

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

(65° incontro, 25-1-'26)

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. Samanta
Forasassi

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

Dichiarazione

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

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

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

E che

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

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

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

- **Questa presentazione affronterà:**



- Scaletta (Slide 4)
- Fondazione *Allineare Sanità e Salute* (S 5) ed es. di disease mongering:
- Vit. B₁₂ per dare energia agli anziani? (da S 6)
- Nuovi farmaci per perder peso. Game-changing? (S 10)
- Nuove LG USA, Piramide alimentare: grandi progressi, ma anche criticità (da S 16)
- Paracetamolo in gravidanza e infanzia e autismo (da S 46)
- CDC e negativizzazione di protezione dai ricoveri dei vaccini COVID bivalenti (da S 51)
- Pandemia amplificata da PCR-rt, illegale e inattendibile per almeno 4 motivi (da S 53)
- COVID-19, vaccinazioni e cancro – Oncotarget e 17 possibili meccanismi (da S 59)
- Studio Francese di confronto mortalità vaccinati/non vaccinati su >28 ml adulti (da S 63)
- Approfondimenti sul bias dell'‘aderente sano’ / del ‘vaccinato sano’ (da S 77)
- FANS subito a dosi piene nelle infezioni respiratorie? Altro grave bias di COVER (S 88)



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 →)

Alte dosi di B₁₂ per
anziani? Perché **No**

Alto dosaggio di VITAMINA B12

Per l'energia
fisica
e mentale



Vitamina B12 IBSA e Tecnologia IBSA FilmTec®. La linea di integratori "sulla punta della lingua"

Fabbisogno
giornaliero
adulti/anziani
(x LARN 2025)
vit. B₁₂ ~2 mcg



Nel prodotto esemplificato,
ogni cpr eccede di centinaia
di volte il fabbisogno...



1 cpr a settimana

>140 mcg di vit. B₁₂

doi: 10.1200/JCO.2017.72.7735

Long-Term, Supplemental, One-Carbon Metabolism–Related Vitamin B Use in Relation to Lung Cancer Risk in the Vitamins and Lifestyle (VITAL) Cohort

Theodore M. Brasky, Emily White, and Chi-Ling Chen

Author affiliations and support information (if applicable) appear at the end of this article.

Published at jco.org on August 22, 2017.

ABSTRACT

Purpose

Inconsistent findings have been reported of a link between the use of one-carbon metabolism–

Table 3. Associations Between Supplemental B Vitamins and Lung Cancer Risk in Men, Stratified on Smoking Status

Multivitamin Plus Individual Supplement, 10-Year Use	Smoking Status at Baseline,* HR (95% CI)†		
	Former Smokers (≥ 10 years since quitting)‡	Recent smokers (< 10 years since quitting)§	Current Smokers
Vitamin B ₁₂ , µg/d¶			
Nonuser	1.00 reference	1.00 reference	1.00 reference
0.10-5.00	0.99 (0.66 to 1.49)	0.66 (0.32 to 1.36)	1.00 (0.61 to 1.66)
5.01-25.00	0.76 (0.53 to 1.09)	0.98 (0.57 to 1.67)	1.32 (0.87 to 2.01)
25.01-55.00#	0.91 (0.48 to 1.72)	1.01 (0.36 to 2.88)	1.37 (0.58 to 3.22)
> 55.00	1.89 (1.08 to 3.31)	1.50 (0.52 to 4.32)	3.71 (1.77 to 7.74)
P trend	.74	.68	< .01

Abbreviation: HR, hazard ratio.

*Excludes never smokers (among participants with lung cancer [n = 20]; among participants without lung cancer [n = 14,208]).

†Adjusted for age, race, education, body mass index, alcohol consumption, years smoked, pack-years, pack-years squared, history of chronic obstructive pulmonary disease, history of cancer, family history of lung cancer, and nonsteroidal anti-inflammatory drug use.

‡Participants with lung cancer (n = 202); participants without lung cancer (n = 16,079).

§Participants with lung cancer (n = 78); participants without lung cancer (n = 2,604).

||Participants with lung cancer (n = 139); participants without lung cancer (n = 3,113).

¶Includes multivitamin sources.

#Greater than the amount of that nutrient that could be obtained from daily use of one pill of the multivitamin Centrum Silver (Wyeth, Madison, NJ).



Contents lists available at ScienceDirect

Archives of Gerontology and Geriatrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/archger<https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.105230>

The origin of vitamin B12 levels and risk of all-cause, cardiovascular and cancer specific mortality: A systematic review and dose-response meta-analysis

Kefeng Liu^{a,b,#}, Zhirong Yang^{c,d,#}, Xiaojing Lu^{a,b,#}, Bang Zheng^e, Shanshan Wu^f,
Jian Kang^{a,b}, Shusen Sun^{g,**}, Jie Zhao^{a,h,*}



Perché TV
non lo dice?



Risultati: 22 studi di coorte (>92.000 individui con 10.700 decessi).

Un'analisi dose-risposta con trend lineare ha mostrato **mortalità +4% a ogni aumento di 100 pmol/L della B₁₂ sierica** nella popolazione generale (HR aggiustato [aHR] 1,04; da 1,01 a 1,08) e **+6% negli anziani**.

La metanalisi degli studi di coorte ha mostrato un'associazione positiva tra **B₁₂** (da dieta o da supplementi) **>600 pmol/L e mortalità per tutte le cause (aHR 1,50; 1,29-1,74)**, per **malattie cardiovascolari (aHR 2,04, 0,99-4,19)**, per cancro (aHR 1,56, n.s.).

Parimenti, concentrazioni sieriche di **B₁₂ di 400-600 pmol/L** sono state associate a un aumento della mortalità per tutte le cause (**aHR 1,34; 1,10-1,64**).

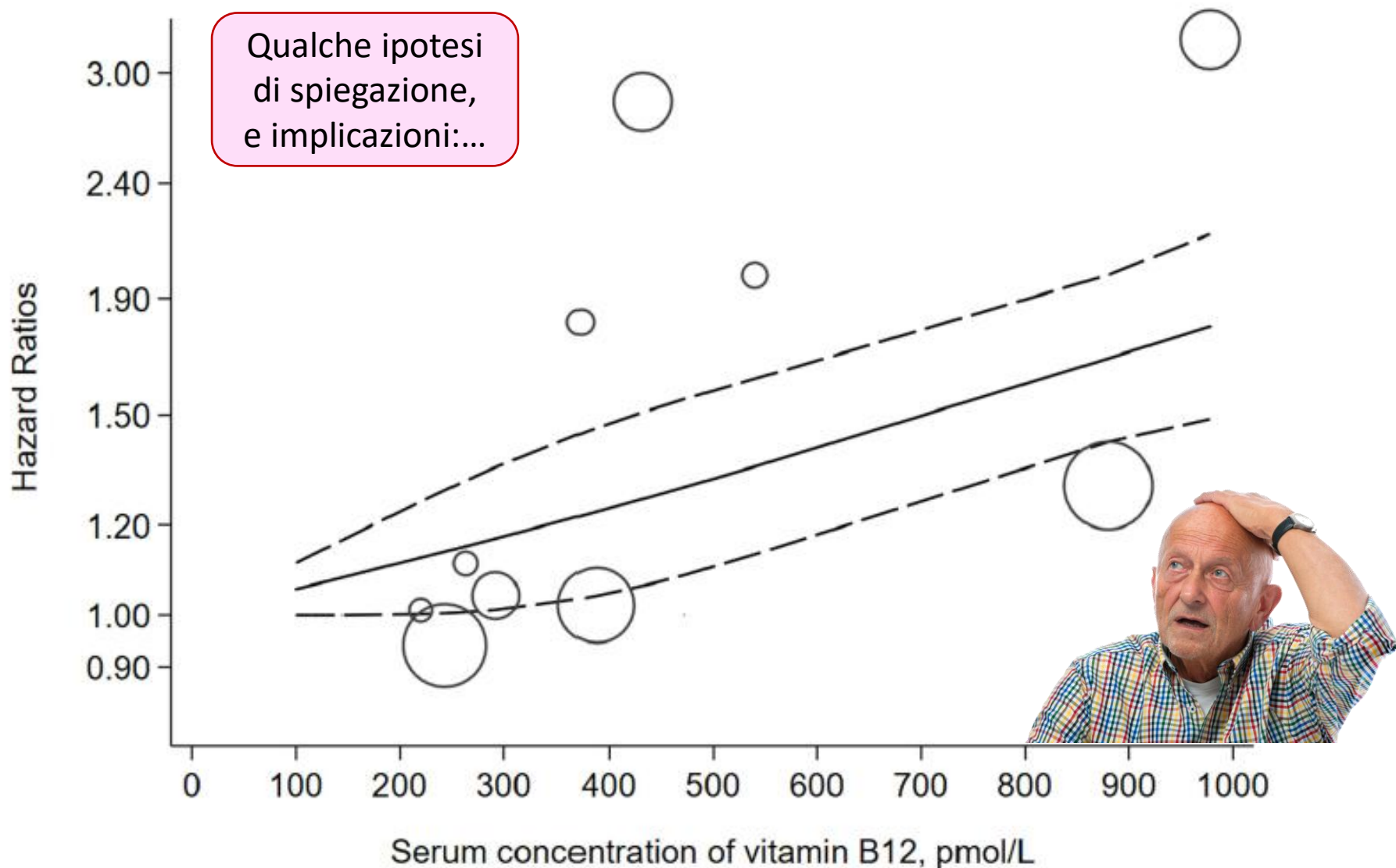
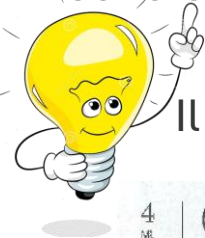


Fig. 4. Dose-response meta-analysis of vitamin B12 levels with the risk of all-cause mortality in the older adults.

Government UK to consider radical new approach to prevent life-threatening CVD

Il Prof. Deanfield studia come le persone possono vivere vite più lunghe e sane usando tecnologia, intelligenza artificiale e dati per **prevedere, prevenire e diagnosticare i fattori di rischio per le malattie CV.** «**Semaglutide, fantastic drug really is a gamechanger**»

Il Ministro UK della Salute, Streeting, pensa di offrirli *nell'interesse dell'economia...*



4 | CRONACA DI MILANO

Venerdì 9 Gennaio 2026 Corriere della Sera

La Regione in farmacia: prezzo calmierato ai medicinali anti obesità

L'agenzia Aria lavora a sconti e poi aiuti per le famiglie fragili

Tanti li vogliono, pochi se li possono permettere. Sono i farmaci nati come anti-diabetici e usati anche per curare l'obesità. O, impropriamente, per eliminare i chili di troppo considerati antiestetici. Arrivati sul mercato da qualche anno, si sono diffusi rapidamente, pur mantenendo un costo elevato. Ora la Regione Lombardia pensa di offrirli a prezzo calmierato, ma solo a chi deve perdere peso per motivi di salute.

Il piano

Il progetto è descritto nella «Delibera della regole» approvata alla fine di dicembre. Il documento spiega che si vuole contrastare l'obesità

so: hanno la capacità di rallentare lo svuotamento gastrico dopo aver mangiato e di ridurre l'appetito.

Chi paga e chi no

Oggi questi medicinali sono a carico del Servizio sanitario nazionale solo per chi ha il diabete di tipo 2. I medici li prescrivono anche a chi soffre di obesità e sovrappeso e ha già fallito lungo le altre strade per dimagrire. In questi ultimi casi, però, il paziente deve pagare di tasca propria. Le iniezioni, di dosaggio variabile a seconda delle situazioni, costano circa 200/300 euro al mese. Un prezzo non accessibile per tutti. Soprattutto per la fascia di popolazione in

più frequente. Lo certifica anche uno studio dell'Ats di Milano, condotto sugli 88 quartieri cittadini: esiste una correlazione tra povertà, condizioni sociali, livelli di educazione e stili di vita negativi per gli uomini (per le donne, invece, la relazione è quasi ininfluente). Si innesca così un cortocircuito: chi non ha i mezzi economici più spesso ha una cattiva alimentazione e ingrassa, correndo il rischio di ammalarsi, ma non può comprare il farmaco che lo aiuterebbe a perdere peso.

Lo «sconto»

Che fare, dunque? I tecnici di Palazzo Lombardia riconoscono che il farmaco funziona

dare ad Aria, l'agenzia regionale per l'innovazione e gli acquisti, il compito di comprare i medicinali ottenendo dal produttore un prezzo più vantaggioso. Le confezioni saranno messe poi in vendita in farmacia, ma a tariffe calmierate. E sono previsti ulteriori «sconti» o la gratuità «per le persone con elevata fragilità sociale e impossibilità di accesso al farmaco».

Il medico di famiglia

«Va prescritto solo se falliscono ginnastica e dieta»

«L e prime a chiedermi di usare il farmaco anti-diabete per dimagrire sono state le donne. Ora iniziano a farsi avanti anche gli uomini». Cesare Liberati (nella foto), 36

Rai 1 HD

Vita
in DIRETTA
sanitario nazionale

L'ALTRO IS
QUESTA SERA

L'OMS PROMUOVE L'USO DEI FARMACI ANTI-OBESITÀ

alle altre malattie di cui già soffre»

«L'attesa di un nuovo farmaco a fine mese è vive con la tensione minima»

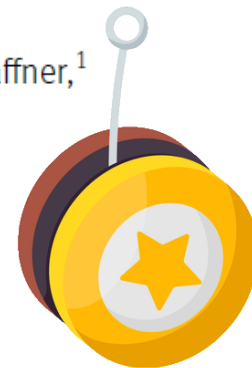
BMJ 2026;392:e085304 | doi: 10.1136/bmj-2025-085304

 OPEN ACCESS

 Check for updates

Weight regain after cessation of medication for weight management: systematic review and meta-analysis

Sam West,^{1,2} Jadine Scragg,^{1,2} Paul Aveyard,^{1,2,3} Jason L Oke,¹ Lia Willis,¹ Stella J P Haffner,¹ Heather Knight,¹ Danni Wang,¹ Sarah Morrow,¹ Laura Heath,¹ Susan A Jebb,^{1,2,4} Dimitrios A Koutoukidis^{1,2}



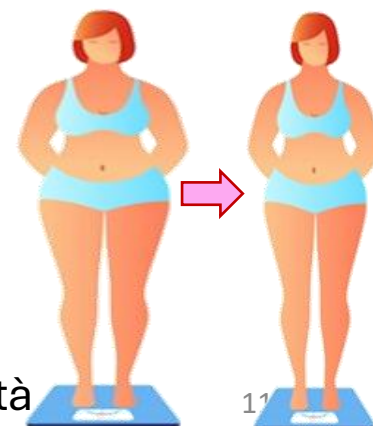
Ha incluso 37 studi (>9.300 partecipanti). Durata media del trattamento: 9 mesi (max 3,5 anni, solo in uno studio). Nel mondo reale **il 50% degli obesi interrompe i farmaci entro un anno.**

Alla cessazione del farmaco, il tasso medio di recupero di peso è stato di 0,4 kg al mese, con ritorno al peso iniziale entro 1,7 anni (entro 1,5 anni con i farmaci più nuovi e potenti), e proiezione che tutti marcatori cardiometabolici tornino al livello iniziale entro 1,4 anni dalla cessazione (e solo entro 1,3 anni con i farmaci più nuovi).

Il **recupero di peso** è stato più rapido dopo la cessazione dei farmaci (di 0,4 kg al mese di media, **ma di ben 0,8 kg al mese con i nuovi più potenti incretino-mimetici**), e indipendente dalla perdita di peso iniziale.

Invece, **a conclusione dei programmi comportamentali di gestione del peso il recupero è stato di soli 0,02 kg al mese**), con indicazioni che con questi programmi i **benefici cardiometabolici persistano ancora a 5 anni**, benché anch'essi si attenuino nel tempo.

Le stime e la precisione sono risultate robuste nell'analisi di sensibilità





Weight regain following the cessation of medication for weight management

Summary



People return to their baseline weight within 1.7 years on average after stopping treatment with any weight management medication, and just 1.5 years after using semaglutide or tirzepatide

Study design



Systematic review and meta-analysis | Trials (randomised, non-randomised, single arm) and cohort studies (prospective or retrospective)

Data sources



37 studies | 9341 participants ≥ 18 years old with overweight or obesity

Comparison

Intervention

Pharmacological interventions currently or previously licensed for weight loss

6322

Control

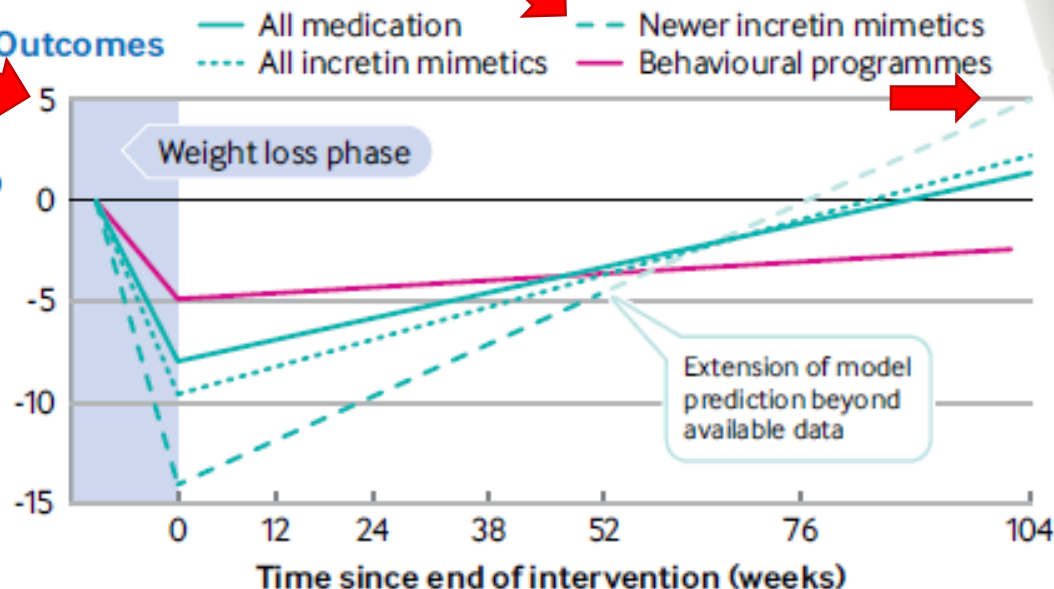
Non-pharmacological weight loss interventions or placebos

3019

Outcomes



Change in body weight from baseline (kg)



Le traiettorie **arancioni** rappresentano programmi comportamentali con modifiche di stili di vita, quelle **azzurre** sono tipiche della risposta ai farmaci per perdere peso.

Quanto più la perdita di peso è importante (-5%, -10%, -15% del peso iniziale), tanto più è rapido il **recupero del peso iniziale**, ... **con gli interessi!**

E con **effetti avversi persistenti e non di rado gravi** [es.: *Robbie Williams*: “**Sto perdendo la vista**, è colpa del farmaco che uso per perdere peso...”]

