

Figure 5. INDO inhibits SARS-CoV RNA expression



	When to use	Dosage	Time of exposure
NSAIDs			
Relatively selective COX-2 inhibitors			
<u>Nimesulide</u>	At the onset of symptoms (fever, cough, sore throat, headache)	100 mg orally twice a day	For 3–4 days, if symptoms persist, continue for a maximum of 12 days
<u>Celecoxib</u>	At the onset of symptoms (fever, cough, sore throat, headache)	Initial oral dose of 400 mg followed by a second dose of 200 mg on the first day, in the following days, 200 mg/day up to a maximum of 400 mg/day	For 3–4 days, if symptoms persist, continue for a maximum of 12 days
Other NSAIDs			
<u>Ibuprofen</u>	At the onset of symptoms (fever, cough, sore throat, headache)	400 mg orally twice a day	For 3–4 days
<u>Aspirin</u>	At the onset of symptoms (fever) or with laboratory signs of hepatotoxicity associated with nimesulide or contraindications to celecoxib	500 mg orally twice a day	For 3–4 days, if symptoms persist, continue for a maximum of 8 days
Corticosteroids*			
Dexamethasone	Should fever persist after 8–10 days of NSAID treatment, or when oxygen saturation <94–92% occurs	8 mg orally for 3 days, then tapered to 4 mg for a further 3 days, and then to 2 mg for 3 days	Duration of treatment depends on the clinical evolution of the disease

The recommended drugs can be used unless contraindicated according to summary of product characteristics. * At the start of corticosteroid treatment, NSAIDs should be discontinued. NSAID=non-steroidal anti-inflammatory drug.

Table 2: Recommendations for anti-inflammatory agents for early COVID-19 symptoms in adults

E indometacina?!

Questa proposta è quanto meno prematura e **non** rispecchia lo stato delle conoscenze

Salvato in questo PC



A Home-Treatment Algorithm Based on Anti-inflammatory Drugs to Prevent Hospitalization of Patients With Early COVID-19: A Matched-Cohort Study (COVER 2)

OPEN ACCESS

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

Elena Consolaro¹, Fredy Suter², Nadia Rubis^{3*}, Stefania Pedroni¹, Chiara Moroni¹, Elena Pastò¹, Maria Vittoria Paganini¹, Grazia Pravettoni⁴, Umberto Cantarelli⁵, Norberto Perico^{3†}, Annalisa Perna³, Tobia Peracchi³, Piero Ruggerenti^{2,3†} and Giuseppe Remuzzi^{3†}

Eight family doctors reported treating 108 consenting patients with early COVID-19 symptoms at home **between January 2021 and May 2021**, according to the proposed recommended algorithm.

In 103 of 108 matched subjects identified in the ORIGIN dataset (“**control**”

cohort) the onset of COVID-19 symptoms occurred **between late February and July 2020**, and in the other 5 participants between September 2020 and January 2021... treated at home by their family physicians with drug regimens that were not necessarily guided by those proposed in the recommendation algorithm.

The cohorts were **comparable** in age-, sex-, and comorbidities-matched (?!).

The rate of resolution of major symptoms was numerically—but not significantly—higher in the “recommended” than in the “control” cohort (97.2 vs. 93.5%).

One (0.9%) patient in the “recommended” cohort and 12 (11.1%) in the ‘control’ cohort were admitted to hospital ($P = 0.0136$). Only 9.8 patients needed to be treated with the recommended algorithm to prevent one hospitalization.

ORIGINAL ARTICLE

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

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

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 ² (%)
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).

Per ricorrere ai corticosteroidi devono esserci buoni motivi...

Annals of Internal Medicine

Association Between Oral Corticosteroid Bursts and Severe Adverse Events

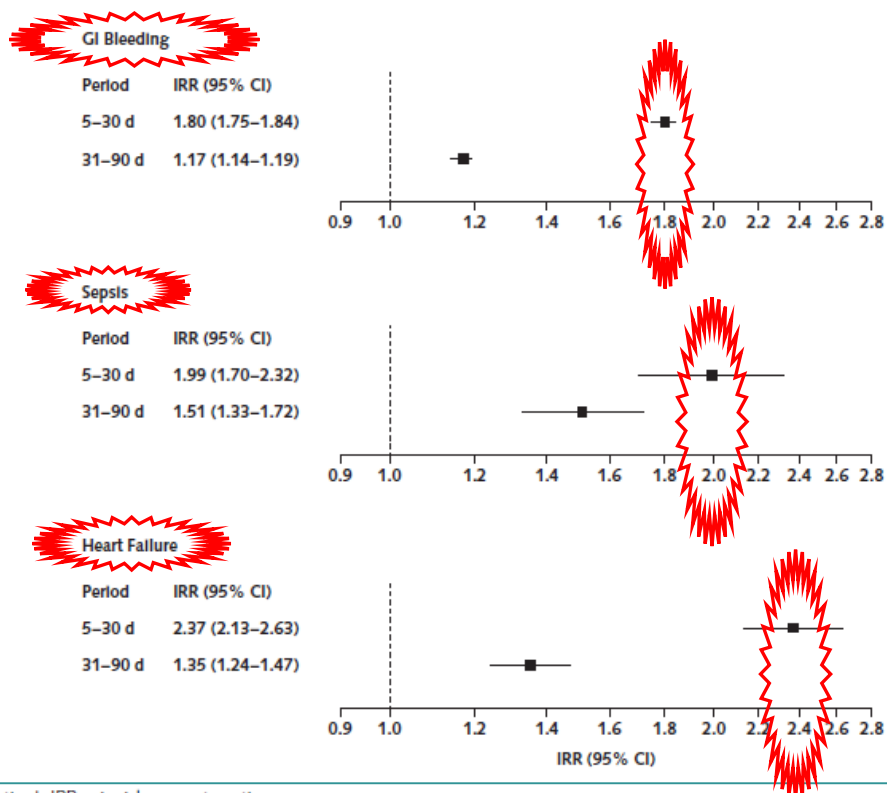
A Nationwide Population-Based Cohort Study