Per non dire dei prezzi da capogiro... Ma **li sta usando il ~10% degli adulti USA!**

RESEARCH

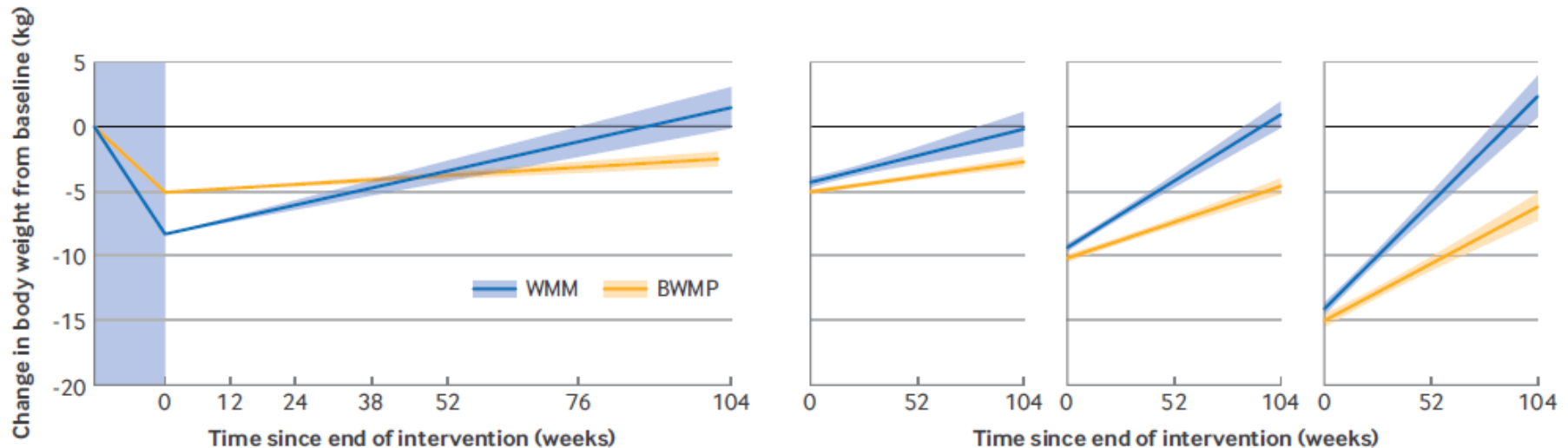


Fig 4 | Change in body weight (kg) from baseline (treatment start) (left panel) and for a fixed amount (5 kg, 10 kg, and 15 kg) of weight loss (right panel) after treatment with WMM or BWMPs. Solid lines show weight loss during treatment (in the blue shaded area) and rate of weight regain after treatment end (95% confidence interval) estimated using mixed effects model (model 1). BWMP=behavioural weight management programme; WMM=weight management medication

Nome commerciale	Principio attivo	Costo confezione (prezzo al pubblico con IVA) in € (arroton.)	Posologia	Costo annuo (arrotondato all'Euro)
Ozempic 1 penna 0,25 mg	semaglutide	€ 169	1 somministrazione settimanale (la dose si può aumentare fino a 2 mg*)	€ 8.103 min
Ozempic 1 penna 0,50 mg				€ 3.600?
Ozempic 1 penna 1 mg				14.181* max
Mounjaro 4 dosi 10 mg	tirzepatide 	€ 485	1 somministrazione settimanale (dose iniziale 2,5 mg, dopo 4 settimane aumentare a 5 mg. Le dosi di mantenimento: 5-10 e 15 mg)	€ 4.159 min
Mounjaro 4 dosi 15 mg		€ 624		6.654 max
Mounjaro 4 dosi 2,5 mg		€ 347		
Mounjaro 4 dosi 5 mg		€ 347		
Mounjaro 4 dosi 7,5 mg		€ 485		
Wegovy 1 penna 0,25 mg	semaglutide 	€ 220	1 somministrazione settimanale (iniziare con una dose di 0,25 e aumentare via via in 16 settimane fino alla dose di mantenimento di 2,4)	€ 16.116
Wegovy 1 penna 0,5 mg		€ 230		
Wegovy 1 penna 1,7 mg		€ 294		
Wegovy 1 penna 1 mg		€ 245		
Wegovy 1 penna 2,4 mg		€ 380		
Saxenda 1 penna 3 ml 6 mg/ml	liraglutide 	€ 74	1 somministrazione giornaliera (iniziare con una dose di 0,6 mg/die x 1 sett. Incrementare di 0,6 mg a settimana, fino a 3 mg/die)	Costo annuale dose di mantenimento
Saxenda 3 penne 6 mg		€ 221		9.995
Saxenda 5 penne 6 mg		€ 303		~10.000

Tabella a cura della Dott.ssa Ilenia De Carlo

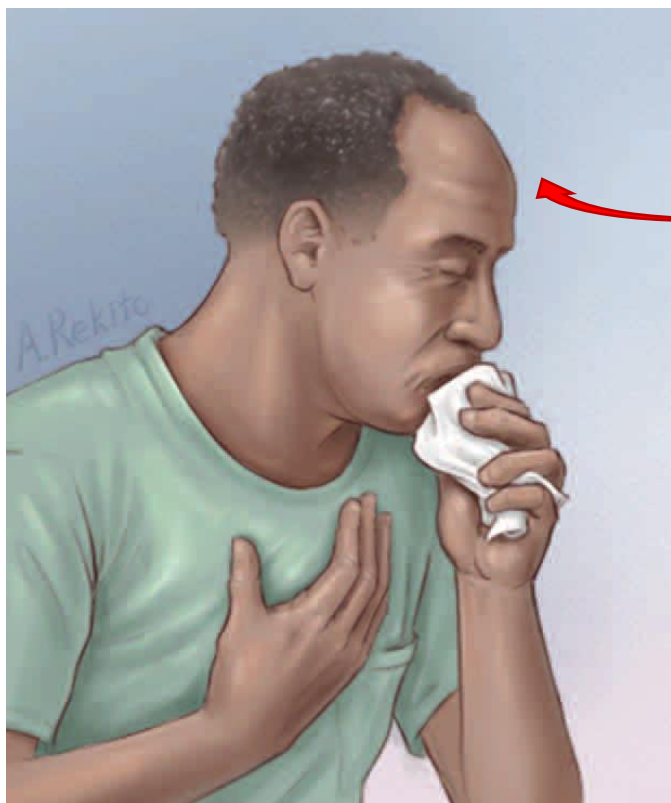
Ultime *'liete'* sorprese per chi fa uso di agonisti GLP-1 ...

(NB: per una sintesi degli effetti avversi a oggi iscriversi a NewsLetter NoGrazie: nella L.139/2'26 c'è un aggiornamento di Ilenia De Carlo)

[GLP-1 Drugs Linked With Chronic Cough | Pulmonary Medicine | JAMA | JAMA Network](#)

Comunque, per non farsi mancare nulla, gli utilizzatori di GLP-1 agonisti sviluppano anche una **perdita di capelli...**

*per un elenco in progress,
v. Newsletter NoGrazie 139*



Su 2 milioni di adulti USA, nei primi 5 anni di assunzione di antidiabetici dal 2005 al 2025, chi ha assunto **agonisti del GLP-1** ha avuto più probabilità di sviluppare una **tosse persistente**, rispetto a chi assumeva altri antidiabetici (inibitori SGLT2, o inibitori DPP-4, o sulfaniluree...).

Un'ipotesi è stata lo sviluppo di **reflusso gastro-esofageo da farmaci GLP-1**; ma la tosse cronica c'era anche in assenza di reflusso...

The New Pyramid



Raccomandazioni **giuste**

- **Evitare cibi ultraprocessati**
- **No zuccheri aggiunti o bevande zuccherate** (specie infanzia e fanciullezza)
- **Consumare 'cibi veri'**
- **Solo cereali integrali e cibi fermentati** (crauti, kefir, miso...)
- **No cereali raffinati**
- **Frutta e verdura abbondanti**
- **Noci e semi oleosi**
- **Valorizzare nuove ricerche di alta validità (RCT) per colmare lacune**

Raccomandazioni **discutibili o insufficienti**

- **Alcol: limitare**, ma restano cautele e ambiguità
- **Grassi 'sani'**, ma messaggio non chiaro su saturi
- **Modi cottura**: ok no frittture, ma... griglia?

Raccomandazioni **da correggere**

- **Troppa carne rossa**
- **Troppi latticini**
- **Troppe proteine animali**
- **Piramide con disegno forzato**



Associations between degree of food processing and all-cause and cause-specific mortality: a multicentre prospective cohort analysis in 9 European countries



Esther M. González-Gil,^{a,*} Michèle Matta,^b Fernanda Morales Bernstein,^{c,d} Manon Cairat,^e Geneviève Nicolas,^a Jessica Blanco,^a Nathalie Kliemann,^f Renata Bertazzi Levy,^g Fernanda Rauber,^{g,h} Inar Jacobs,^a Aline Al Nahas,^a Emine Koc Cakmak,ⁱ Eszter P. Vamos,^j Kiara Chang,^j Sahar G. Yammine,^k Christopher Millett,^{j,l} Mathilde Touvier,^k Maria Gabriela Matias Pinho,^{m,n} Konstantinos K. Tsilidis,^{o,p} Alicia K. Heath,^o Christina M. Lill,^{q,r} Valeria Pala,^s



The Lancet Regional
Health - Europe
2025;50: 101208

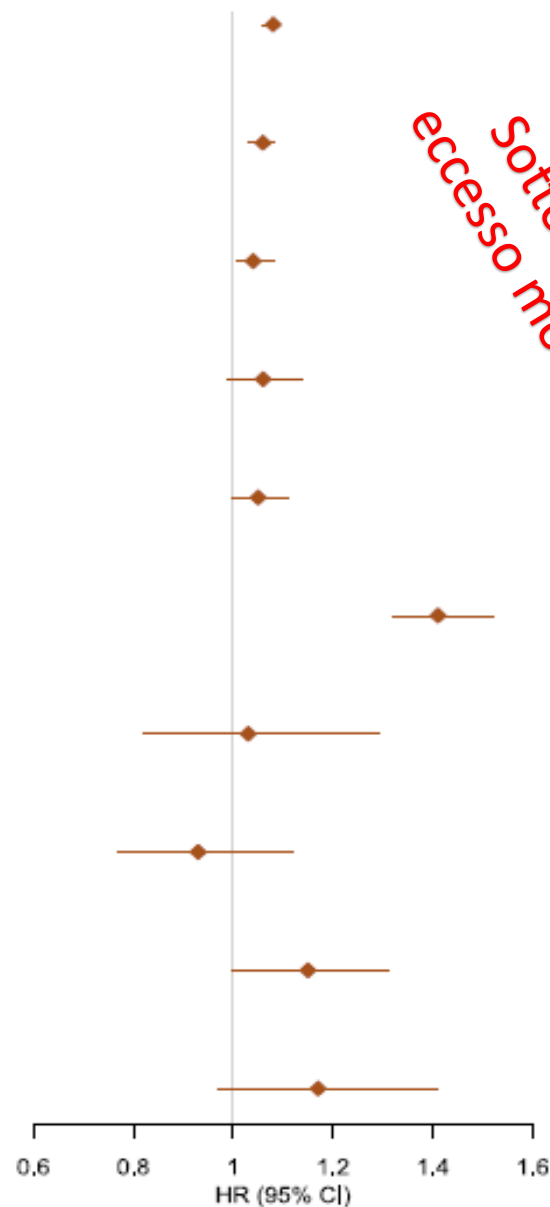
Published Online xxx
<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.101208>

Interpretation In this pan-European analysis, higher UPF consumption was associated with greater mortality from circulatory diseases, digestive diseases, and Parkinson's disease. The results support growing evidence that higher consumption of UPFs and lower consumption of unprocessed foods may have a negative impact on health.

Funding l'Institut National du Cancer, and World Cancer Research Fund International.

C**Nova 3**

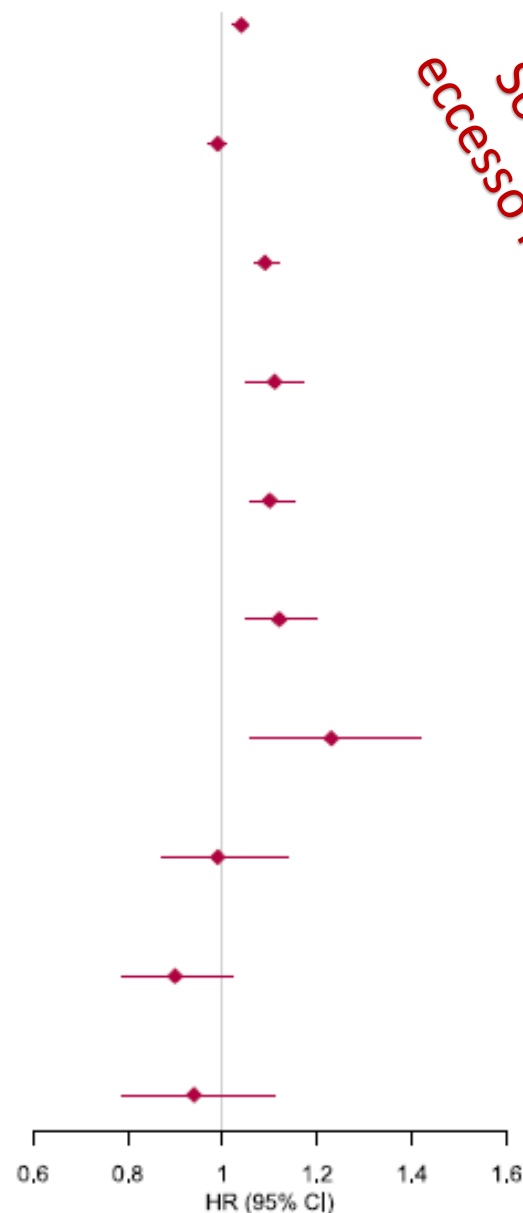
Mortality cause	N cases	HR (CI) (LCI-UCI)
<u>All-cause</u>	40,016	1.08 (1.06–1.09)
<u>Cancer</u>	17,642	1.06 (1.03–1.08)
<u>Circulatory diseases</u>	8,486	1.04 (1.01–1.08)
Cerebrovascular diseases	2,217	1.06 (0.99–1.14)
<u>Ischemic heart disease</u>	3,353	1.05 (1.00–1.11)
<u>Digestive diseases</u>	1,162	1.41 (1.32–1.52)
Parkinson's disease	260	1.03 (0.82–1.29)
Alzheimer's disease	451	0.93 (0.77–1.12)
<u>Suicide</u>	443	1.15 (1.00–1.31)
Transport accidents	267	1.17 (0.97–1.41)



*Sottolineate patologie con
eccesso mortalità significativo*

d**Nova 4**

Mortality cause	N cases	HR (CI) (LCI-UCI)
<u>All-cause</u>	40,016	1.04 (1.02–1.05)
Cancer	17,642	0.99 (0.97–1.01)
<u>Circulatory diseases</u>	8,486	1.09 (1.07–1.12)
<u>Cerebrovascular diseases</u>	2,217	1.11 (1.05–1.17)
<u>Ischemic heart disease</u>	3,353	1.10 (1.06–1.15)
<u>Digestive diseases</u>	1,162	1.12 (1.05–1.20)
<u>Parkinson's disease</u>	260	1.23 (1.06–1.42)
Alzheimer's disease	451	0.99 (0.87–1.14)
Suicide	443	0.90 (0.79–1.02)
Transport accidents	267	0.94 (0.79–1.11)



Sottolineate patologie con
eccesso mortalità significativo

'Nuts'



RESEARCH ARTICLE

Open Access



Nut consumption and risk of cardiovascular disease, total cancer, all-cause and cause-specific mortality: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies

Dagfinn Aune^{1,2*}, NaNa Keum³, Edward Giovannucci^{3,4,5}, Lars T. Fadnes⁶, Paolo Boffetta⁷, Darren C. Greenwood⁸, Serena Tonstad⁹, Lars J. Vatten¹, Elio Riboli² and Teresa Norat²

Abstract

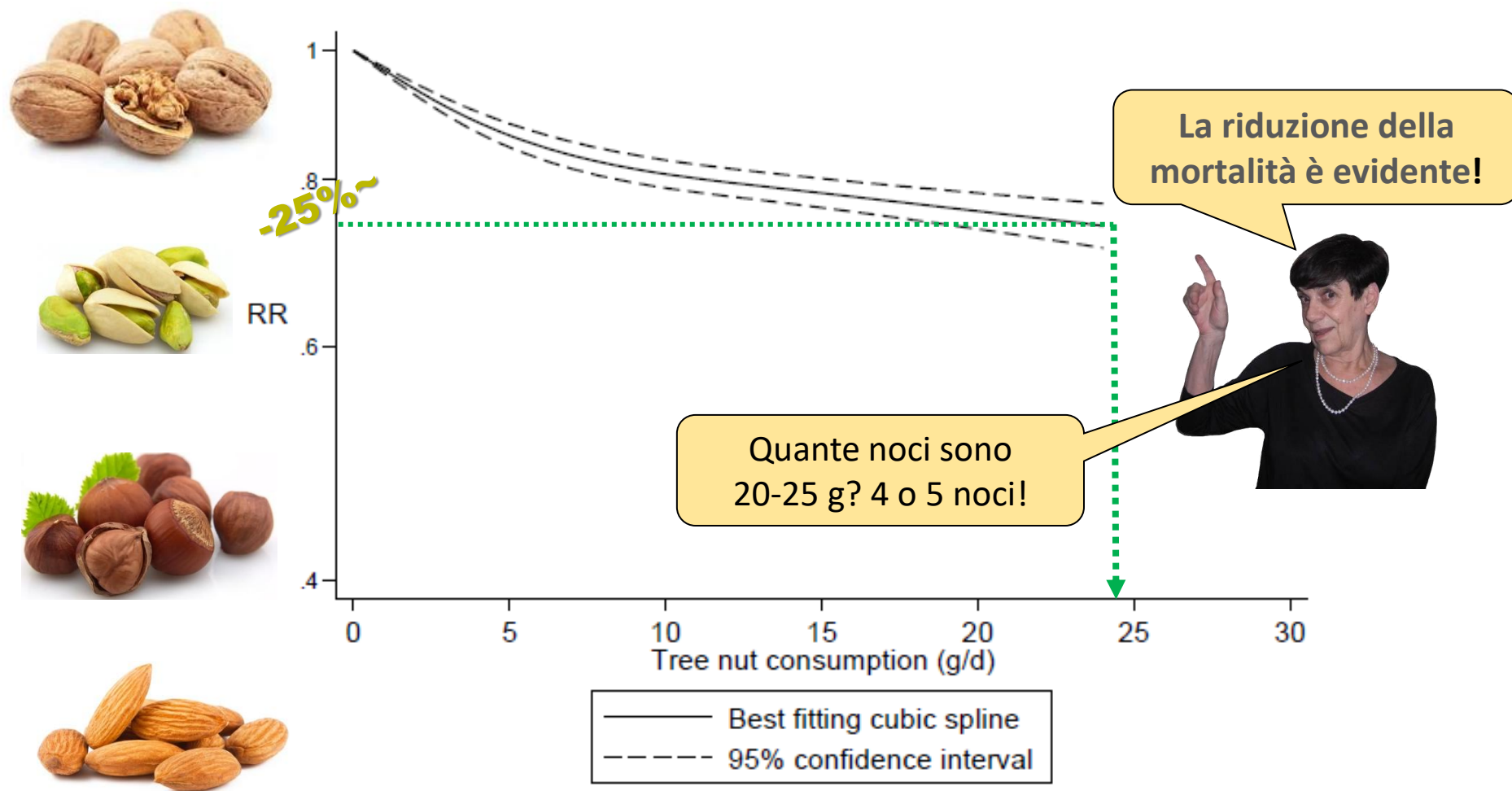
Background: Although nut consumption has been associated with a reduced risk of cardiovascular disease and all-cause mortality, data on less common causes of death has not been systematically assessed. Previous reviews missed several studies and additional studies have since been published. We therefore conducted a systematic review and meta-analysis of nut consumption and risk of cardiovascular disease, total cancer, and all-cause and cause-specific mortality.

Methods: PubMed and Embase were searched for prospective studies of nut consumption and risk of cardiovascular disease, total cancer, and all-cause and cause-specific mortality in adult populations published up to July 19, 2016. Summary relative risks (RRs) and 95% confidence intervals (CIs) were calculated using random-effects models. The burden of mortality attributable to low nut consumption was calculated for selected regions.

Results: Twenty studies (29 publications) were included in the meta-analysis. The summary RRs per 28 grams/day increase in nut intake was for coronary heart disease, 0.71 (95% CI: 0.63–0.80, $I^2 = 47\%$, $n = 11$), stroke, 0.93 (95% CI: 0.83–1.05, $I^2 = 14\%$, $n = 11$), cardiovascular disease, 0.79 (95% CI: 0.70–0.88, $I^2 = 60\%$, $n = 12$), total cancer, 0.85 (95% CI: 0.76–0.94, $I^2 = 42\%$, $n = 8$), all-cause mortality, 0.78 (95% CI: 0.72–0.84, $I^2 = 66\%$, $n = 15$), and for mortality from respiratory disease, 0.48 (95% CI: 0.26–0.89, $I^2 = 61\%$, $n = 3$), diabetes, 0.61 (95% CI: 0.43–0.88, $I^2 = 0\%$, $n = 4$), neurodegenerative disease, 0.65 (95% CI: 0.40–1.08, $I^2 = 5.9\%$, $n = 3$), infectious disease, 0.25 (95% CI: 0.07–0.85, $I^2 = 54\%$, $n = 2$), and kidney disease, 0.27 (95% CI: 0.04–1.91, $I^2 = 61\%$, $n = 2$). The results were similar for tree nuts and peanuts. If the associations are causal, an estimated 4.4 million premature deaths in the America, Europe, Southeast Asia, and Western Pacific would be attributable to a nut intake below 20 grams per day in 2013.

Conclusions: Higher nut intake is associated with reduced risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality, and mortality from respiratory disease, diabetes, and infections.

Supplementary Figure 38. Tree nuts and all-cause mortality, nonlinear dose-response analysis



Fruit and vegetables



International Journal of Epidemiology, 2017, 1–28

doi: 10.1093/ije/dyw319

Original article



Original article



Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality—a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies

Dagfinn Aune^{1,2,3*}, Edward Giovannucci^{4,5,6}, Paolo Boffetta⁷, Lars T. Fadnes⁸, NaNa Keum^{5,6}, Teresa Norat², Darren C. Greenwood⁹, Elio Riboli², Lars J. Vatten¹ and Serena Tonstad¹⁰

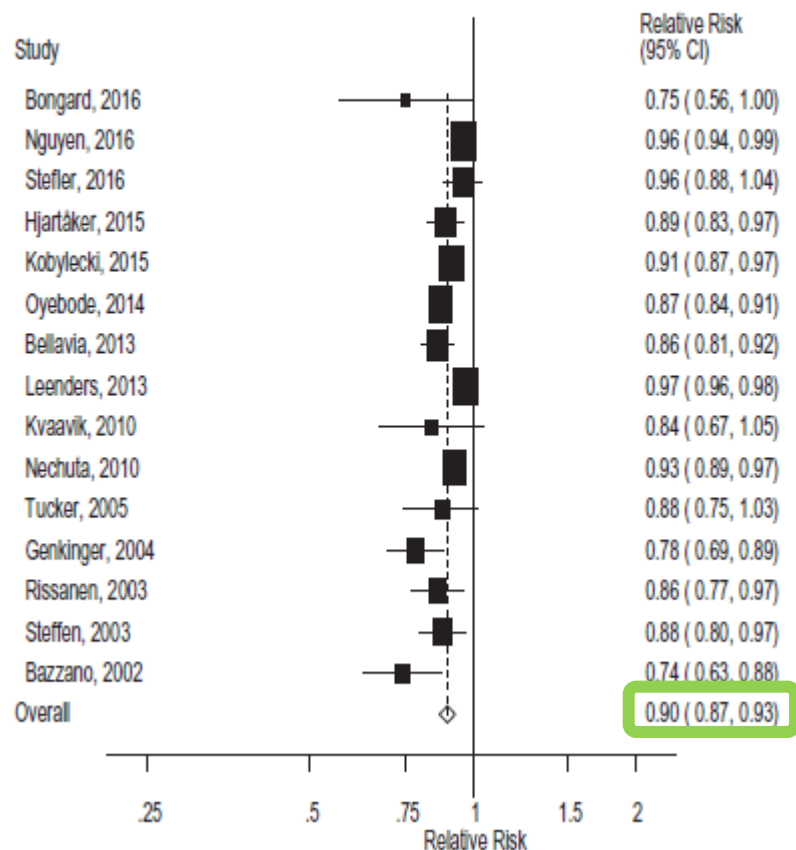
¹Department of Public Health and General Practice, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway, ²Department of Epidemiology and Biostatistics, Imperial College London, London, UK, ³Bjerknes University College, Oslo, Norway, ⁴Channing Division of Network Medicine, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, USA, ⁵Department of Epidemiology, ⁶Department of Nutrition, Harvard T. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA, ⁷Tisch Cancer Institute, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA, ⁸Department of Global Public Health and Primary Care & Department of Clinical Dentistry, University of Bergen, Bergen, Norway, ⁹Biostatistics Unit, University of Leeds, Leeds, UK and ¹⁰Department of Preventive Cardiology, Oslo University Hospital Ullevål, Oslo, Norway

*Corresponding author. Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Imperial College London, St Mary's Campus, Norfolk Place, London W2 1PG, UK. E-mail: d.aune@imperial.ac.uk



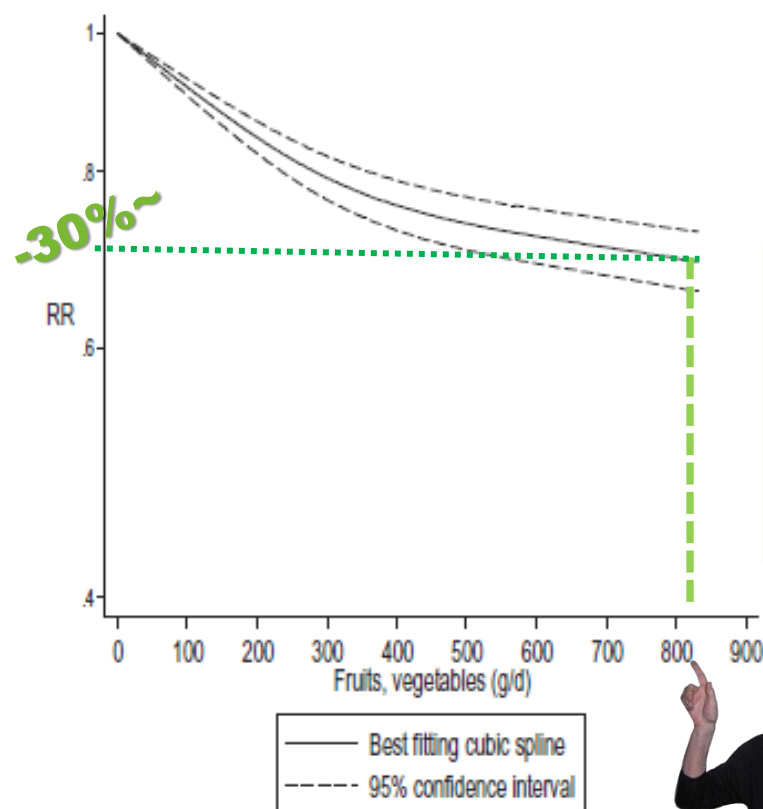
A

Fruits and vegetables and all-cause mortality, per 200 g/d



B

Fruits and vegetables and all-cause mortality, nonlinear dose-response



Sono le quantità previste dalle nuove LG USA



Figure 6. Fruits, vegetables and all-cause mortality, linear and nonlinear dose-response.



RESEARCH

Fruit consumption and risk of type 2 diabetes: results from three prospective longitudinal cohort studies



OPEN ACCESS

Isao Muraki *research fellow*¹, Fumiaki Imamura *investigator scientist*², JoAnn E Manson *professor of medicine*^{3,4,5}, Frank B Hu *professor of nutrition and epidemiology*^{1,3,5}, Walter C Willett *professor of epidemiology and nutrition*^{1,3,5}, Rob M van Dam *associate professor*^{1,6}, Qi Sun *assistant professor*^{1,5}

Il consumo di vari frutti (con poche eccezioni) è associato con un minor rischio di diabete

Es.: % riduzione di diabete per ogni 3 porzioni/settimana di:

Mirtilli: -26%



Uva e uvetta: -12%



Prugne: -7%



Mele, pere: -5%



Banane: -5%



Pompelmi: -3% n.s.



Pesche, albicocche: -1% n.s.



Arance: +3% n.s.



Succhi di frutta : +8%
(peggio bevande zuccherate!)



Dagfinn Aune,^{1,2} NaNa Keum,³ Edward Giovannucci,^{3,4,5} Lars T Fadnes,⁶ Paolo Boffetta,⁷ Darren C Greenwood,⁸ Serena Tonstad,⁹ Lars J Vatten,¹ Elio Riboli,² Teresa Norat²



Cardiovascular disease and cancer remain the two most common causes of death and in 2013 accounted for 25.5



Fig 6 | Forest plot for consumption of whole grains (per 90 g/day) and risk of all cause mortality, with graph illustrating non-linear response



Mortality from different causes associated with meat, heme iron, nitrates, and nitrites in the NIH-AARP Diet and Health Study: population based cohort study **537.000 retirees followed for 16 years**

Arash Etemadi, Rashmi Sinha, Mary H Ward, Barry I Graubard, Maki Inoue-Choi, Sanford M Dawsey, Christian C Abnet

Division of Cancer Epidemiology and Genetics, National Cancer Institute, Bethesda, MD 20850, USA

Correspondence to: A Etemadi
arash.etemadi@nih.gov

Additional material is published online only. To view please visit the journal online.

Cite this as: *BMJ* 2017;357:j1957
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j1957>

Accepted: 10 April 2017

ABSTRACT

OBJECTIVE

To determine the association of different types of meat intake and meat associated compounds with overall and cause specific mortality.

DESIGN

Population based cohort study.

SETTING

Baseline dietary data of the NIH-AARP Diet and Health Study (prospective cohort of the general population from six states and two metropolitan areas in the US) and 16 year follow-up data until 31 December 2011.

PARTICIPANTS

536 969 AARP members aged 50-71 at baseline.

EXPOSURES

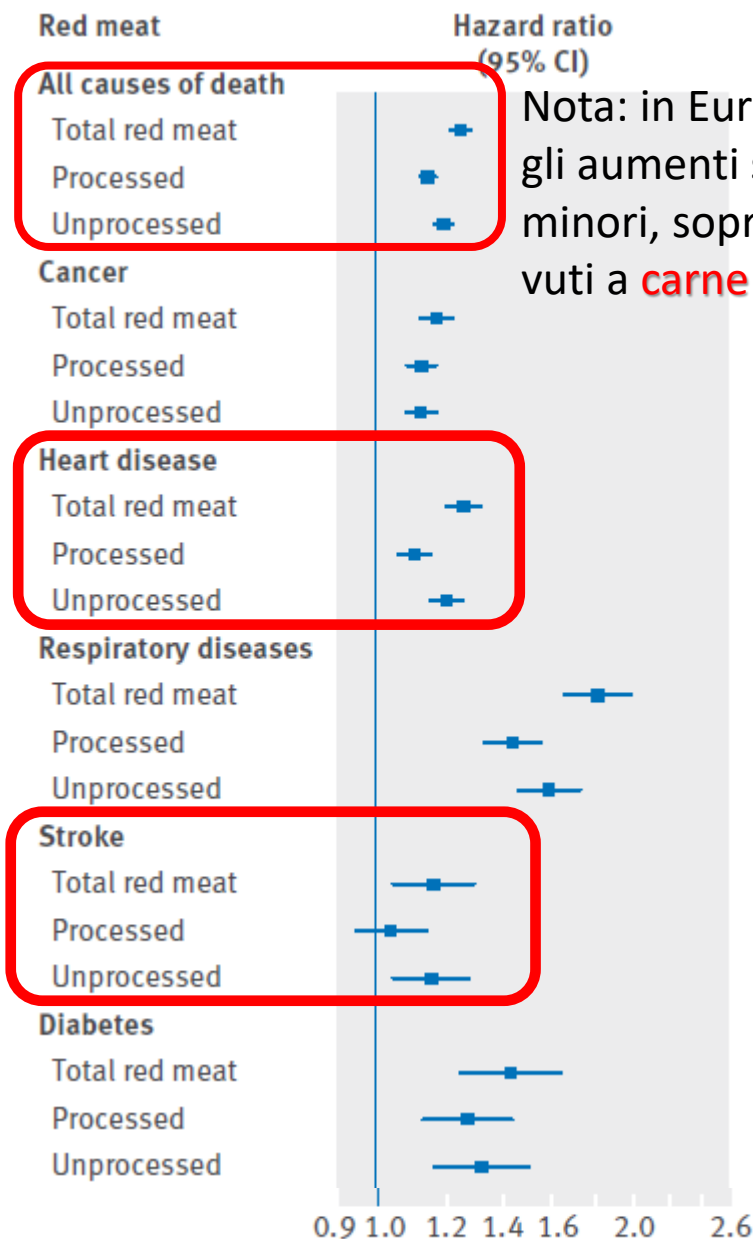
Intake of total meat, processed and unprocessed red meat (beef, lamb, and pork) and white meat (poultry

mortality. Heme iron and processed meat nitrate/nitrite were independently associated with increased risk of all cause and cause specific mortality. Mediation models estimated that the increased mortality associated with processed red meat was influenced by nitrate intake (37.0-72.0%) and to a lesser degree by heme iron (20.9-24.1%). When the total meat intake was constant, the highest fifth of white meat intake was associated with a 25% reduction in risk of all cause mortality compared with the lowest intake level. Almost all causes of death showed an inverse association with white meat intake.

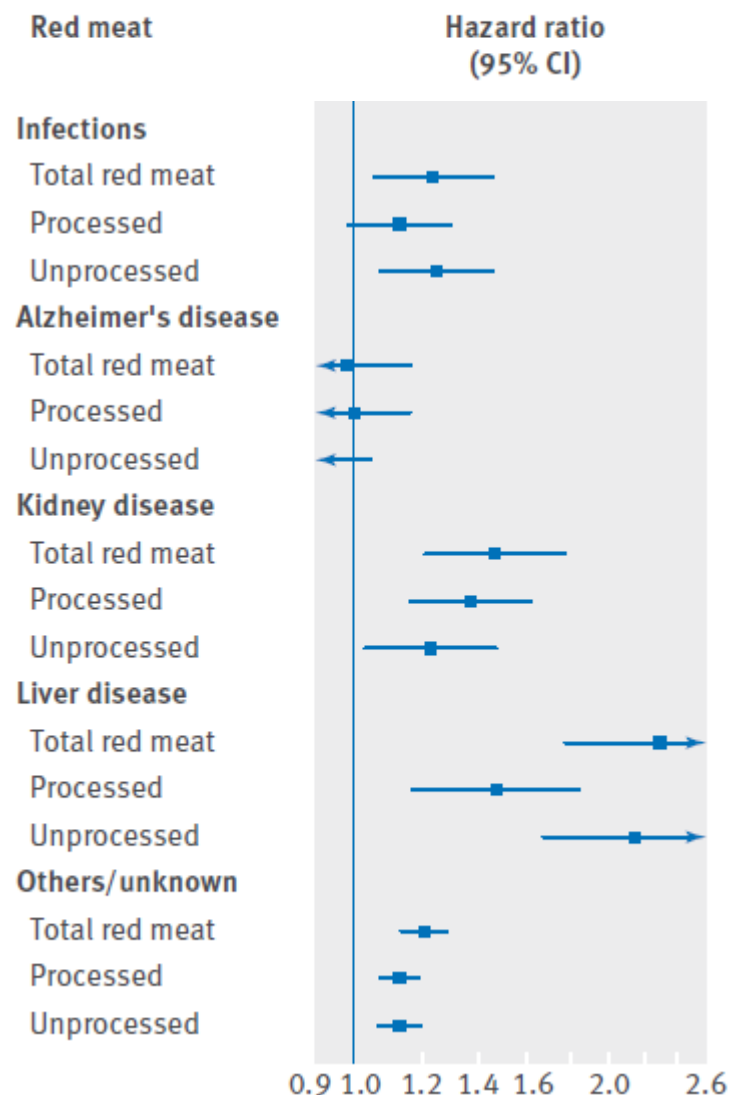
CONCLUSIONS

The results show increased risks of all cause mortality and death due to nine different causes associated with both processed and unprocessed red meat, accounted for, in part, by heme iron and nitrate/nitrite from processed meat. T reduced risks





Nota: in Europa (EPIC)
gli aumenti sembrano
minori, soprattutto do-
vuti a **carne processata**



**Ancor più per diabete, e
malattie respiratorie e di fegato**

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Meat consumption and mortality - results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition

Sabine Rohrmann^{1,2*}, Kim Overvad³, H Bas Bueno-de-Mesquita^{4,5}, Marianne U Jakobsen³, Rikke Egeberg⁶,



Abstract

Background: Recently, some US cohorts have shown a moderate association between red and processed meat consumption and mortality supporting the results of previous studies among vegetarians. The aim of this study was to examine the association of red meat, processed meat, and poultry consumption with the risk of early death in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC).

Methods: Included in the analysis were 448,568 men and women without prevalent cancer, stroke, or myocardial infarction, and with complete information on diet, smoking, physical activity and body mass index, who were between 35 and 69 years old at baseline. Cox proportional hazards regression was used to examine the association of meat consumption with all-cause and cause-specific mortality.