Ann Intern Med 2020; 173; 3025

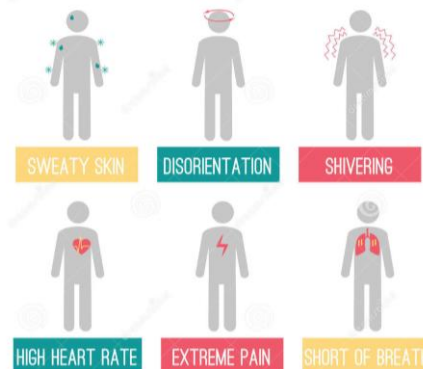
Tsung-Chieh Yao, MD, PhD; Ya-Wen Huang, MS; Sheng-Mao Chang, PhD; Shun-Yu Tsai, BS; Ann Chen Wu, MD, MPH; and Hui-Ju Tsai, MPH, PhD

durata mediana: **3 giorni!**

Figure 2. IRRs for GI bleeding, sepsis, and heart failure in 2 posttreatment periods (5–30 d and 31–90 d) associated with steroid bursts.



SEPSIS SYMPTOMS



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

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

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

¹ 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.





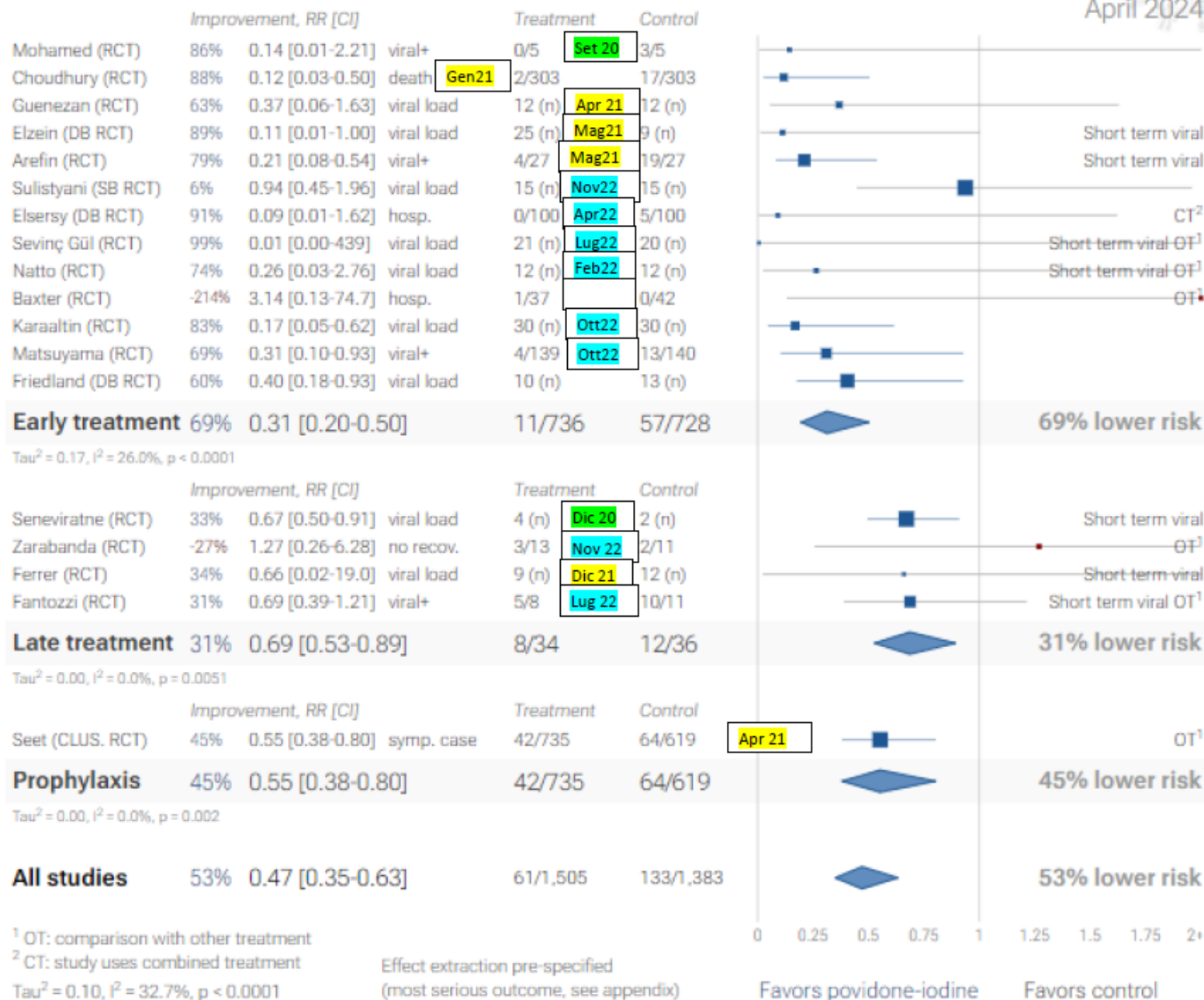
Criteri di massima di selezione di prodotti e principi attivi utili specie in COVID lieve e moderata:



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

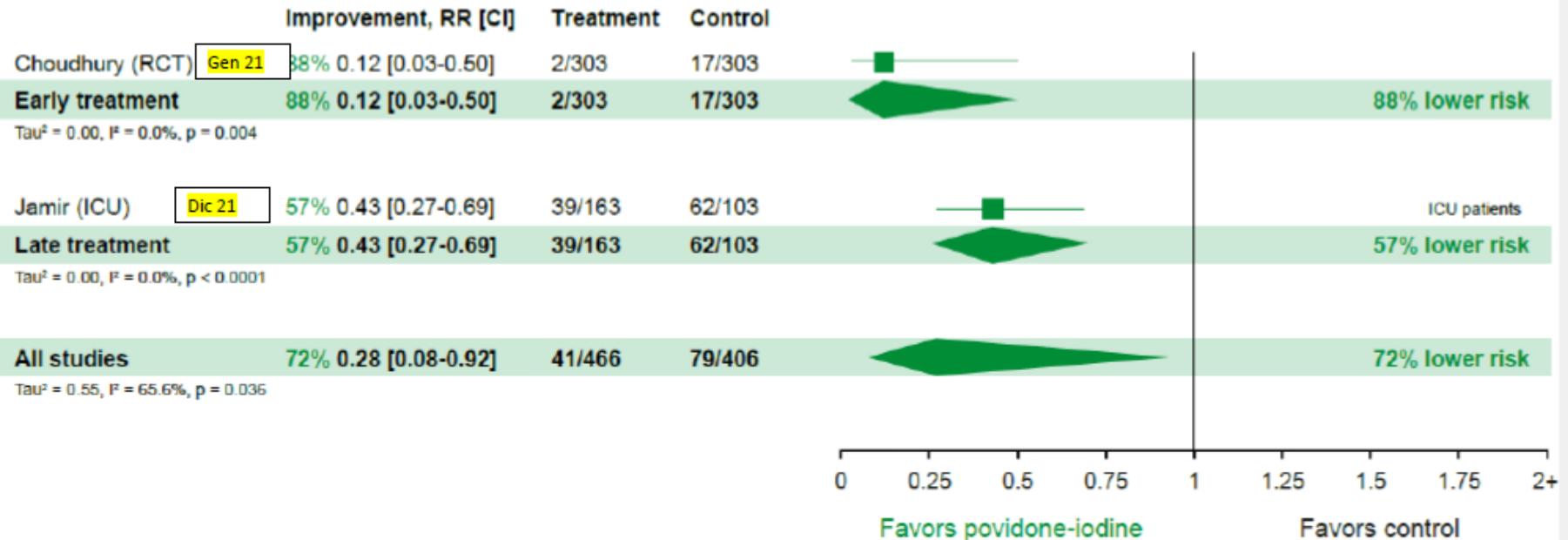


Figure 7 - Random effects meta-analysis for RCTs with mortality results about povidone-iodine in COVID-19 [100-101].

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...!

Vascular and inflammatory diseases after COVID-19 infection and vaccination in children and young people in England: a retrospective, population-based cohort study using linked electronic health records

Alexia Sampri, Wen Shi, Thomas Bolton, Samantha Ip, Rochelle Knight, Venexia Walker, Rachel Denholm, Elena Raffetti, Spencer Keene, Elias Allara, Xiyun Jiang, Evangelos Kontopantelis, Spiros Denaxas, Kamlesh Khunti, Nathalie Conrad, Christina Pagel, Pia Hardelid, Jonathan A C Sterne, Katherine L Brown, William N Whiteley, Genevieve Cezard, Angela M Wood, for the CVD-COVID-UK/COVID-IMPACT Consortium and the Longitudinal Health and Wellbeing COVID-19 National Core Study

Summary

Background The rarity of severe diseases following COVID-19 infection balanced against rare COVID-19 vaccination-related adverse effects is an important consideration for vaccination policies. We aimed to assess the short-term and long-term risks of vascular and inflammatory diseases following first COVID-19 diagnosis and vaccination in children and young people.



Lancet Child Adolesc Health 2025;
9: 837–47

This online publication has
been corrected. The corrected
version first appeared at

Studio di coorte sull'intera popolazione inglese < 18 aa per stato vaccinale COVID.

La conclusione degli autori "i risultati... supportano la strategia di salute pubblica della vaccinazione COVID-19 nei bambini e nei giovani" manca di trasparenza.

Infatti, affermano che "i tassi grezzi d'incidenza per tutti gli esiti, salvo miocardite o pericardite, erano in genere inferiori per... i vaccinati rispetto ai non vaccinati".