Results: As of June 2009, 26,344 deaths were observed. After multivariate adjustment, a high consumption of red meat was related to higher all-cause mortality (hazard ratio (HR) = 1.14, 95% confidence interval (CI) 1.01 to 1.28, 160+ versus 10 to 19.9 g/day), and the association was stronger for processed meat (HR = 1.44, 95% CI 1.24 to 1.66, 160+ versus 10 to 19.9 g/day). After correction for measurement error, higher all-cause mortality remained significant only for processed meat (HR = 1.18, 95% CI 1.11 to 1.25, per 50 g/d). We estimated that 3.3% (95% CI 1.5% to 5.0%) of deaths could be prevented if all participants had a processed meat consumption of less than 20 g/day. Significant associations with processed meat intake were observed for cardiovascular diseases, cancer, and 'other causes of death'. The consumption of poultry was not related to all-cause mortality.

Conclusions: The results of our analysis support a moderate positive association between processed meat consumption and mortality, in particular due to cardiovascular diseases, but also to cancer.

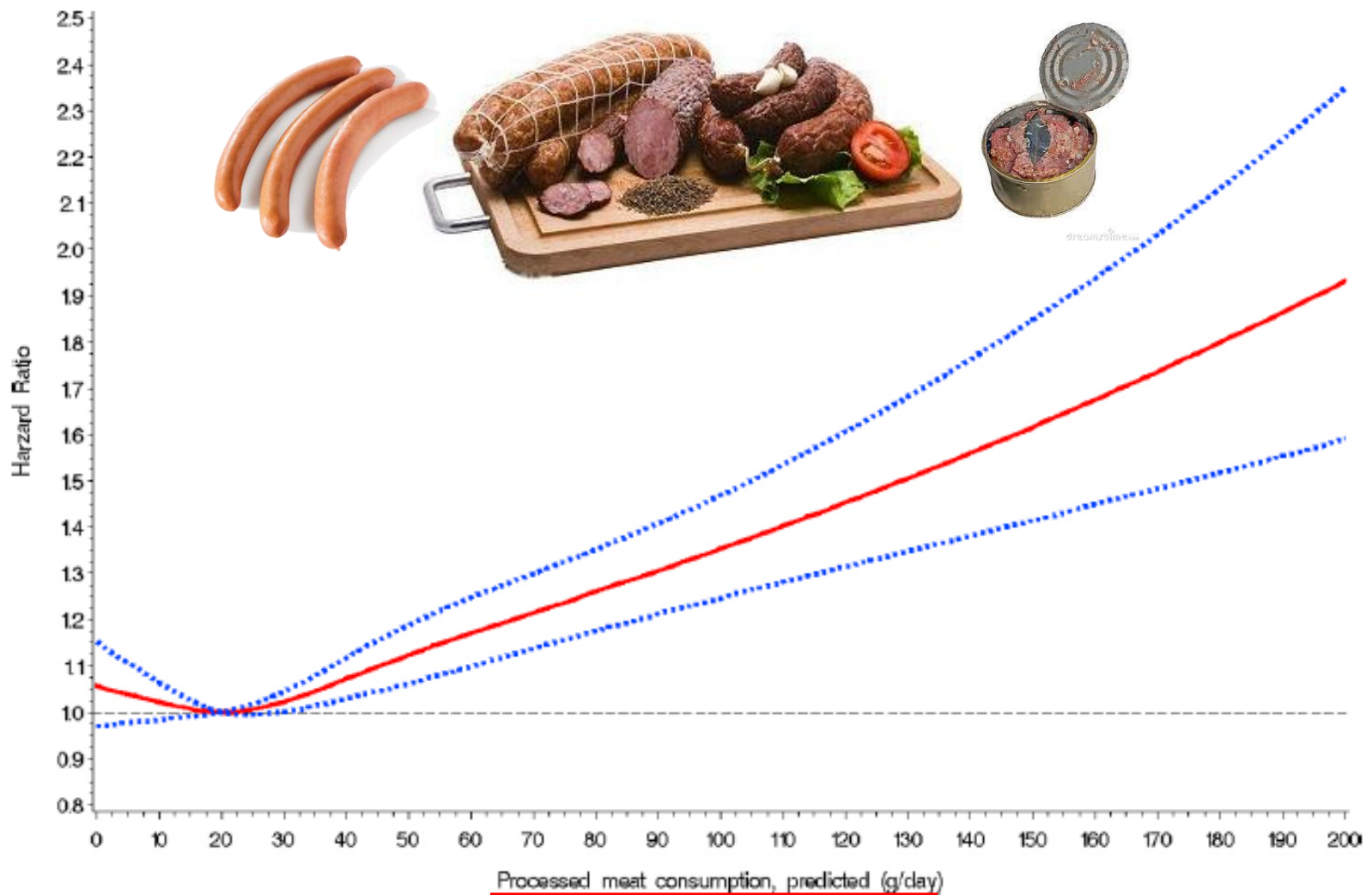


Figure 1 Nonparametric regression curve for the relation of processed meat intake at recruitment with all-cause mortality, European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC), 1992-2009. Solid line, effect estimate; dotted lines, 95 percent confidence interval.

Associazione tra consumo di carni e mortalità per causa (EPIC, 2013)

Introduzione di:	Cardiovascolare	Cancro	Respiratoria	Tratto digestivo	Altre cause
<u>100 g/dì</u> Carne rossa	1,09	1,00	1,06	1,03	1,02
<u>50 g/dì</u> Carne trasformata	1,30	1,11	1,22	1,09	1,22
<u>50 g/dì</u> pollame	0,84	0,98	1,32	0,72	1,05



Carattere nero = differenza non statisticamente significativa

rosso = differenza di **significatività borderline**

rosso = **differenza statisticamente significativa**

Association of Animal and Plant Protein Intake With All-Cause and Cause-Specific Mortality

Mingyang Song, MD, ScD; Teresa T. Fung, ScD; Frank B. Hu, MD, PhD; Walter C. Willett, MD, DrPH; Valter D. Longo, PhD; Andrew T. Chan, MD, MPH; Edward L. Giovannucci, MD, ScD August 2016

RESULTS Of the 131 342 participants, 85 013 were women (64.7%) and 46 329 were men (35.3%) (mean [SD] age, 49 [9] years). The median protein intake, as assessed by percentage of energy, was 14% for animal protein (5th-95th percentile, 9%-22%) and 4% for plant protein (5th-95th percentile, 2%-6%). After adjusting for major lifestyle and dietary risk factors, animal protein intake was weakly associated with higher mortality, particularly cardiovascular mortality (HR, 1.08 per 10% energy increment; 95% CI, 1.01-1.16; *P* for trend = .04), whereas plant protein was associated with lower mortality (HR, 0.90 per 3% energy increment; 95% CI, 0.86-0.95; *P* for trend < .001). These associations were confined to participants with at least 1 unhealthy lifestyle factor based on smoking, heavy alcohol intake, overweight or obesity, and physical inactivity, but not evident among those without any of these risk factors. Replacing animal protein of various origins with plant protein was associated with lower mortality. In particular, the HRs for all-cause mortality were 0.66 (95% CI, 0.59-0.75) when 3% of energy from plant protein was substituted for an equivalent amount of protein from processed red meat, 0.88 (95% CI, 0.84-0.92) from unprocessed red meat, and 0.81 (95% CI, 0.75-0.88) from egg.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE High animal protein intake was positively associated with mortality and high plant protein intake was inversely associated with mortality, especially among individuals with at least 1 lifestyle risk factor. Substitution of plant protein for animal protein, especially that from processed red meat, was associated with lower mortality, suggesting the importance of protein source.

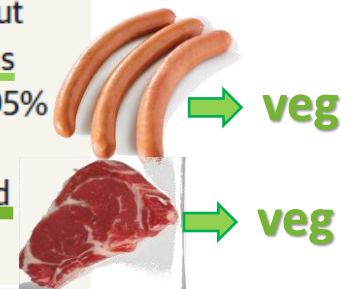
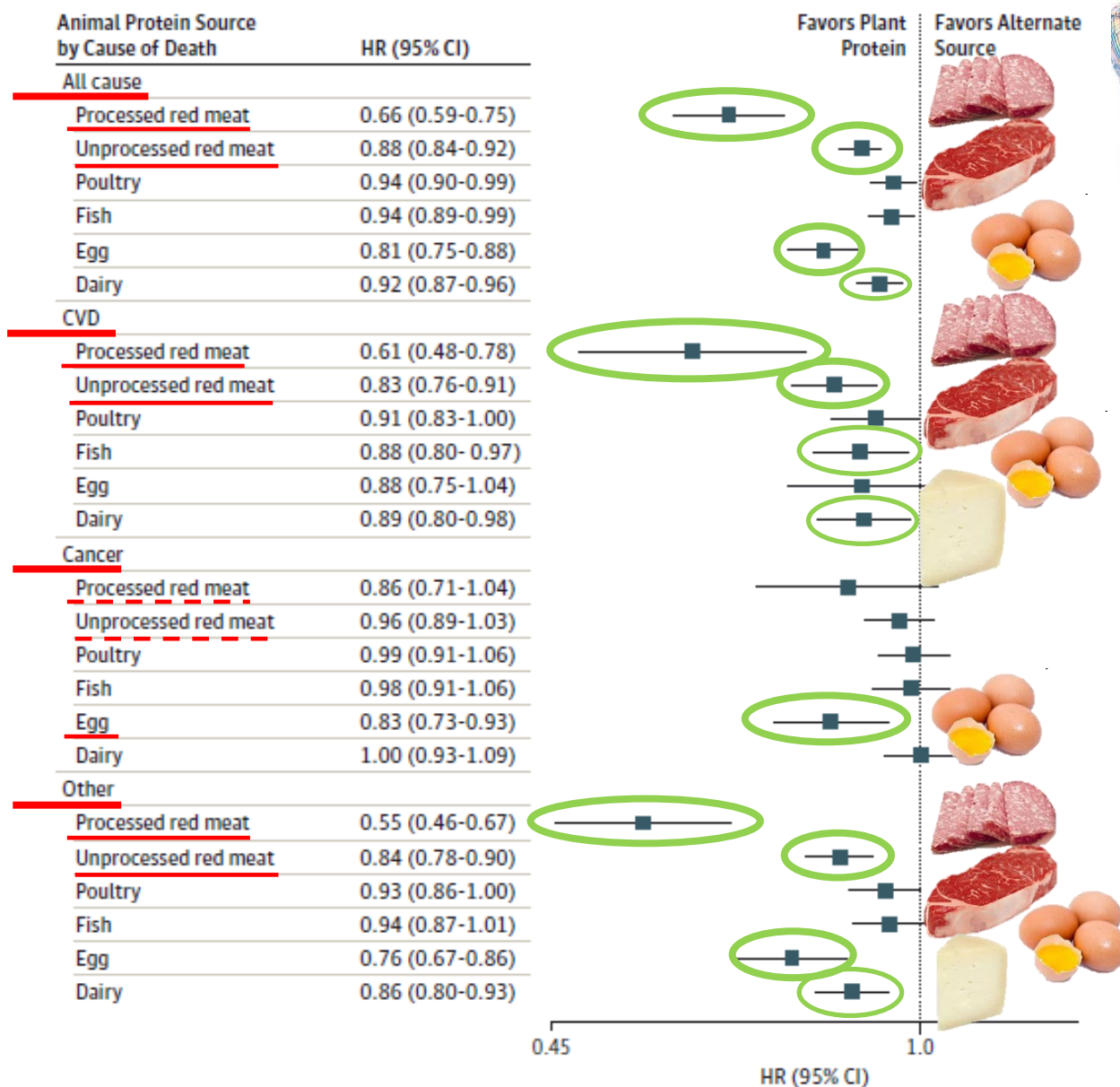


Figure. Risk for Mortality Associated With Replacement of 3% Energy From Various Animal Protein Sources With Plant Protein



**W le
proteine
ve
ge
tali !**



Protein intake from plant sources and from all the animal food items considered were included in the multivariable model that was also adjusted for total caloric intake and percentage of energy from saturated fat, polyunsaturated fat, monounsaturated fat, and *trans*-fat (all continuous), multivitamin use (yes or no), smoking status (never, past, or current [1-14, and ≥ 15 cigarettes/d]), pack-years of smoking (in women, ≤ 15 , 16-25, 26-45, and ≥ 46 ; in men, < 10 , 11-24, 25-44, and ≥ 45), body mass index (calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared; < 23.0 , 23.0-24.9, 25.0-26.9, 27.0-29.9, 30.0-34.9, and ≥ 35), physical activity (quintiles), alcohol consumption (in women, 0, 0.1-5.0, 5.1-15.0, and > 15.0 g/d; in men, 0, 0.1-10.0, 10.1-20.0, and > 20.0 g/d), history of hypertension diagnosis (yes or no), glycemic index (in quintiles), and intake of whole grains, total fiber, fruits, and vegetables (all in quintiles). CVD indicates cardiovascular disease; HR, hazard ratio. Error bars indicate 95% CIs.

Vegetarian Dietary Patterns and Mortality in Adventist Health Study 2

Michael J. Orlich, MD; Pramil N Singh, DrPH; Joan Sabaté, MD, DrPH; Karen Jaceldo-Siegl, DrPH; Jing Fan, MS; Synnove Knutsen, MD, PhD; W. Lawrence Beeson, DrPH; Gary E. Fraser, MBChB, PhD

Importance: Some evidence suggests vegetarian dietary patterns may be associated with reduced mortality, but the relationship is not well established.

Objective: To evaluate the association between vegetarian dietary patterns and mortality.

Design: Prospective cohort study; mortality analysis by Cox proportional hazards regression, controlling for important demographic and lifestyle confounders.

Setting: Adventist Health Study 2 (AHS-2), a large North American cohort.

Participants: A total of 96 469 Seventh-day Adventist men and women recruited between 2002 and 2007, from which an analytic sample of 73 308 participants remained after exclusions.

Exposures: Diet was assessed at baseline by a quantitative food frequency questionnaire and categorized into 5 dietary patterns: nonvegetarian, semi-vegetarian, pesco-vegetarian, lacto-ovo-vegetarian, and vegan.

Main Outcome and Measure: The relationship between vegetarian dietary patterns and all-cause and cause-specific mortality; deaths through 2009 were identified from the National Death Index.

Results: There were 2570 deaths among 73 308 participants during a mean follow-up time of 5.79 years. The mortality rate was 6.05 (95% CI, 5.82-6.29) deaths per 1000 person-years. The adjusted hazard ratio (HR) for all-cause mortality in all vegetarians combined vs non-vegetarians was 0.88 (95% CI, 0.80-0.97). The adjusted HR for all-cause mortality in vegans was 0.85 (95% CI, 0.73-1.01); in lacto-ovo-vegetarians, 0.91 (95% CI, 0.82-1.00); in pesco-vegetarians, 0.81 (95% CI, 0.69-0.94); and in semi-vegetarians, 0.92 (95% CI, 0.75-1.13) compared with nonvegetarians. Significant associations with

I dati ad oggi mostrano l'opposto. Riparliamone tra 100 anni...!

Sento dire che non mangiar carne può fare male ...

Conclusion and Relevance: Vegetarian diets are associated with all-cause mortality with some reductions in specific mortality. These findings appeared to be more pronounced in males. These findings and associations should be considered carefully by those considering dietary



Table 4. Associations of Dietary Patterns With All-Cause and Cause-Specific Mortality From a Cox Proportional Hazards Regression Model Among Participants in the Adventist Health Study 2, 2002-2009

Characteristic	Deaths, Hazard Ratio (95% CI)				
	All-Cause	Ischemic Heart Disease	Cardiovascular Disease	Cancer	Other
All (N = 73 308), No. of deaths ^{a,b}	2560	372	987	706	867
Vegetarian					
Vegan	0.85 (0.73-1.01)	0.90 (0.60-1.33)	0.91 (0.71-1.16)	0.92 (0.68-1.24)	0.74 (0.56-0.99)
Lacto-ovo	0.91 (0.82-1.00)	0.82 (0.62-1.06)	0.90 (0.76-1.06)	0.90 (0.75-1.09)	0.91 (0.77-1.07)
Pesco	0.81 (0.69-0.94)	0.65 (0.43-0.97)	0.80 (0.62-1.03)	0.94 (0.72-1.22)	0.71 (0.54-0.94)
Semi	0.92 (0.75-1.13)	0.92 (0.57-1.51)	0.85 (0.63-1.16)	0.94 (0.66-1.35)	0.99 (0.72-1.36)
Nonvegetarian	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]
Men (n = 25 105), No. of deaths ^a	1031	169	390	273	368
Vegetarian					
Vegan	0.72 (0.56-0.92)	0.45 (0.21-0.94)	0.58 (0.38-0.89)	0.81 (0.48-1.36)	0.81 (0.53-1.22)
Lacto-ovo	0.86 (0.74-1.01)	0.76 (0.52-1.12)	0.77 (0.59-0.99)	1.01 (0.75-1.37)	0.89 (0.69-1.15)
Pesco	0.73 (0.57-0.93)	0.77 (0.45-1.30)	0.66 (0.44-0.98)	1.10 (0.73-1.67)	0.60 (0.39-0.93)
Semi	0.93 (0.68-1.26)	0.73 (0.33-1.60)	0.75 (0.43-1.32)	1.15 (0.65-2.03)	1.03 (0.62-1.71)
Nonvegetarian	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]
Women (n = 48 203), No. of deaths ^{a,c}	1529	203	597	433	499
Vegetarian					
Vegan	0.97 (0.78-1.20)	1.39 (0.87-2.24)	1.18 (0.88-1.60)	0.99 (0.69-1.44)	0.70 (0.47-1.05)
Lacto-ovo	0.94 (0.83-1.07)	0.85 (0.59-1.22)	0.99 (0.81-1.22)	0.85 (0.67-1.09)	0.93 (0.75-1.17)
Pesco	0.88 (0.72-1.07)	0.51 (0.26-0.99)	0.90 (0.66-1.23)	0.86 (0.61-1.21)	0.81 (0.58-1.15)
Semi	0.92 (0.70-1.22)	1.09 (0.60-1.98)	0.93 (0.64-1.34)	0.85 (0.56-1.30)	0.97 (0.64-1.47)
Nonvegetarian	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]

^aAdjusted by age (ie, attained age as time variable), race (black, nonblack), smoking (current smoker, quit <1 year, quit 1-4 years, quit 5-9 years, quit 10-19 years, quit 20-29 years, quit ≥30 years, and never smoked), exercise (≤20 min/week, 21-50 min/week, 51-150 min/week, and ≥151 min/week), personal income (≤\$20 000, \$20 000-\$30 000/y, >\$30 000-\$50 000/y, >\$50 000-\$100 000/y, and ≥\$100 000/y), education level (up to high school graduate, some college, college graduate, and graduate degree), marital status (married, widowed, divorced, and single/widowed), alcohol consumption (≤1, 2-3, 4-5, 6-7, 8-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, and ≥85 servings/mo), monthly energy intake (≤1000, 1001-1499, 1500-1999, 2000-2499, 2500-2999, 3000-3499, 3500-3999, 4000-4499, 4500-4999, 5000-5499, 5500-5999, 6000-6499, 6500-6999, 7000-7499, 7500-7999, 8000-8499, 8500-8999, 9000-9499, 9500-9999, and ≥10 000 kcal/d), region (Northwest, Mountain, South, and Southeast), and menopausal status (premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal [not taking hormone therapy, taking hormone therapy]).

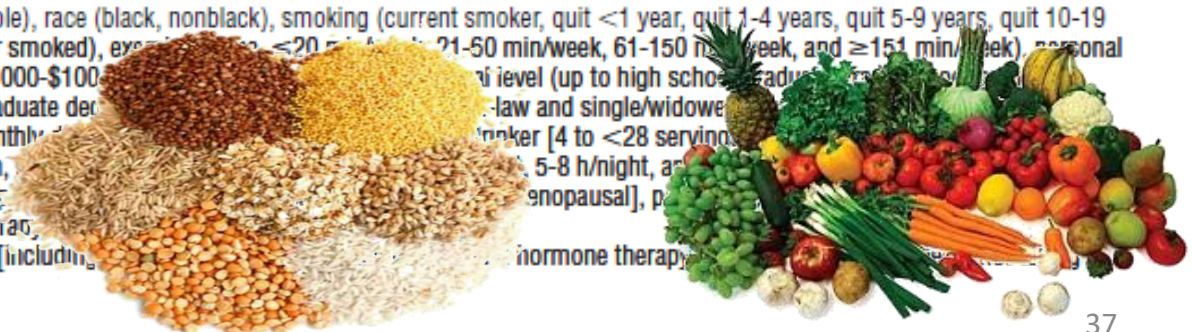


Table 5. Comparison of Vegetarian With Nonvegetarian Dietary Patterns With Respect to Categories of Noncancer, Noncardiovascular Mortality From a Cox Proportional Hazards Regression Model Among Participants in the Adventist Health Study 2, 2002-2009

Characteristic	Hazard Ratio (95% CI)				
	Infectious ^a	Neurologic ^a	Respiratory ^a	Renal ^a	Endocrine ^a
All (N = 73 308), No. of deaths ^{b,c}	64	182	172	67	104
Vegetarian	0.93 (0.53-1.62)	0.93 (0.67-1.29)	0.95 (0.68-1.32)	0.48 (0.28-0.82)	0.61 (0.40-0.92)
Nonvegetarian	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]
Men (n = 25 105), No. of deaths					41
Vegetarian				0.49 (0.25-0.91)	0.48 (0.25-0.92)
Nonvegetarian				1 [Reference]	1 [Reference]
Women (n = 48 203), No. of deaths					63
Vegetarian				0.49 (0.25-0.91)	0.76 (0.44-1.30)
Nonvegetarian				1 [Reference]	1 [Reference]

Al termine dell'analisi dei dati il **BMI medio è risultato meno elevato nei**

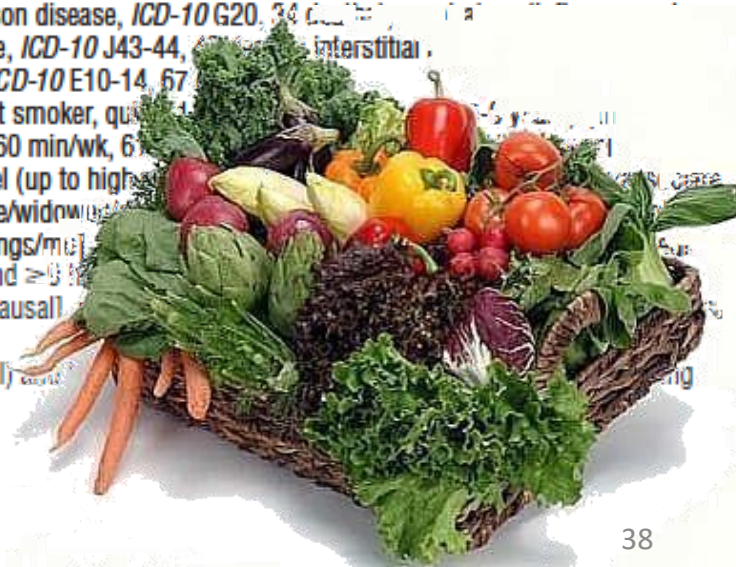
- **vegetariani stretti (24,1)** rispetto ai
- **semi-vegetariani (27,4),**
- **pesco-vegetariani (26,1),**
- **latto-ovo vegetariani (26,1)**
- **onnivori (28,6).**

e per l'indice di massa corporea...

^aThe most common specific causes of mortality for each category: infectious (septicemia, *ICD-10* code A41, 32 deaths); neurologic (Alzheimer disease, *ICD-10* G30, 93 deaths; Parkinson disease, *ICD-10* G20, 34 deaths); respiratory (pneumonia, *ICD-10* J10-18, 59 deaths; emphysema and chronic obstructive pulmonary disease, *ICD-10* J43-44, 47 deaths); renal (renal failure, *ICD-10* N17-19, 40 deaths); and endocrine (diabetes mellitus, *ICD-10* E10-14, 67 deaths).

^bAdjusted for attained age as time variable, sex (black, nonblack), smoking (current smoker, quit <10 years, quit ≥10 years), alcohol consumption (0 g/d, 1-14 g/d, 15-29 g/d, ≥30 g/d), education (less than high school, high school graduate, college graduate degree), marital status (single, married, widowed, divorced, separated), and physical activity (sedentary, 1-5 min/wk, 6-14 min/wk, 15-29 min/wk, 30-44 min/wk, 45-59 min/wk, ≥60 min/wk).

^cAlso adjusted for race and ethnicity (white, black, other), region (West, North, Midwest, South), season (spring, summer, fall, winter), and body mass index (BMI) (underweight, normal weight, overweight, obese).



Original Research Article

Cause-specific and all-cause mortalities in vegetarian compared with those in nonvegetarian participants from the Adventist Health Study-2 cohort

Grace P Abris^{1,2}, David J Shavlik³, Roy O Mathew^{4,5}, Fayth M Butler^{1,2,6}, Jisoo Oh^{2,3},
Rawiwan Sirirat^{1,2}, Lars E Sveen¹, Gary E Fraser^{1,2,7,*}



TABLE 2
Associations between dietary patterns and all-cause mortality among 88,400 participants in the Adventist Health Study-2¹.

Characteristics	Deaths	Model 1 HR (95% CI)	Model 2 HR (95% CI)	Model 3 HR (95% CI)
All	12,515			
Vegetarian ^{2,3}	6999			
At age 65		0.74 (0.69, 0.78)	0.88 (0.83, 0.94)	0.89 (0.83, 0.95)
At age 85		0.88 (0.83, 0.94)	0.97 (0.91, 1.04)	0.98 (0.91, 1.04)
Nonvegetarian	5516	1 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)
Specific dietary pattern ⁶				
All				
Vegan ³	1008	0.88 (0.82, 0.95)	0.97 (0.90, 1.05)	0.99 (0.92, 1.06)
Lacto-ovo ³	4002			
At age 65		0.74 (0.68, 0.79)	0.87 (0.80, 0.94)	0.88 (0.81, 0.95)
At age 85		0.87 (0.83, 0.91)	0.96 (0.92, 1.01)	0.97 (0.92, 1.02)
Pesco ³	1225			
At age 65		0.75 (0.67, 0.84)	0.85 (0.76, 0.95)	0.85 (0.76, 0.95)
At age 85		0.82 (0.76, 0.87)	0.89 (0.83, 0.95)	0.90 (0.86, 0.99)
Semi ³	764	0.95 (0.88, 1.02)	0.99 (0.91, 1.07)	0.99 (0.92, 1.07)
Nonvegetarian	5516	1 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)

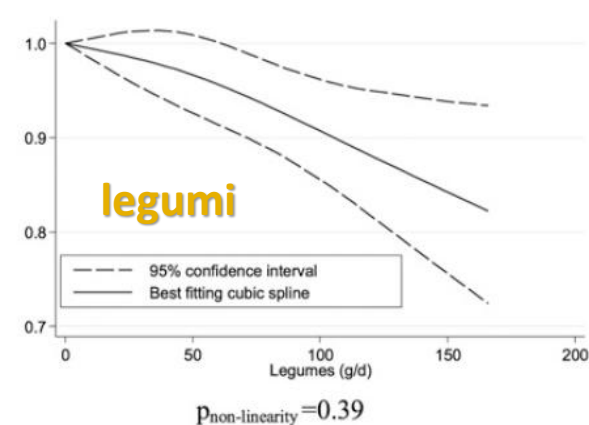
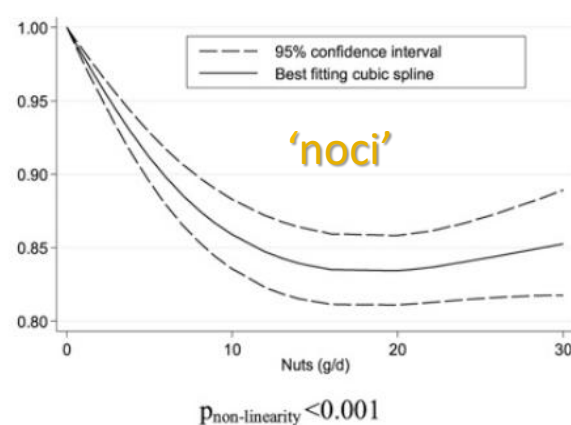
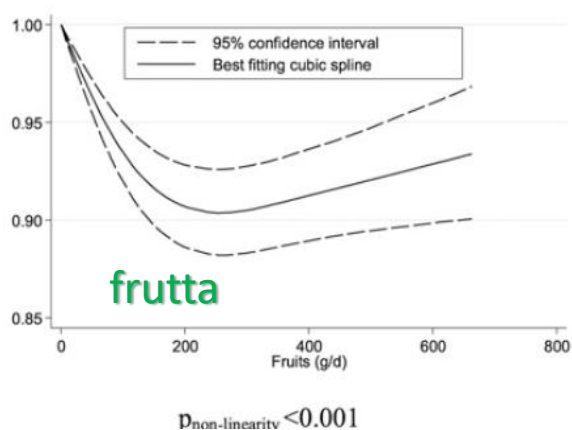
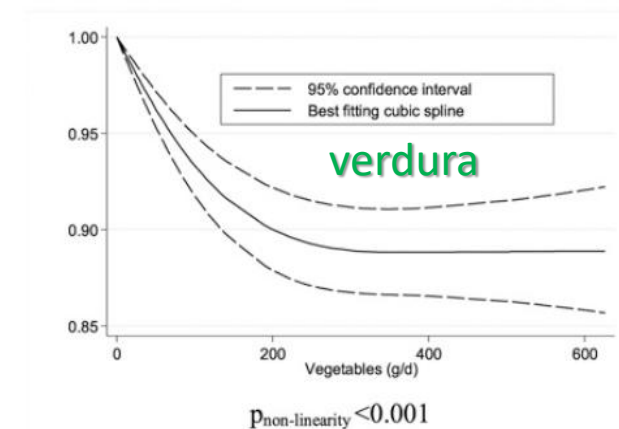
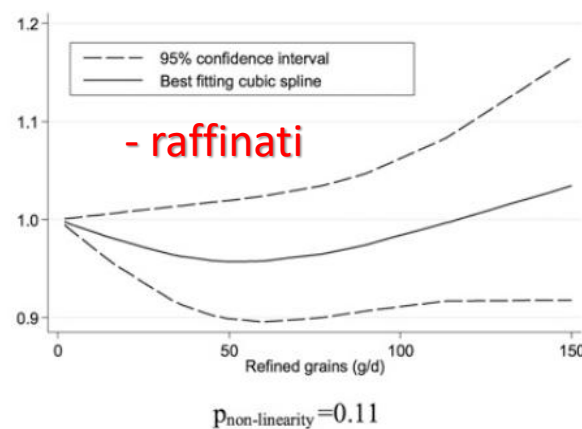
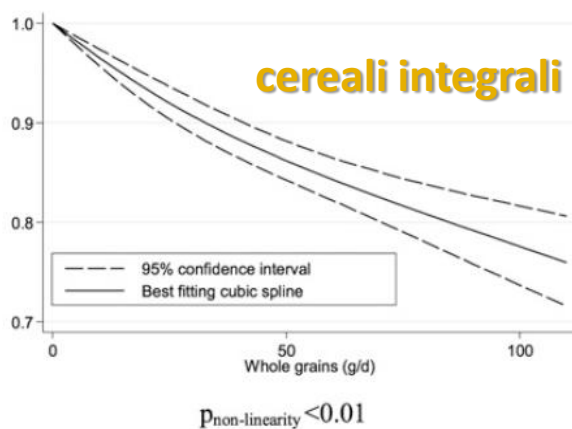


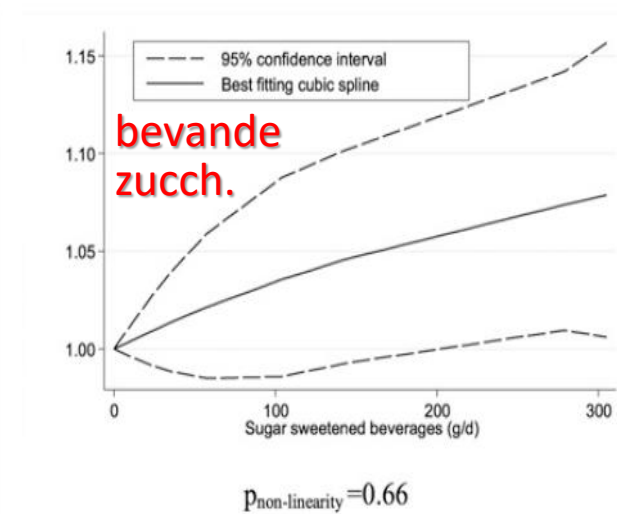
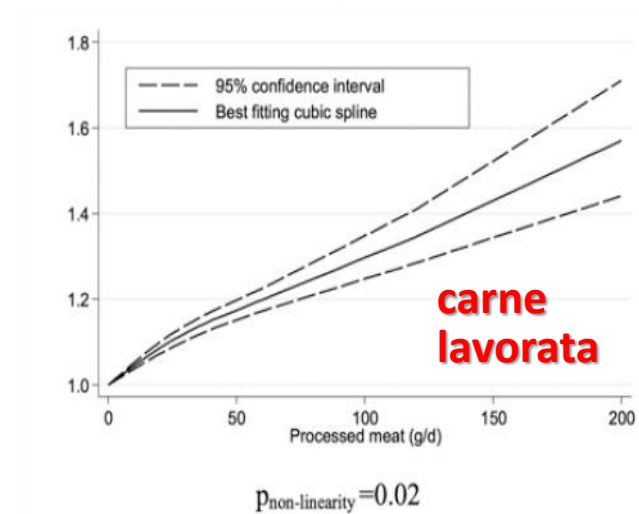
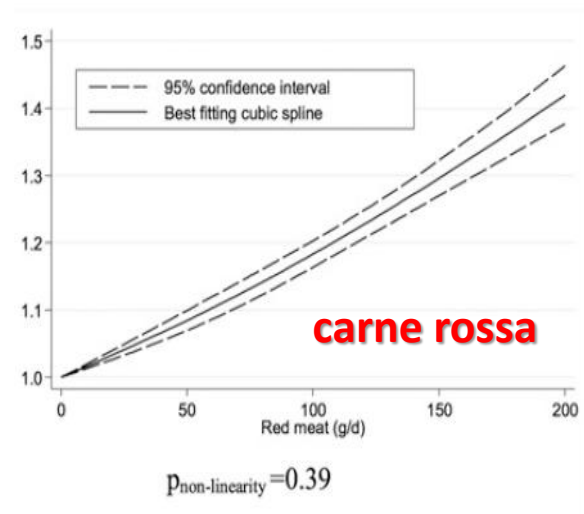
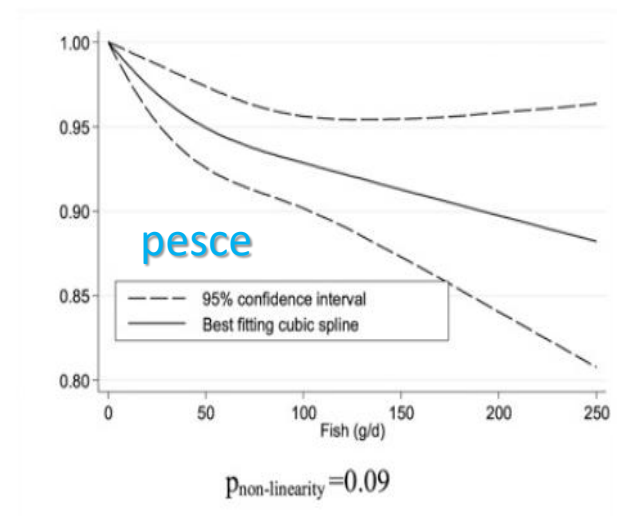
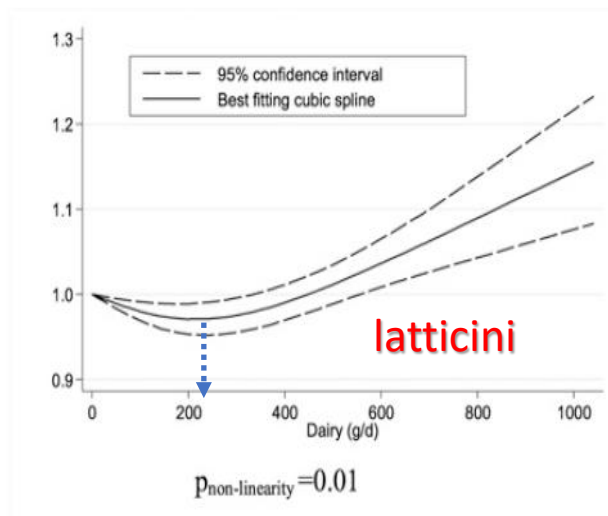
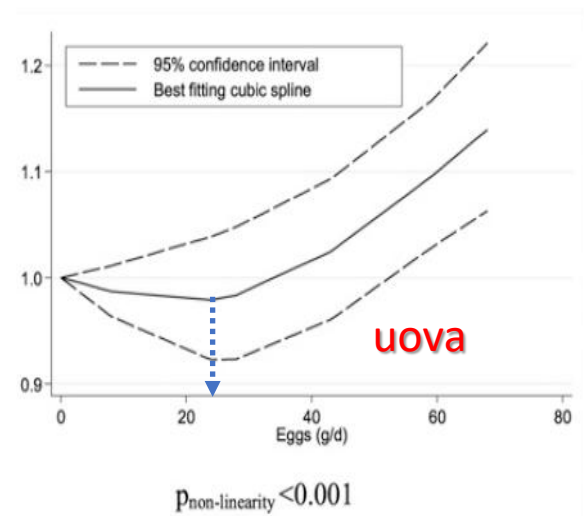
Food groups and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies^{1,2}

Am J Clin Nutr 2017;105:1462–73

Lukas Schwingshackl,^{3*} Carolina Schwedhelm,³ Georg Hoffmann,⁴ Anna-Maria Lampousi,³ Sven Knüppel,³ Khalid Iqbal,³ Angela Bechthold,⁵ Sabrina Schlesinger,^{6,7} and Heiner Boeing³

³German Institute of Human Nutrition Potsdam-Rehbruecke (DIfE), Nuthetal, Germany; ⁴Department of Nutritional Sciences, University of Vienna, Vienna, Austria; ⁵German Nutrition Society, Bonn, Germany; ⁶Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Imperial College London, London, United Kingdom; and ⁷Institute for Biometry and Epidemiology, Leibniz Institute for Diabetes Research, Heinrich Heine University Düsseldorf,





Tab. 2 – Cambiamenti di peso ogni 4 anni associati con l'aumento di una porzione al giorno di vari cibi, a parità di altri possibili fattori interferenti³

Cibo		Cambio di peso (g in 4 anni)
patatine fritte a bastoncino*		+1.095
patatine fritte		+550
bevande zuccherate		+330
carne rossa		+310
carne trasformata		+305
grassi trans (margarine ecc.)**		+213
patate bollite, al forno, purè		+186
dolci o dessert		+134
alcol***		+134
cereali raffinati		+128



Perché nessuno me l'ha mai detto!?!



succhi di frutta al 100%		+101
burro		+98
formaggi		+7
latte (anche di soia) intero/scremato non cambia		neutro
bevande gassate <i>dietet.</i> (zero cal)		neutre
verdura		-78
cereali integrali		-121
frutta		-160
frutta secca oleosa (noci ecc.)		-186
yogurt		-268



Meat consumption and prospective weight change in participants of the EPIC-PANACEA study¹⁻³

Anne-Claire Vergnaud, Teresa Norat, Dora Romaguera, Traian Jian'an Luan, Nick Wareham, Nadia Slimani, Sabina Rinaldi, Marie-Christine Boutron-Ruault, Vanessa Cottet, Domenico Paolo Vineis, Antonio Agudo, Laudina Rodriguez, Maria Jose Maria Huerta, Timothy J Key, Elisabeth A Spencer, Basil Philippos Orfanos, Androniki Naska, Antonia Trichopoulou, Brian Buijsse, Ingegerd Johansson, Veronica Hellstrom, Jon Kim Overvad, Anne Tjonneland, Jytte Halkjaer, Eiliv Lund, Elio Riboli, and Petra HM Peeters



ABSTRACT

Background: Meat intake may be related to weight gain because of its high energy and fat content. Some observational studies have shown that meat consumption is positively associated with weight gain, but intervention studies have shown mixed results.