Ma **i dati** nella Tabella S11 (appendix, p. 14) **indicano un andamento opposto** per la maggior parte degli esiti. Nello specifico, i tassi grezzi d'incidenza per 100.000 persone-anno sono **sempre più alti nel gruppo vaccinato** per **eventi trombotici arteriosi, infarto miocardico acuto, ictus, eventi trombotici venosi, embolia polmonare, TVP, TVP interstiziale, miocardite/pericardite**.

Solo trombocitopenia e condizioni infiammatorie hanno un andamento diverso.

Letter accettata: I dati sembrano contraddire la narrazione nel testo.

Ancora, il confronto tra le Tab. S11 (tassi d'incidenza grezzi nella coorte vaccinale) e S12 (HR nella coorte vaccinale) mostra discrepanze numeriche nel 'numero di eventi' riportati per gli stessi esiti nella stessa coorte vaccinale.

Ad es., gli **eventi trombotici venosi** tra i soggetti **vaccinati** sono 990 nella Tab. S11, ma ~220 in tutte le finestre di follow-up nella S12.

Gli **eventi trombotici arteriosi** diminuiscono da 325 (S11) a ~80 (S12), e la **miocardite/pericardite** da 500 eventi (aggregati nella S11) a 150 nella S12.

Ciò suggerisce che la Tabella S12 includa solo un sottoinsieme di eventi riportati nella S11, **senza chiarimenti metodologici** nell'articolo, e mette in dubbio l'interpretabilità delle stime di HR aggiustate.

Inoltre, le **malattie vascolari e infiammatorie** da diagnosi di COVID-19 (**28,1%** degli individui) andrebbero confrontate con le **stesse malattie conseguenti a una vaccinazione** anti-COVID-19 **moltiplicate per** $(100:28,1=)$ **3,56**.

Infatti, la vaccinazione verrebbe somministrata a tutti, non solo a chi avrebbe poi sviluppato sintomi COVID.

Infine, 'vaccinato' e 'non vaccinato' non sono chiaramente definiti: si è considerati 'vaccinati' dal momento dell'inoculazione? O solo 14 giorni dopo l'inoculazione? O...? I non vaccinati includono anche quelli entro 14 giorni dall'inoculo? Se così fosse, si potrebbe avere l'*errore di finestra di conteggio dei casi* (***Cheap-Trick***).





Quesito posto esattamente un mese fa... →

Dear Professor Sampri, I read with interest your article, “*Vascular and inflammatory diseases after COVID-19 infection and vaccination in children and young people in England: a retrospective, population-based cohort study using linked electronic health records.*”

I would like to request the exact definitions of vaccinated and unvaccinated, as the attribution of this exposure for the aims of outcome imputation varies in some official documents. For instance, some institutions consider ‘unvaccinated’ 14 days after any inoculation, some others 21 days, some others 7 days (mainly if the inoculation is a booster), and so on.

Thank you in advance for your kind help

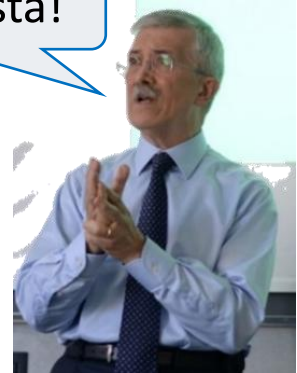
Alberto Donzelli

Sto aspettando da un mese la risposta
della *corresponding author* Sampri
sulla presenza dello shift dei 14 giorni,
che confermerebbe il **Cheap Trick**

Se presente (com'è **molto probabile**,
perché in UK è prassi indicata dall'ONS...),
la sicurezza per i vaccinati sarebbe ancor più
esagerata, come i danni per i non vaccinati!

Ma c'è anche dell'altro, infatti:

Ma non basta!



- Le diagnosi COVID arrivano solo fino al 31-3-2022. **Oggi**, dopo 3 anni da quanto rilevato nella ricerca su Lancet, le **infezioni COVID sono più miti**, mentre i **vaccini hanno mantenuto i rischi**
- La **protezione vaccinale** non resta costante ma **svanisce nel tempo**, e si raccomandano **continui booster** per *mantenerla* (ammesso che la protezione ci sia ancora, al netto del *Cheap Trick...*), motivo per cui i **danni da vaccino** andrebbero calcolati con **ulteriore fattore di moltiplicazione**, più pesante rispetto a quello di recidive COVID nei non vaccinati)
- I **vaccinati** hanno **anche altri rischi** oltre a quelli considerati dagli autori: si pensi solo ai **rischi infettivi** e **autoimmunitari** aumentati da continui re-inoculi e aumento delle IgG4; alle **contaminazioni da DNA plasmidico** e **da SV40**, con possibili **rischi cancerogeni** e **danni genetici** a lungo termine
- Il **disegno inutilmente complicato**: non bastava confrontare bambini vaccinati senza diagnosi di COVID e diagnosticati COVID non vaccinati?! (ciò avrebbe anche escluso la confusione da effetto combinato additivo COVID+vaccino)
- Perché solo vaccini Pfizer, quando **Moderna è più cardi tossico**?!
- Alcuni autori hanno gravi **conflitti d'interessi**, → loro contributo meno credibile
- Il NHS ha reso disponibili i **dati grezzi** per questi *scienziati di fiducia*, ma **non per analisi indipendenti...**

Original Investigation | Public Health

COVID-19 mRNA Vaccination and 4-Year All-Cause Mortality Among Adults Aged 18 to 59 Years in France

Laura Semenzato, PhD, MSc; Stéphane Le Vu, PhD; Jérémie Botton, PhD, PharmD, MPH; Marion Bertrand, MSc; Marie-Joelle Jabagi, PhD, PharmD, MPH; Jérôme Drouin, MSc; François Cuenot, PhD; Valérie Olié, PhD; Rosemary Dray-Spira, PhD, MD; Alain Weill, MD; Mahmoud Zureik, PhD, MD



Enorme studio di coorte su 28 milioni di francesi di 18-59 anni, che hanno ricevuto la 1a dose di vaccino tra il 1 maggio e il 31 ottobre 2021, o che non si sono vaccinati in quel lasso di tempo.