Objective: Our objective was to assess the association between consumption of total meat, red meat, poultry, and processed meat and weight gain after 5 y of follow-up, on average, in the European population who participated in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-Physical Activity, Nutrition, Alcohol, Cessation of Smoking, Eating Out of Home and Obesity (EPIC-PANACEA) project.

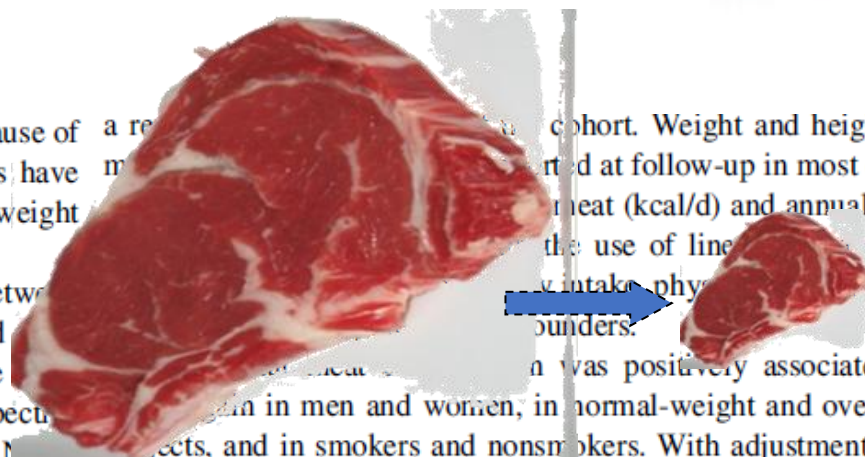
Design: A total of 103,455 men and 270,348 women aged 25–70 y were recruited between 1992 and 2000 in 10 European countries.

Diet was assessed at baseline with the use of country-specific validated questionnaires. A dietary calibration study was conducted in

a representative cohort. Weight and height were measured at follow-up in most centers. Energy intake (kcal/d) and annual weight change were assessed by the use of linear regression models, adjusting for energy intake, physical activity, and other dietary factors.

Weight gain was positively associated with meat intake in men and women, in normal-weight and overweight subjects, and in smokers and nonsmokers. With adjustment for estimated energy intake, an increase in meat intake of 250 g/d (eg, one steak at ≈450 kcal) would lead to a 2-kg higher weight gain after 5 y (95% CI: 1.5, 2.7 kg). Positive associations were observed for red meat, poultry, and processed meat.

Conclusion: Our results suggest that a decrease in meat consumption may improve weight management. *Am J Clin Nutr* 2010;92:398–407.



MEAT INTAKE AND WEIGHT GAIN

Aumento di peso in g/anno per ogni
100 calorie al giorno di carne totale

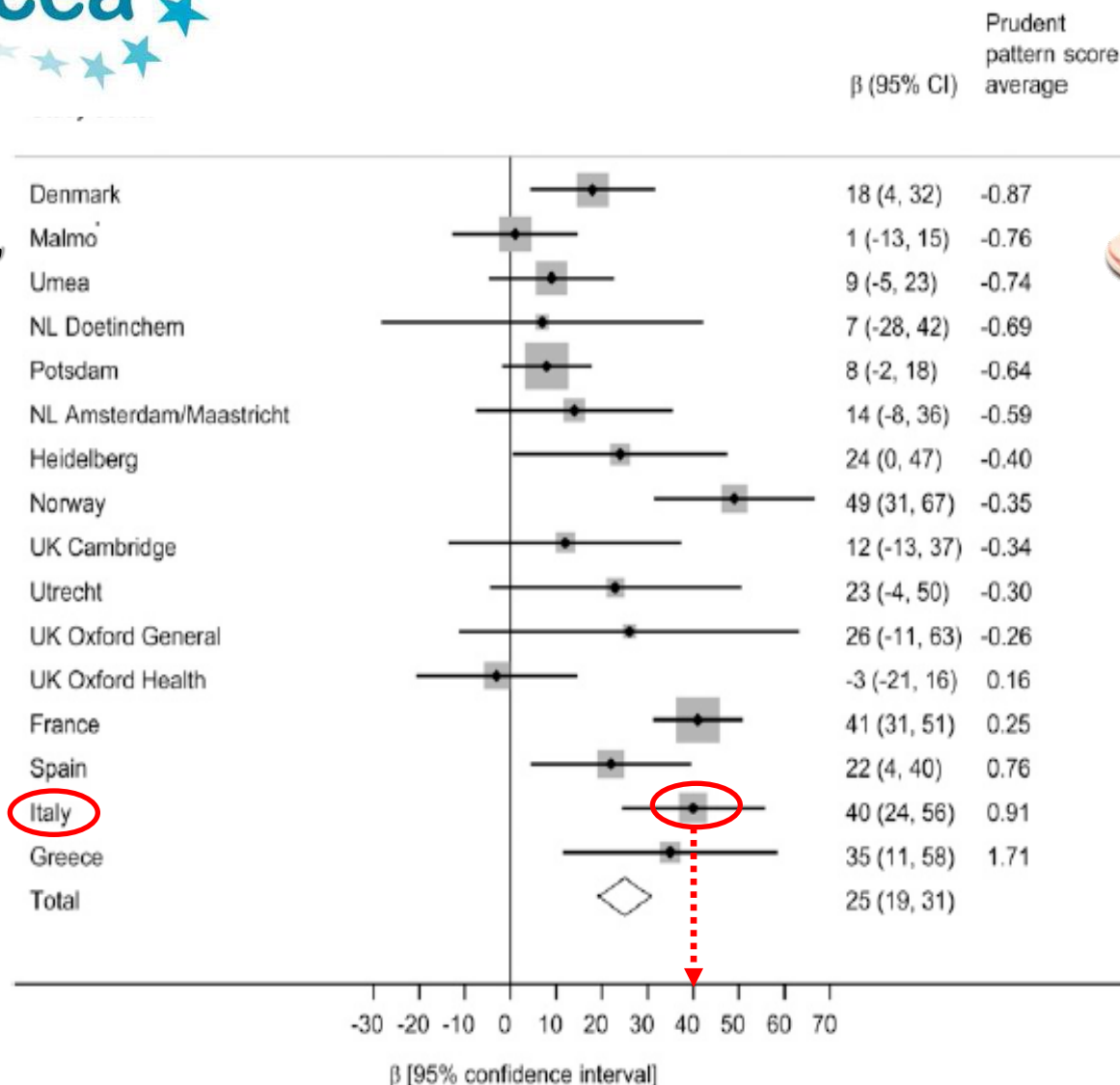


FIGURE 1. Adjusted increase in annual weight change (in g/y) per 100-kcal increase in total meat consumption in centers ranked by prudent pattern score average, with the use of uncalibrated data and adjusted for sex, age, indicator of meat consumption, educational level, physical activity level, smoking status, initial BMI, follow-up time, total energy intake, energy from alcohol, plausible total energy reporting, and dietary patterns scores. P for interaction with center < 0.0001 . NL, Netherlands.

Tab. 1 – Aumento corretto* di peso (in g/anno) per ogni 100 kcal di aumento al giorno nel consumo di carni, tra i 374 mila partecipanti allo studio EPIC ^{Fonte}

	g/anno di aumento peso ogni 100 kcal al giorno ingerite come carne	Intervalli confidenza al 95%	Valore P
Carni totali	65 g	39-90	< 0,00001
Carne rossa	15 g	1-28	0,03
Carne trasformata	25 g	15-34	< 0,00001



* La ...
con ...
sica ...
get ...
A ...
con ...
schio ... consumo di carne totale e per sottotipo.

Ad es. **450 kcal al giorno sotto forma di carne** (es. una bistecca di maiale da 250 g al crudo, o 200 g di pollo arrosto e 80 g di salame), anziché sotto forma di altro cibo, porterebbe a un **aumento di peso**/anno di 422 g: **>2 kg ogni 5 anni**

Prenatal paracetamol exposure and child neurodevelopment: a systematic review and meta-analysis



Francesco D'Antonio*, Maria Elena Flacco*, Lorenza Della Valle, Smriti Prasad, Lamberto Manzoli, Athina Samara, Asma Khalil



Summary

Background Concerns have emerged about the impact of paracetamol use in pregnancy on child neurodevelopment, particularly in relation to autism spectrum disorder. We aimed to synthesise available evidence to investigate *Lancet Obstet Gynaecol Womens Health 2026*

Interpretation Current evidence does not indicate a clinically important increase in the likelihood of autism spectrum disorder, ADHD, or intellectual disability in children of pregnant individuals who use paracetamol as directed, supporting existing recommendations on its safety.

The BMJ

Cite this as: *BMJ* 2026;392:s113

<http://doi.org/10.1136/bmj.s113>

Published: 19 January 2026



Paracetamol (Tylenol) in pregnancy: fresh study dispels autism risk

Elisabeth Mahase **E letteratura medica e media *mainstream* ci si fiondano ...**

There is no evidence that taking paracetamol—known in the US as acetaminophen and marketed as Tylenol—in pregnancy increases the risk of autism in children, a study of sibling comparisons has found.¹

Researchers also found no signs of increased risk of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or intellectual disability in children whose mothers took

paper said. “This finding supports the recommendations made by major medical organisations regarding [acetaminophen] use.”

The NHS says that “paracetamol is the first choice of painkiller if you’re pregnant” and that it is “commonly taken during pregnancy and does not harm your baby.”⁵

Jan Haavik, molecular neuroscientist and clinical psychiatrist at the University of Bergen, said that he

Commenting on the study, Grainne McAlonan, She added that, “while the impact of last year’s announcement has been extensive, I hope the findings of this study bring the matter to a close.”

“It is likely that this method provides more realistic risk estimates,” he said. “[This] should effectively put this question to rest.”

	Datasets, n	Total sample, n	Pooled estimates		
			OR (95% CI)	p value	I ² , %
Autism spectrum disorder					
All studies	8	339 040	1.08 (0.95–1.22)	0.30	57%
Studies with sibling comparisons only	2	262 852	0.98 (0.93–1.03)	0.45	0
Studies with low risk of bias (QUIPS)	4	328 413	1.03 (0.86–1.23)	0.78	75%
Studies with follow-up >5 years only	6	337 038	1.09 (0.95–1.26)	0.22	
ADHD					
All studies	9	426 629	1.10 (0.99–1.23)	0.076	51%
Studies with sibling comparisons only	3	335 255	0.95 (0.86–1.05)	0.31	18%
Studies with low risk of bias (QUIPS)	4	341 659	0.97 (0.89–1.05)	0.49	10%
Studies with follow-up >5 years only	7	332 924	1.09 (0.95–1.25)	0.22	
Intellectual disabilities					
All studies	9	502 217	1.04 (0.99–1.11)	0.14	50%
Studies with sibling comparisons only	2	406 681	0.93 (0.69–1.24)	0.63	48%
Studies with low risk of bias (QUIPS)	5	236 781*	1.11 (0.92–1.34)	0.28	57%
Studies with follow-up >5 years only	6	455 666	1.11 (0.98–1.25)	0.10	50%

Sibling-comparison meta-analyses represent the primary evidence, since they account for shared familial and genetic factors; all other analyses (overall adjusted estimates, low-risk-of-bias studies, and longer follow-up subsets) are presented as secondary supportive analyses. All meta-analyses used a generic inverse variance random-effects model. ADHD=attention-deficit hyperactivity disorder. OR=odds ratio. QUIPS= Quality In Prognosis Studies. *The reported total sample is incomplete, since one or more of the studies included in the meta-analysis did not report the raw data for the subgroup.

Table: Primary and secondary pooled analyses of autism spectrum disorder, ADHD, and intellectual disabilities among children with in-utero paracetamol exposure versus unexposed children

In realtà, pur con i limiti che dirò, altri modelli d'analisi non sono così rassicuranti...

<https://childrenshealthdefense.org/defender/latest-research-tylenol-autism-what-we-know-how-we-know-it-what-it-means/> 22 gennaio 2026 William Parker, Ph.D.

Da quando Trump ha annunciato il link tra paracetamolo e autismo, sono stati pubblicati 17 articoli su riviste scientifiche peer reviewed, sostenendo che non vi sono prove a sostegno delle affermazioni di Trump. Questi studi usano tutti gli stessi argomenti, tratti da uno studio su [JAMA](#) nel 2024. Sono argomenti validi?

Sappiamo che la combinazione di [paracetamolo](#) ([acetaminofene](#), nome commerciale [Tylenol](#)) e [stress ossidativo può indurre l'autismo](#). L'equazione è:



Lo stress ossidativo, a sua volta, può essere causato da molti fattori, tra cui la [genetica](#) e l'esposizione ambientale, come [infezioni](#), [sostanze chimiche tossiche](#), [problemi autoimmuni](#) e [cattiva alimentazione](#). Persino la [povertà](#). Se si corregge/aggiusta per tutti questi fattori interagenti, il rischio viene oscurato

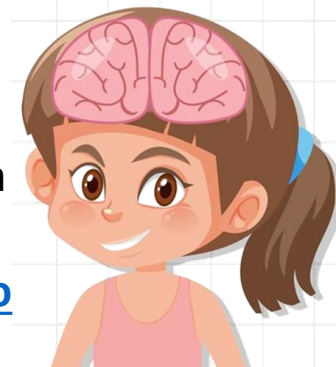
Si sospetta, in base a ~30 linee di prova, che il [periodo di maggior rischio](#) sia **subito dopo la nascita**, e che si estenda **fino all'età di circa 6 anni**. E che anche [durante la gravidanza](#) vi sia **un certo rischio, ma quasi certamente inferiore a quello subito dopo il parto**.

Si riportano alcune prove:



Il paracetamolo è stato considerato sicuro solo perché non è **mai stato testato per lo sviluppo neurologico**. Studi su animali da laboratorio dimostrano che **la tossicità** del paracetamolo è pericolosa per lo sviluppo cerebrale.

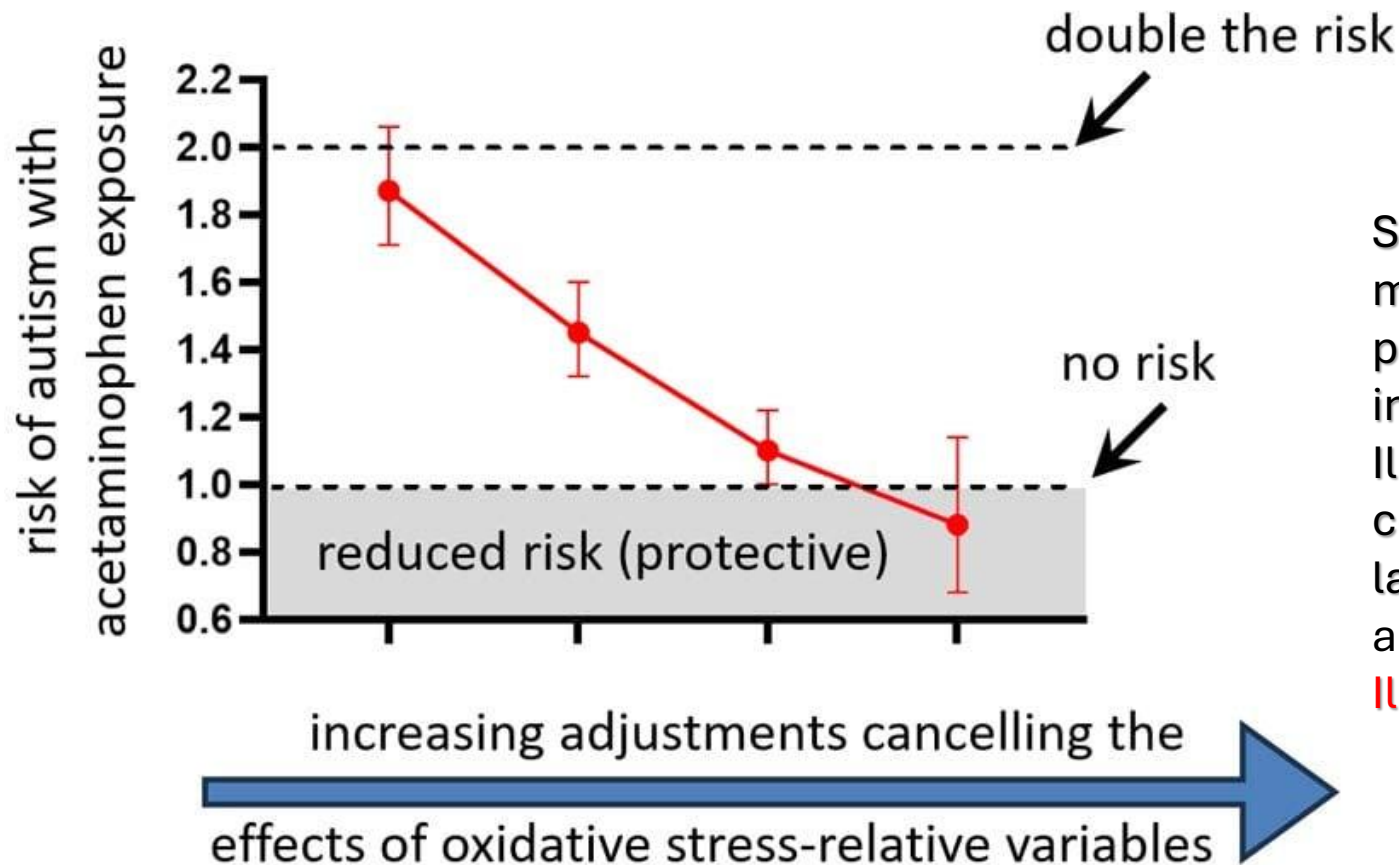
I bambini con autismo producono una quantità maggiore del metabolita tossico del para-cetamolo (**Zhao et al**), e presentano una carenza in un **percorso metabolico** necessario per **disintossicarlo in modo sicuro** nei neonati (**solfatazione**).



Il paracetamolo è tossico nei **gatti domestici** perché manca loro un particolare **percorso enzimatico** (**glucuronidazione**) che aiuta **a metabolizzarlo** in modo sicuro. Anche i neonati sono **carenti**.



Evitare o almeno ridurre il paracetamolo durante **la gravidanza**, o **nel travaglio**, **nel parto** e **nei primi mesi di vita del bambino** **può ridurre la prevalenza di autismo**, come **pure ridurlo fino ai 6 anni**.



Se si corregge in modo progressivo per fattori che interagiscono con il paracetamolo, condizionandone la tossicità, alla fine **si fa sparire il suo effetto...**

Numerosi fattori, esclusi dall'analisi pubblicata su JAMA e sottolineati su *The Lancet*, sono effettivamente collegati allo stress ossidativo: la povertà e altri problemi associati allo status socioeconomico, molti farmaci, tra cui oppiacei e antibiotici, consumo eccessivo di alcol, fumo, BMI elevato e la genetica.

E alcune condizioni mediche comuni, tra cui depressione e infezioni.

Si deve capire se queste variabili sono fattori confondenti oppure **fattori interagenti**, prima di usare una tecnica che le annulla entrambe.

COVID-19 vaccine effectiveness updates

15 June 2023

La (sottile?) linea rossa... della vergogna:
i CDC già sapevano che i vaccini non
protegevano neppure da COVID grave...

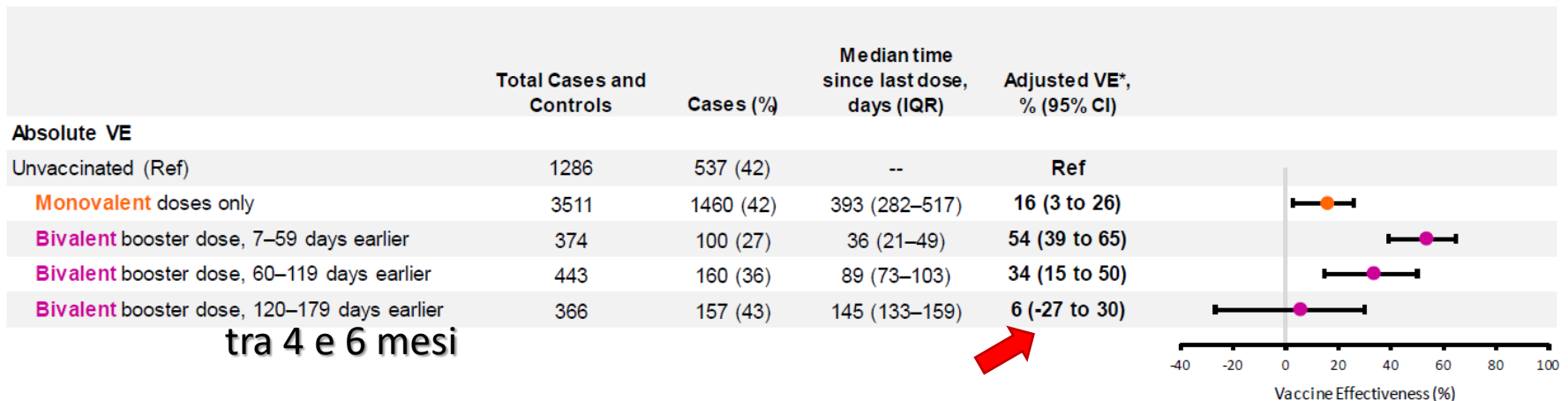
Ruth Link-Gelles, PhD, MPH
LCDR, US Public Health Service
COVID-19 Vaccine Effectiveness Program Lead
Centers for Disease Control and Prevention

Photographs and Images included in this presentation are licensed solely for CDC/NCIRD online and presentation use. No rights are implied or extended for use in printing or any use by other CDC CIOs or any external audiences.

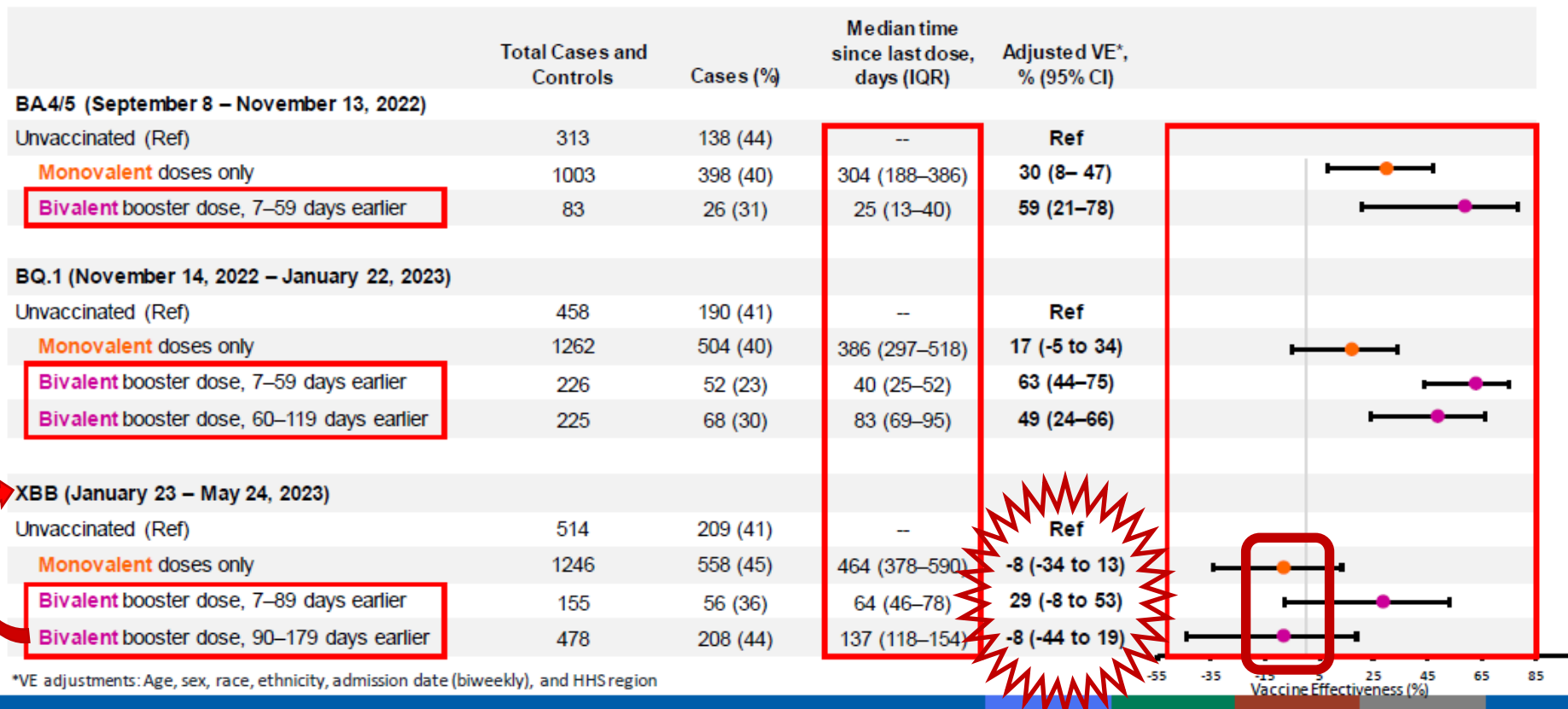
(Slide 1)

IVY Network: *Absolute* VE against COVID-19 *hospitalization* among immunocompetent adults aged ≥ 18 years — September 8, 2022 – May 29, 2023

(Slide 12)



IVY Network: *Absolute VE* against COVID-19 *hospitalization* among immunocompetent adults aged ≥ 18 years by lineage period — September 8, 2022 – May 24, 2023



I **CDC** sapevano almeno dal **15 giugno 2023** che l'efficacia pratica vaccinale (VE) per i ricoveri diventava **negativa** rispetto ai non vaccinati **dal gennaio 2023** (variante **XBB**), sia con dosi di solo vaccino monovalente, sia **con dosi di bivalente dai 90 ai 179 gg (3-6 mesi)**. Inoltre, non si sono chiesti **che cosa accadesse oltre i 6 mesi!?!?**

Pandemia amplificata da PCR-rt

L'Avv. Sandri ha rinnovato la **richiesta depositata a: Ministro della Salute, ISS, Protezione Civile e Presidenza del Consiglio dei Ministri di cancellare in tutti i documenti ufficiali** editi dal 2020 i dati medico-scientifico-statistici di soggetti dichiarati contagiati dal virus SARS-CoV-2 e di malati di COVID-19, in quanto illegali e, quindi, falsi, per i molti motivi che seguono.

1) L'Istituto Nazionale Malattie Infettive (INMI) Spallanzani era **obbligato** (da DPCM 3-12-2020) **a validare** i ~65 dispositivi in vitro per test PCR-rt, il cosiddetto *gold standard* diagnostico, in uso in Italia (cioè: fare test di confronto con colture virali di qualche loro risultato, per verificare che misurassero davvero il dovuto). Ciò non è affatto avvenuto (prove allegate all'Istanza). Dunque, dal 2020 a oggi,

la diagnostica del SARS-CoV-2 è avvenuta con dispositivi illegali.

Il precedente Governo ha consentito agli oltre 600 laboratori e a un numero ben maggiore di farmacie italiane di usare dispositivi in vitro illegali, di cui nessun ente 'terzo' rispetto al produttore ha provato l'effettiva efficacia diagnostica.



Illegittime Circolari ministeriali hanno modificato (senza averne il potere) le Ordinanze Capo Protezione Civile (OCPM 640-691/2020), delegando dunque a >620 laboratori, soprattutto privati, l'attestazione di 'positività confermata', **togliendo ogni verifica**, anche campionaria! **all'ISS verso laboratori che hanno violato in modo sistematico le linee guida tecniche** poi richiamate.

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).

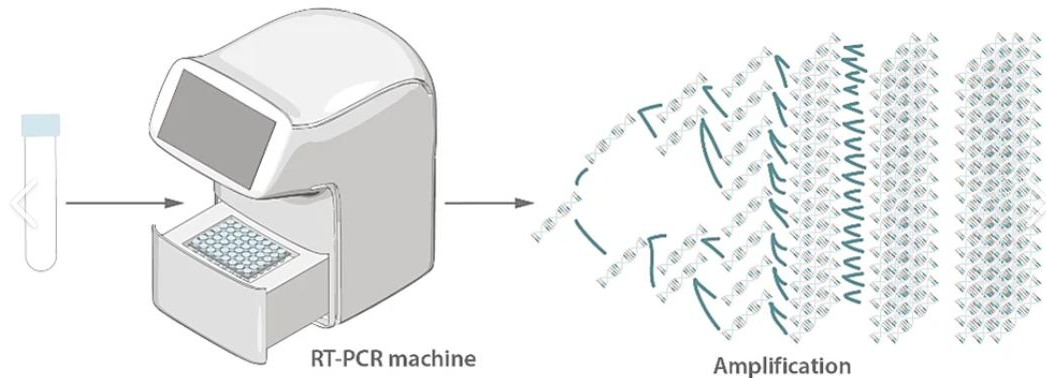
Inoltre, **tutti i test diagnostici vanno validati** (in Italia il DPCM 3-12-2020 ha **dato il compito all'INMI Spallanzani, che non l'ha mai svolto!**, come dimostrato dall'Avv. Sandri) **rispetto al gold standard**. Pertanto, la PCR non si può validare rispetto a un'altra PCR, pure non validata: dev'essere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

2) Per fare diagnosi di positività al virus SARS-CoV-2 si è usato il test PCR-rt

- Il campione prelevato va sottoposto a un certo n. di Cicli di amplificazione (Ct)
- 2') L'OMS nelle sue linee guida tecniche aveva stabilito che il n. di Cicli di amplificazione utilizzato fosse **sempre** comunicato insieme all'esito del tampone (*WHO 2020/5, version 1, 14/7 Dec 2020: "Please, read carefully :... 4. Provide the Ct value in the report to the requesting health care provider", cioè: "Fornire il valore Ct nel report a chi dà assistenza sanitaria"*). Ma **ciò non è quasi mai avvenuto!**
- Le rassegne sistematiche (*Relich RF, et al. Apr 2;12:e0390823. doi:10.1128/spectrum.03908-23*) mostrano che **oltre i 25-27 cicli non si trovano più virus infettivi**. E l'OMS ha **precisato che i Ct ammessi erano di 25-30** (*WHO Interim Guidance del 6 ottobre 2021*).
- NB: **aumentando i Ct** oltre i limiti, come ogni operatore con dispositivi semi-automatici o manuali è oggi libero di fare (in conflitto di interessi e senza controlli che verifichino se ne dichiara il valore, come avrebbe dovuto), **si può rilevare RNA di tanti virus diversi da SARS-CoV-2**, ad es. **altri coronavirus**,  o virus **dell'influenza**, o **quelli di tante sindromi influenzali**, o **del raffreddore...** 
- nonché piccoli **frammenti di RNA senza alcun significato clinico**, ecc., che il malcapitato può continuare a eliminare per settimane, senza essere più contagioso dopo la prima, ma costretto a quarantene non necessarie...

Negli oltre 400 laboratori (su 621 in Italia, oltre alle farmacie!) che hanno



risposto a specifico FOIA (dell'Avv. Sandri) i cicli di amplificazione (Ct) dei campioni prelevati con i tamponi sono stati di regola eccessivi: cioè **40 o anche più!**

E ciò in palese **conflitto di interessi**, sia perché così **Laboratori e Farmacie** continuavano a ricevere **pagamenti pubblici**, sia perché gli **ospedali** avevano una chiara convenienza a dichiarare 'infezioni SARS-CoV-2' e a 'diagnosticare COVID-19', ottenendo così **tariffe molto più remunerative** rispetto ad altre diagnosi

Benché **il Ministero della Salute** avesse stabilito (Circ. 20-3-2020 n. 9774) **che i test PCR-rt 'positivi' oltre 35 Ct vanno ripetuti su un nuovo campione** (il che **non è stato fatto**: oltre alle risposte dei laboratori, in deposizione giurata in processo penale (19-10-2025) l'ex Direttore Sanità della **Regione Emilia-Romagna** ha **ammesso che usavano tutti 40 o più Ct**)



3) Il numero di Ct₂₀₂₀: “Please, read carefully the IFU in its entirety:... 4. Provide the Ct value in the report to the requesting health care provider” andava comunicato insieme all’esito del campione (come richiesto da WHO-identifier 2020/5, version 1, 14/7 December e, cioè: **“Fornire il valore Ct nel report a chi dà assistenza sanitaria”**)

4) Inoltre, per un corretto calcolo del valore predittivo della PCR-rt, **si dovrebbe conoscere e valutare anche il c.d. Valore Predittivo Positivo** (o PPV: *Positive Predictive Value*), che risponde alla domanda: “Qual è la probabilità che un soggetto positivo alla rt-PCR abbia davvero il virus?”.

Il PPV deve tener conto non solo della sensibilità e specificità *intrinseche* a un test, ma anche della percentuale di diffusione dell’infezione, nel tempo e luogo in cui il test è praticato. Tale concetto è complicato per non specialisti, ma basti qui aver presente che anche **il PPV sarebbe un parametro da considerare di necessità per valutare questi test** (come ricorda l’OMS già in “WHO Information Notice for IVD Users”, 14 December 2020), ma **non è avvenuto**.

Per tutti i suddetti motivi, **l’insieme dei test diagnostici delle infezioni da SARS-CoV-2 e delle diagnosi di COVID-19 usati in Italia ha fornito risultati non validi, e forte eccesso di falsi+**

- sia nel determinare i ‘casi positivi’**



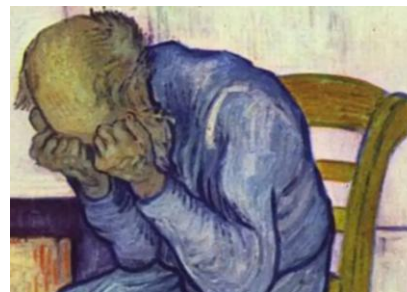
- sia nell’attribuire malattie e morte alla COVID-19,**

e verosimilmente continua in parte a fornirli **anche oggi**.

Ciò ha causato ingenti **danni patrimoniali per esborsi non dovuti**,
e soprattutto ha **alimentato un clima di terrore ingiustificato**, → causa:

- sia di gravissime violazioni di diritti e di restrizioni non necessarie,
- sia di **conseguenze sanitarie che hanno aggravato a dismisura decorsi e decessi** per:

- **angoscia** che favorisce tutte le infezioni
- **mascherine fisse ai malati** che **alzavano** in modo esponenziale **la carica virale**
- Infezioni favorite anche da confinamenti e **sedentarietà coatta**
- vigile attesa e **paracetamolo**, che intossicava e toglieva difese naturali
- e **abusi di alcol** e **psicofarmaci**
- ospedali che hanno abusato di **sedazione con midazolam e oppiacei**, aggravando insufficienze respiratorie
- vecchi con declino cognitivo, del tutto **disorientati nelle case di riposo, abbandonati** con carente assistenza **per le più vitali necessità...**)



COVID vaccination and post-infection cancer signals: Evaluating patterns and potential biological mechanisms

Charlotte Kuperwasser^{1,2} and Wafik S. El-Deiry^{3,4,5}



Sempre più pubblicazioni *peer-reviewed* segnalano cancro in associazione temporale con vaccinazioni o infezione COVID-19.

Ricerca sistematica di letteratura dal 1-1-2020 al 10-2025.

66 articoli *peer reviewed* hanno descritto **333 casi** in 27 paesi, + 2 studi retrospettivi di popolazione (Italia: coorte di 300.000 persone; Corea: coorte di 8,4 milioni) che quantificavano incidenze di cancro e trend di mortalità tra i vaccinati, + analisi longitudinale di 1,3 milioni di militari USA pre- e post-pandemia.

Tumori soprattutto **ematologici** (**linfomi**, **leucemie**), solidi **mammella**, **polmone**, **melanoma**, **sarcoma**, **pancreas** e **glioblastoma**) e associati a virus (es. **Kaposi**).

In tutti: **1) progressione molto rapida**, recidiva o **riattivazione** di forme prima indolenti o controllate, **2) istopatologia atipica**, o **localizzati a siti d'iniezione del vaccino** o dei linfonodi regionali, **3) proposti link immunologici** tra infezione acuta o vaccinazione e dormienza tumorale, fuga immunitaria o cambiamenti microambiente.