Ha stimato la **mortalità totale** (scelta corretta: è l'esito che conta di più) con follow-up di 4 anni, con correzione per caratteristiche socioeconomiche (scelta corretta) e per 41 comorbidità.

Risultati

I vaccinati hanno avuto un rischio di mortalità totale minore del 25% (aHR 0,75), modificato poco dall'esclusione dei morti COVID (dove i vaccini hanno pesato di più, ma la mortalità COVID è stata una % relativamente modesta della mortalità totale).

La riduzione del 25%~ si è avuta per quasi tutte le cause di morte, comprese quelle da Incidenti o suicidi. Ciò non si può attribuire all'effetto del vaccino, che non ha tali effetti aspecifici, e si spiega con il '**bias** (errore sistematico) del vaccinato sano'.

Gli autori lo dichiarano, ma concludono: «*I risultati in questa coorte nazionale di 28 milioni di individui non hanno trovato alcun aumento di mortalità totale nei vaccinati COVID di 18-59 anni in 4 anni, supportando ancora la sicurezza dei vaccini a mRNA*»

Conclusione legittima e onesta? (oltretutto subito strumentalizzata...)

Pensiamo di no, per molti motivi, che esprimeremo in un Commento a JAMA N.O. Ne ricordiamo alcuni.

1) L'epidemiologo Stefano Petti ha calcolato la mortalità in Francia nel gruppo 20-59 e per ogni decennio (da Eurostat: per la procedura si rinvia a futuro articolo).

n. di morti in 4 anni per 1000 persone:

Totale 18-59 anni: 5.506 (non vaccinati), 4.323 (vaccinati); **20-59 Francia 7.336.**

Come si vede, la mortalità anche per fascia d'età è stata molto più alta in Francia che nei milioni di persone selezionate dagli autori, dunque **il campione è tutt'altro che rappresentativo della popolazione francese**. In pratica manca un gran numero di decessi che riguarda la popolazione esclusa dallo studio.

Tale sproporzione implica la presenza di **importanti errori sistematici**.

2) Esclusione delle persone vaccinate prima del maggio 2021. Per *Our World in Data* erano già il 25% dei francesi, è un taglio che gli autori tentano di giustificare come forma di controllo dell'*immortal-time bias*. Ma ciò è distorsivo.

Perché non procedere dall'inizio delle somministrazioni, **calcolando in modo preciso i giorni-persona**, come si è fatto nel ns articolo [A Critical Analysis of All-Cause Deaths during COVID-19 Vaccination in an Italian Province?](#)

3) Le correzioni statistiche sono state attuate **in base alle patologie preesistenti, ma non in base alla loro gravità.**

4) La mortalità nei non vaccinati è stata significativamente più alta per qualsiasi causa, inclusi incidenti stradali e suicidi. Non lo si può spiegare come effetto della vaccinazione, ma dimostra il **bias** di selezione tra vaccinati e non → **‘del vaccinato sano’**. C'è qualche motivo di credere che sia comunque sottostimato (v. slide segg.)

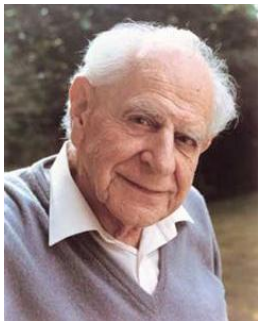
5) Ma soprattutto (Donzelli, Malatesta), **perché non rilasciare dall'inizio delle vaccinazioni i dati di mortalità totale per stato vaccinale di ogni deceduto, come ha fatto l'ONS in Inghilterra fino al maggio 2023**, rifiutandosi dopo di proseguire (per motivi che le slide seguenti fanno ipotizzare)? E **perché non renderli disponibili per verifiche da parte di gruppi di ricerca indipendenti?**

Data Sharing Statement

Semenzato. COVID-19 mRNA Vaccination and 4-Year All-Cause Mortality Among Adults Aged 18 to 59 Years in France. *JAMA Netw Open*. Published December 04, 2025.

doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.46822

Data available: No



Popper: Una scienza che eviti di misurarsi con i suoi possibili errori, immunizzandosi contro le critiche per risultare in apparenza sempre vera (*e sottraendosi di fatto alla possibilità di essere falsificata*) **non è una scienza**

5) Gli autori **dichiarano l'assenza di conflitti di interessi (COI): ma sono credibili?**

“Conflict of Interest Disclosures: None reported”.

Diamo un'occhiata alle **Author Affiliations**: EPI-PHARE Scientific Interest Group in Epidemiology of Health Products from the **French National Agency for the Safety of Medicines and Health Products** and the **French National Health Insurance**, Saint-Denis, France (**sono tutti**, cioè: Semenzato, Le Vu, Botton, Bertrand, Jabagi, Drouin, Cuenot, Olie, Dray-Spira, Weill, Zureik); University of Paris-Saclay, Faculté de pharmacie, Orsay, France (Botton); University of Paris-Saclay, UVSQ, University of Paris-Sud, Inserm, Anti-infective evasion and Pharmacoepidemiology Unit/Team, CESP, Montigny-le-Bretonneux, France (Zureik).

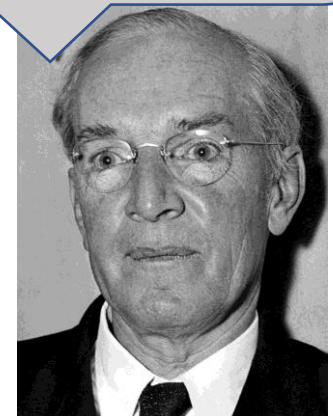
... come se fossero AIFA + ISS

Si sbaglia a pensare che i COI siano solo/soprattutto legati a dazioni finanziarie da parte di Big-Pharma o Big-Tech.

Il ricatto e la fedeltà occupazionale sono anche più potenti, e di certo più diffusi...!

(e per dirigenti che remassero contro le politiche delle proprie Amministrazioni, non c'è solo il 'rischio-carriera', ma quello di licenziamento!)

NB: è difficile far capire qualcosa a qualcuno quando il suo stipendio (e la carriera, *ndr*) dipende dal fatto che non capisca



Upton Sinclair

Altro esempio dell'effetto *aderente sano*

Chronic obstructive pulmonary disease

Adherence to inhaled therapy, mortality and hospital admission in COPD

J Vestbo,^{1,2} J A Anderson,³ P M A Calverley,⁴ B Celli,⁵ G T Ferguson,⁶ C Jenkins,⁷ K Knobil,⁸ L R Willits,³ J C Yates,⁸ P W Jones⁹



(TORCH) study was a randomised study which compared salmeterol (SAL), fluticasone propionate (FP), the combination of SAL and FP (SFC) and placebo with overall mortality as the primary end point.⁶ The main findings of the study, which lasted 3 years and included 6112 patients with moderate to severe COPD, have been published

mortality in groups adherent to SAL, FP, SFC and placebo was 10.7%, 12.9%, 9.5% and 12.0%, respectively. In patients with poor adherence, mortality was 25.2%, 28.7%, 24.9% and 26.7%,

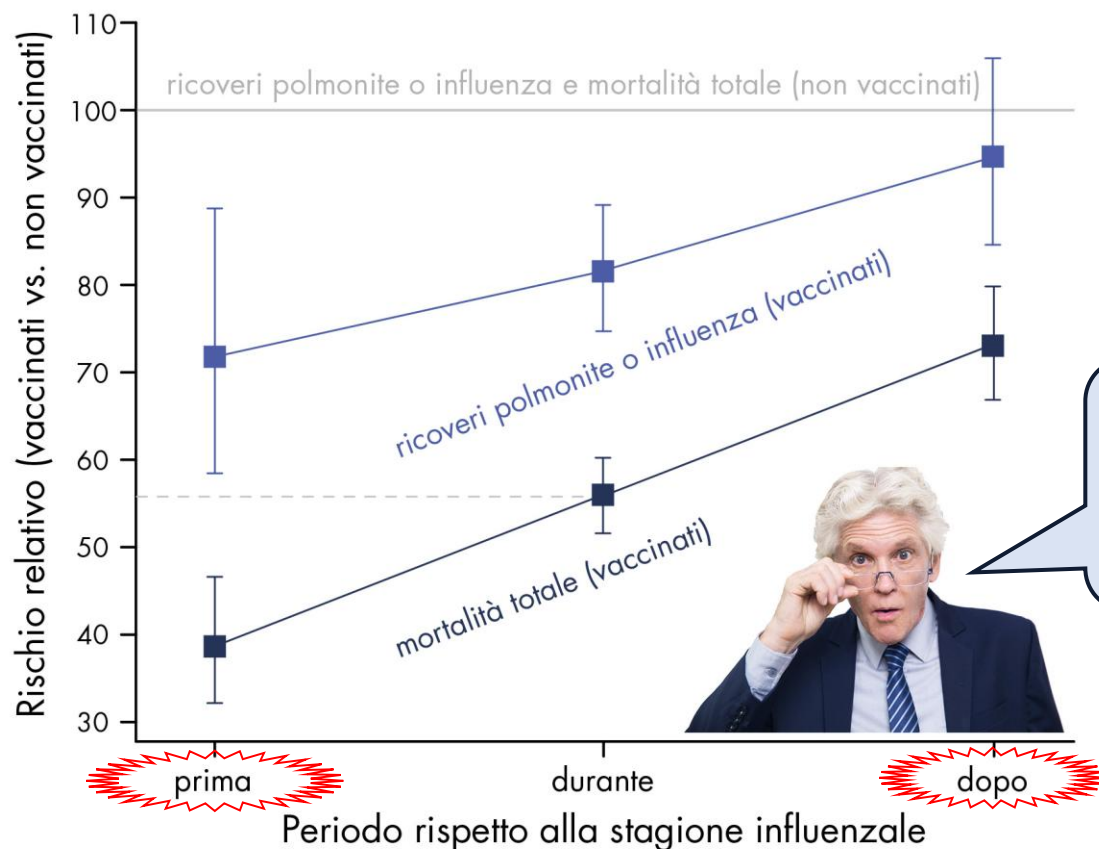
a multivariate Cox model, good adherence was associated with a decreased risk of death at any time in the 3-year study period of 60% (hazard ratio (HR) 0.40 (95% confidence interval (CI) 0.35 to 0.46), $p < 0.001$), independent of study treatment. In a model which also included health status assessed using the St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), the HR was 0.41



Il gruppo di chi aderisce a un trattamento muore spesso a metà (o meno!) di chi non aderisce. È stato così per la vaccinazione antinfluenzale, per molti screening e farmaci, per chi partecipa volontario a un RCT vs popolazione generale...
E in modo indipendente dal trattamento!

model was repeated for deaths while on treatment only. Although this reduced the number of deaths by 47% to 464 deaths for analysis, the association between adherence and mortality was even stronger (HR 0.25 (95% CI 0.20 to 0.30)). Using other cut-off values than 80% for adherence revealed a clear association between rate of adherence and mortality (data not shown)—the lower the adherence, the higher the mortality.

Rischio relativo (e intervalli di confidenza al 95%) di ricoveri per polmonite o influenza e di mortalità per tutte le cause in vasta coorte di anziani vaccinati con antinfluenzale rispetto ai non vaccinati, prima, durante e dopo la stagione influenzale, da settembre 1995 ad agosto 2003 (grafico ricostruito, da Jackson et al. *Int J Epidemiol* 2006)



**Effetto del
vaccinato sano**

Ora capisco che
la mortalità da influenza
è sopravvalutata
in modo grossolano!

Ad es., **durante** la stagione influenzale, se la mortalità totale nei non vaccinati è 100, quella dei vaccinati è meno di 60. Ma la mortalità dei vaccinati è minore anche **dopo** la stagione influenzale (74) e soprattutto **prima** (~40). Dunque i vaccinati muoiono sistematicamente meno dei non vaccinati, per **altri** motivi, che non hanno a che vedere con l'influenza e il vaccino.

COVID Vaccine Hesitancy and Risk of a Traffic Crash

Donald A. Redelmeier, MD, FRCPC, MSHSR, FACP,^{a,b,c,d,e} Jonathan Wang, MMASc,^{b,c} Deva Thiruchelvam, MSc^{a,c}

^aEvaluative Clinical Sciences, Sunnybrook Research Institute, Toronto, Ont, Canada; ^bDepartment of Medicine, University of Toronto, Ont, ...

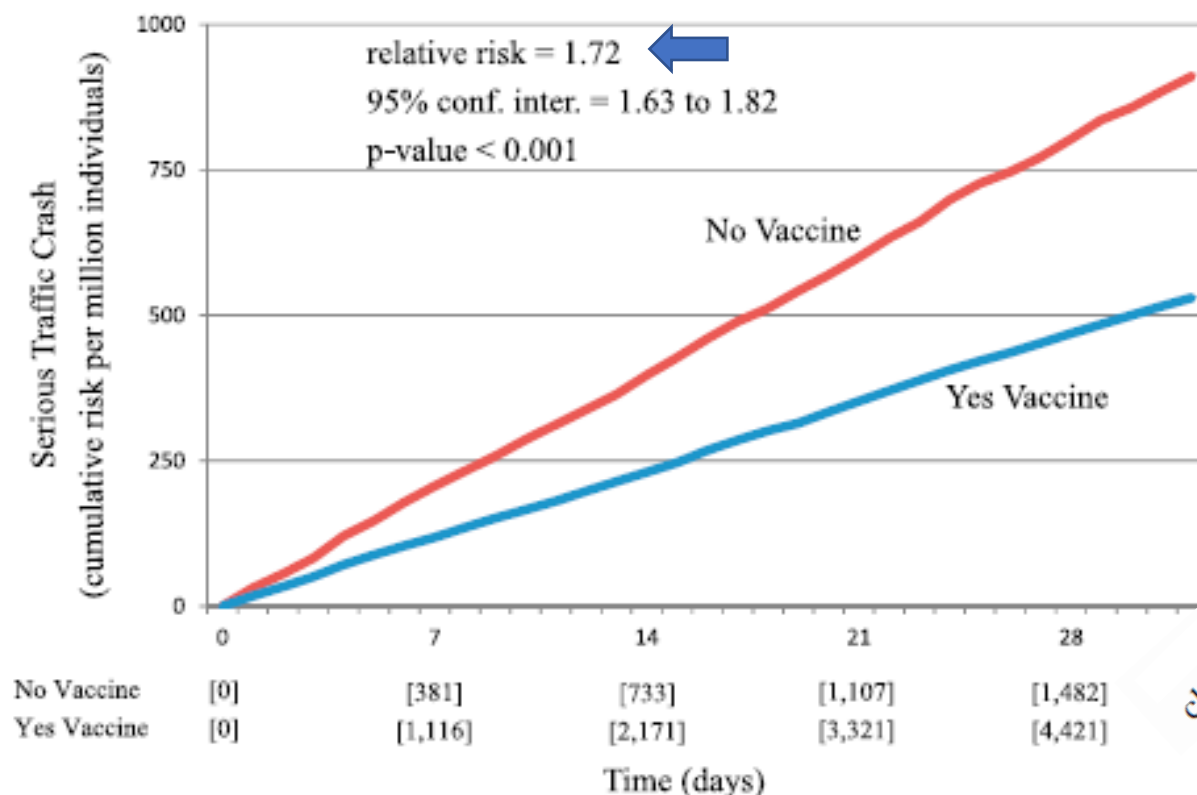


Figure 1 Cumulative incidence plots of absolute risk of a serious traffic crash. X-axis shows days following start of follow-up. Y-axis shows cumulative incidence of events per million indi-

changes to driver insurance policies in the future.⁷⁴
⁷³ The observed risks might also justify

All. 1. Che cosa spiega l' *healthy-vaccinee 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, citata da Acuti Martellucci, dà 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

ORIGINAL ARTICLE

DOI: 10.1056/NEJMoa2416779

Efficacy, Immunogenicity, and Safety of Modified mRNA Influenza Vaccine

D. Fitz-Patrick,¹ D.S. McVinnie,² L.A. Jackson,³ G. Crowther,² A. Geevarughese,⁴ ...

finanziato da... Pfizer!
(e scritto da molti
suoi impiegati...)

In this phase 3 trial, we randomly assigned healthy adults between the ages of 18 and 64 years to receive either a quadrivalent modRNA influenza vaccine (modRNA group) or a licensed inactivated quadrivalent influenza vaccine (control group) during the 2022–2023 influenza season in the United States, South Africa, and the Philippines. The primary end point was relative efficacy, defined by the reduction in the percentage of participants with laboratory-confirmed influenza associated with influenza-like illness at least 14 days after vaccination with the modRNA vaccine,

...

enza-like illness was 34.5% (95% confidence interval [CI], 7.4 to 53.9) on the basis of 57 cases in the modRNA group and 87 cases in the control group, a finding that

...

strains but not for B strains. Primarily mild or moderate reactogenicity was observed in both vaccine groups but was reported more frequently in the modRNA group (overall local reactions, 70.1% vs. 43.1%; overall systemic events, 65.8% vs. 48.7%). Fever occurred in 5.6% of the participants in the modRNA group and in 1.7% of

Ha seguito >18.000 adulti negli USA, Sudafrica e Filippine, randomizzati al vaccino antinfluenzale a mRNA o uno inattivato convenzionale, non un placebo!

Pfizer **ha escluso proprio** i gruppi che le agenzie di sanità pubblica insistono per vaccinare: **adulti >65, donne in gravidanza, pazienti immunocompromessi, fragili o con patologie complesse e chiunque abbia storia di reazioni al vaccino**, benché siano **proprio coloro per cui i vaccini antinfluenzali sono promossi in modo più aggressivo!**

Ha ottenuto **30 (!) 'influenze' in meno**, con **300 persone da vaccinare per prevenire 1 sola** malattia, lieve e autolimitante!

Nessuna valutazione di ospedalizzazioni, polmoniti, gravi complicazioni, ricoveri in terapia intensiva o decessi.



Maryanne Demasi

Trova la sua massima efficacia nell'esito che richiede che tutti i campioni siano spediti a un laboratorio centrale Pfizer per l'aggiudicazione (mentre i risultati clinici reali come l'ospedalizzazione non sono affatto misurati!).

Domanda: perché il vaccino 'funziona' solo quando Pfizer decide se c'è influenza?

Il vaccino a mRNA ha **evitato ~3 casi di lieve influenza ogni 1.000 persone** (beneficio **assoluto: 0,32%**). Ma **provoca anche ulteriori 170 casi su 1.000 di sintomi simil-influenzali sistemici** nella settimana dopo la vaccinazione.

Per ogni lieve influenza prevenuta il vaccino ne ha provocate ~55 in più.



Influenza? Vacciniamoci. Lo spot istituzionale con Carlo Conti



HOMNYA TV
17,9K iscritti

Iscriviti



2



Condividi



Salva



Influenza? Vacciniamoci. Lo spot istituzionale con Carlo Conti



HOMNYA TV
17,9K iscritti

Iscriviti



2



Condividi



Salva



E i musicisti?
A casa con la febbre!

I cantanti?
Anche.

E l'ospite d'onore?
A casa con l'influenza.

Quindi lo spettacolo non si fa...
No, no, lo spettacolo deve
continuare.

Eh, e allora volete un consiglio?
Se avete superato i 60 anni o siete
persone fragili, consultate il vostro
medico e **fate il vaccino contro
l'influenza**, perché la salute è lo
spettacolo più importante.

Agenda europea per l'immunizzazione 2030



Azioni esemplificative

- Identificare e creare "campioni" di immunizzazione o "eroi del vaccino" e modelli di buone pratiche per sostenere l'immunizzazione all'interno dei governi nazionali e/o delle comunità.
- Coinvolgere i NITAG nel generare domanda di immunizzazione comunicando le prove disponibili e consigliando la necessità e il tipo di ricerca qualitativa.
- Garantire che l'immunizzazione sia inclusa nei curricula delle scuole di medicina, para-medicina, farmacia e infermieristica e migliorare l'alfabetizzazione sanitaria della comunità includendo l'immunizzazione nei curricula scolastici di salute.
- Garantire condizioni di lavoro ottimali e utilizzare incentivi basati sui risultati per motivare il personale sanitario a sostenere e promuovere l'immunizzazione.