Si è in fase iniziale di rilevamento di possibili segnali di sicurezza. I risultati richiedono rigorosi studi epidemiologici, longitudinali, clinici, istopatologici, meccanicistici e forensi, per valutare se la vaccinazione o l'infezione COVID siano collegate al cancro.

Reviews:

COVID vaccination and post-infection cancer signals: Evaluating patterns and potential biological mechanisms

Charlotte Kuperwasser^{1,2} and Wafik S. El-Deiry^{3,4,5}

¹ Department of Developmental, Molecular and Chemical Biology, Tufts University School of Medicine, Boston, MA 02111, USA

² Laboratory for the Convergence of Biomedical, Physical, and Engineering Sciences, Tufts University School of Medicine, Boston, MA 02111, USA

³ Laboratory of Translational Oncology and Experimental Cancer Therapeutics, Department of Pathology and Laboratory Medicine, The Warren Alpert Medical School of Brown University, Providence, RI 029121, USA

⁴ Hematology-Oncology Division, Department of Medicine, Brown University Health and The Warren Alpert Medical School of Brown University, Providence, RI 029121, USA

⁵ Legorreta Cancer Center at Brown University, The Warren Alpert Medical School of Brown University, Providence, RI 029121, USA

Among **COVID-19 vaccination**–associated cases, lymphoid malignancies were even more prominent:

- **Lymphoma:** ~43%
- **Carcinoma:** ~16%
- **Sarcoma:** ~11%
- **Other tumors:** ~16%
- **Melanoma:** ~5%
- **Glioma/Glioblastoma:** ~4%
- **Leukemia:** ~5%

SARS-CoV-2 infection–only cases were rare with a limited tumor spectrum:

- **Carcinoma:** ~40%
- **Glioma/Glioblastoma:** ~40%
- **Melanoma:** ~20%

Cases involving both infection and vaccination showed broader distribution

In December 2025 and January 2026, our server experienced a malicious cyberattack, which was reported to the FBI. The attacks have continued since then.

The Dark side of PubPeer: there are suspicions that certain individuals associated with PubPeer may have been involved in cybercriminal activities, including hacking servers, causing journal websites to go offline, and using illegitimate practices to influence Google search results for journals and scientists. We are in contact with the Federal agencies right now about the suspects.

Prove a livello di popolazione supportano il segnale clinico. Tre ampie analisi si allineano in modo indipendente con i modelli clinici osservati.

- **Corea del Sud** (~8,4 milioni di individui):

Una coorte nazionale ha mostrato associazioni statisticamente significative tra vaccinazione COVID-19 e diversi tipi di cancro: **tiroide, colon-retto, polmone, mammella** e **prostata**



- **Italia** (~300.000 individui)

Provincia di Pescara: tassi d'ospedalizzazione per cancro più alti nei vaccinati, significativi per **seno, vescica** e **colon-retto**, più forti a latenza più breve da vaccini.



- **Esercito USA** (~1,3 milioni di militari)

La sorveglianza longitudinale ha documentato un aumento dei linfomi a cellule T/NK dopo il 2021, con la transizione dal periodo pre-pandemico alla vaccinazione COVID-19 quasi universale in questa popolazione.



Jun 25, 2025, [Nicolas Hulscher, MPH](#). La sua analisi del dataset CDC mostrerebbe dal 2021 non solo persistenza, ma accelerazione dell'eccesso di mortalità per cancro

17 WAYS mRNA INJECTIONS **MAY CAUSE CANCER**

ACCORDING TO OVER 100 STUDIES

A comprehensive literature
review by Mathilde Debord

1. Genome instability
2. Immune escape
3. Impaired DNA repair mechanism
4. Chronic inflammation
5. Dysregulation of the immune system
6. RNA disruption
7. Activation of oncogenic pathways
8. Tumor microenvironment alteration
9. Awakening dormant cancers
10. Alteration of immune surveillance
11. Frameshift errors (aberrant protein translation)
12. Multiple injections causing immune exhaustion
13. DNA contamination of Pfizer and Moderna vaccines
14. Oncogenic SV40 DNA sequences in Pfizer injection
15. Deregulation of the renin-angiotensin system (RAS)
16. Destruction of the microbiota (loss of bifidobacteria)
17. Increased resistance of cancer cells to treatment





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 28,7 milioni di francesi di 18-59 anni, che hanno ricevuto la 1^a 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.



A. Donzelli, CMSi – alcune slide sul tema, presentate in InfoVax del 14-12-2025 e...

Topography of France



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% circa 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' (o 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*»

NEWS *salute*
Meno decessi tra i vaccinati

Conclusione legittima e onesta? (e 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).

n. di morti in 4 anni per 100.000 persone:

- Totale 18-59 anni: 5.506 (non vaccinati), 4.323 (vaccinati);
- Totale **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 riguardano la popolazione esclusa dallo studio.**

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

2) Esclusione delle persone vaccinate prima di maggio 2021.

Per *Our World in Data* erano già ~15% 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 abbiamo fatto in [A Critical Analysis of All-Cause Deaths during COVID-19 Vaccination in an Italian Province](#)?



microorganisms

Microorganisms 2024, 12, 1343.

<https://doi.org/10.3390/microorganisms12071343>



Article

A Critical Analysis of All-Cause Deaths during COVID-19 Vaccination in an Italian Province

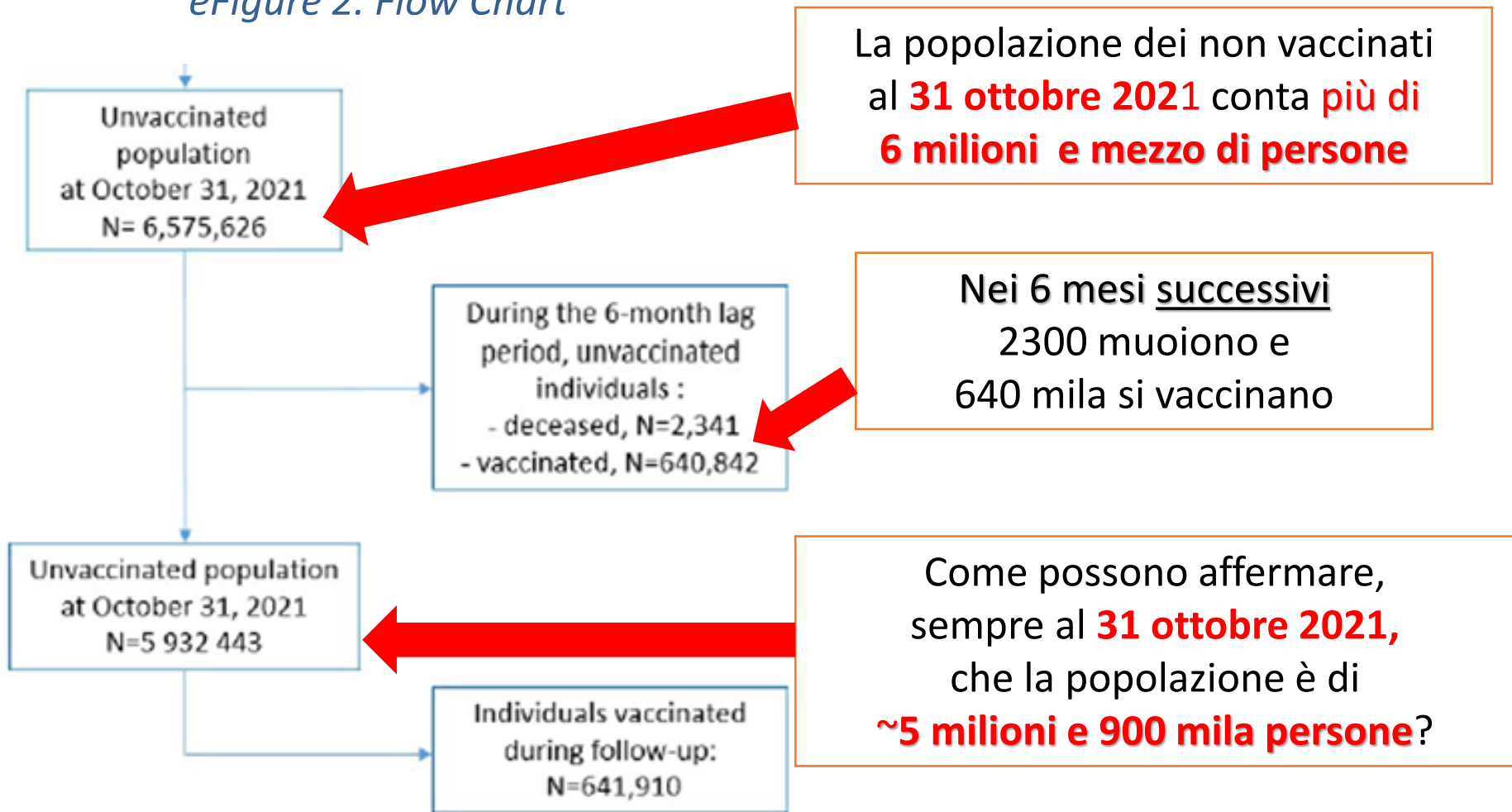
Marco Alessandria ^{1,†}, Giovanni M. Malatesta ^{2,†}, Franco Berrino ³ and Alberto Donzelli ^{4,*}
e autore di queste slide



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

3) Altri conti che non tornano...

eFigure 2. Flow Chart



Pensiamo a una classe scolastica.

Se a fine **primo** trimestre ci sono **30 ALUNNI**

e

nel **secondo** trimestre

3 cambiano scuola...

Se vi dicessi che...

alla fine del **primo** trimestre
gli alunni sono diventati **27!!!**



Direste che mi sono sbagliato!

Un (altro) errore? Ma a chi giova?



Nell'esempio degli alunni della classe, supponiamo che a fine anno **3** abbiano lasciato gli studi.

Per calcolare la percentuale di abbandono scolastico, **3** abbandoni su **30 alunni** vuol dire il **10%** di abbandono... Ma se fossero **3** su **27**, la percentuale salirebbe all'**11,1%**!

Riducendo la popolazione, la percentuale **cresce**...

Ora, invece di una classe, pensiamo alla **popolazione dei non vaccinati** e a quella dei loro **decessi** a fine studio. L'errore sulla popolazione (~**650.000 non vaccinati in meno**) **fa aumentare la percentuale dei decessi tra i non vaccinati**

Sarà solo un errore, ma anche questo è a vantaggio dei vaccini...

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 motivo di credere che sia comunque sottostimato (v. slide segg.)

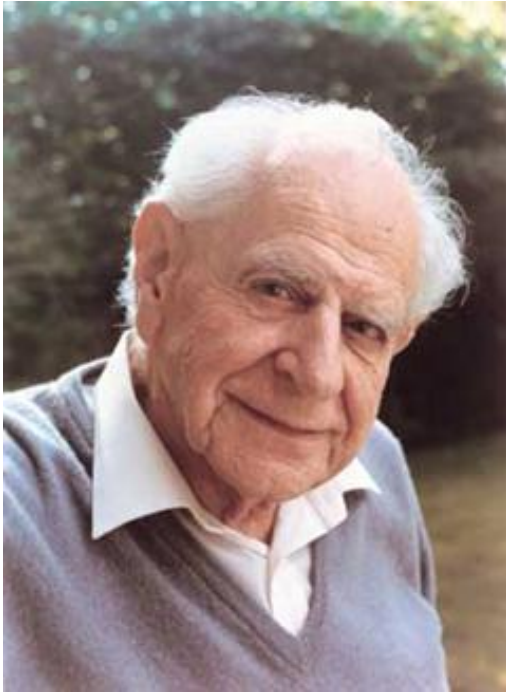
5) Ma soprattutto (*Donzelli, Malatesta*), **perché non rilasciare dall'inizio delle vaccinazioni i dati di mortalità totale per stato vaccinale di ogni deceduto**, come ha fatto l'ONS in Inghilterra fino al maggio 2023, rifiutandosi dopo di proseguire (per motivi che le slide seguenti fanno ipotizzare)?

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



Una scienza che eviti di misurarsi
con suoi possibili errori,
immunizzando se stessa contro le
critiche per risultare in apparenza
sempre vera, **non è una scienza**

(Karl R. Popper, *La scienza, congetture e
confutazioni*, in *Congetture e Confutazioni*,
trad. it., Bologna, Il Mulino, pp. 68-69)

6) 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).



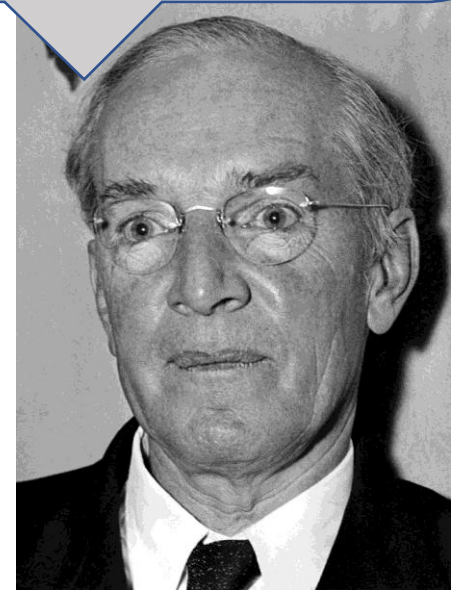
... come se fossero AIFA + ISS

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

Si aggiunge che nella Repubblica Francese della “Liberté...” un articolo di legge del Partito di Macron, respinto dal Senato ma poi approvato in *Assemblée Nationale*, preveda le gravissime sanzioni descritte nell’Art. 4: **un anno di**

LIBERTÉ
ÉGALITÉ
FRATERNITÉ

carcere e € 15.000 di multa per chi induca all’astensione da trattamenti medici o profilattici manifestamente suscettibili di comportare “allo stato delle conoscenze mediche”, conseguenze gravi per la salute... (varrà magari anche per i vaccini...??)



Quando all'induzione han fatto seguito gli effetti (N.d.r.: *resta nel vago la definizione di questi effetti...*), le pene aumentano a **3 anni di reclusione** ed **€ 45.000 di multa**.

Purtroppo non è solo un inaudito “obbligo di cura” individuale, ma una **gravissima intimidazione**.

Traspare l'intento di soffocare anche in aree a dir poco controverse un doveroso **confronto scientifico, supportato da prove,**

da anni rifiutato anche a gruppi di medici come quelli della CMSi, ben consapevoli del valore delle prove e ben in grado di distinguerle dalle *bufale*.



La legge n° 2024-420 è stata **promulgata il 10-5-2024** e **l'entrata in vigore è avvenuta il 12 maggio 2024.** [Testo Legge n° 2024-420, 10-5-2024](#)

Capitolo V: Proteggere la salute

Questo capitolo **introduce reati specificamente mirati alle derive settarie in ambito sanitario.**

Articolo 11 (Provocazione all'Abbandono o all'Astensione da Cure)

Viene creato un nuovo reato di 'Provocazione all'abbandono o all'astensione da cure mediche o terapeutiche'.

È punito con **un anno di reclusione e 15.000 euro di ammenda** il fatto di **provocare**, mediante pressioni o manovre di suggestione, una persona ad **abbandonare o ad astenersi dal seguire** un trattamento medico (**preventivo o curativo**) **o dal ricorrere a un trattamento medico.**

- Pena Aggravata: Le **sanzioni sono portate a tre anni di reclusione e 45.000 euro di ammenda se la provocazione è seguita dall'abbandono o dall'astensione dal trattamento**, e se ciò ha comportato un danno grave per la salute fisica o psicologica della persona.
- Circostanza Aggravante Digitale: Se l'infrazione è commessa mediante un servizio di comunicazione al pubblico online o un supporto digitale, le pene sono ulteriormente aumentate.

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 la 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 rispetto alla 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.

CLINICAL RESEARCH STUDY

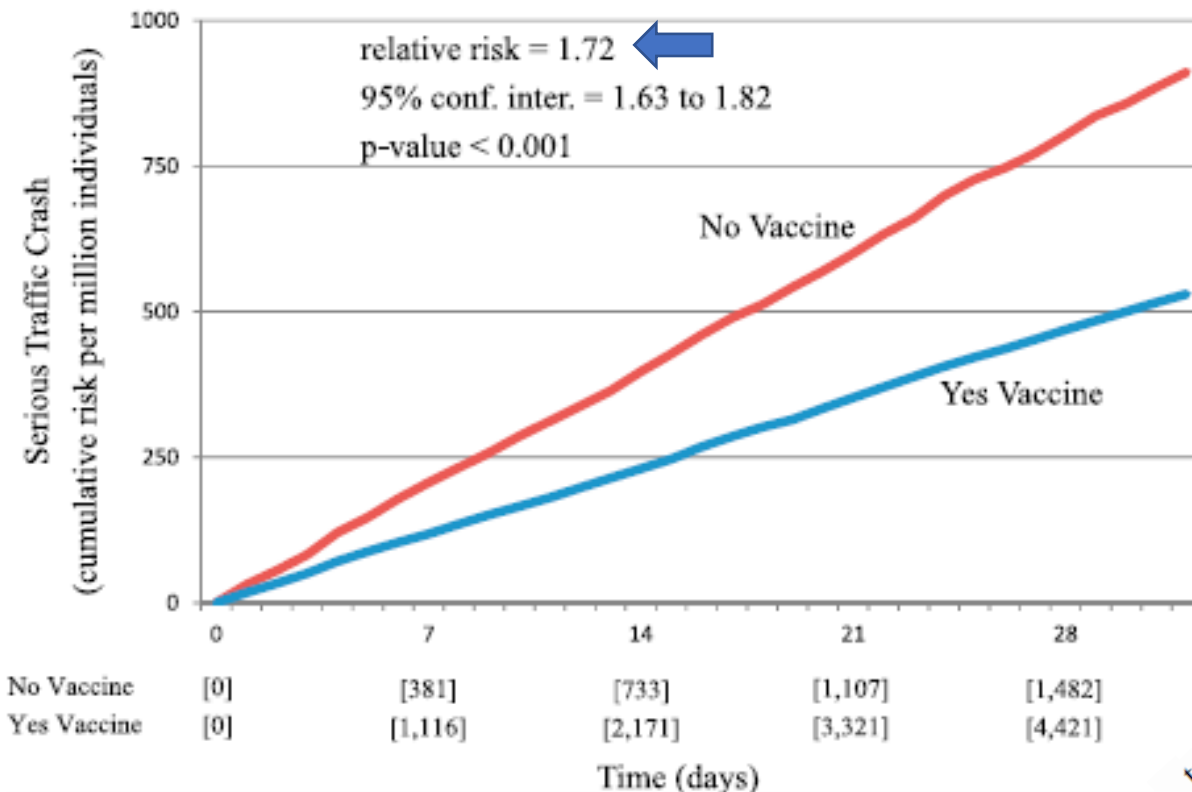
[COVID Vaccine Hesitancy and Risk of a Traffic Crash - The American Journal of Medicine \(amjmed.com\) 2022](#)

THE AMERICAN
JOURNAL of
MEDICINE®

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, ...



traffic crash.^{72,73} The observed risks might also justify changes to driver insurance policies in the future.⁷⁴

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-

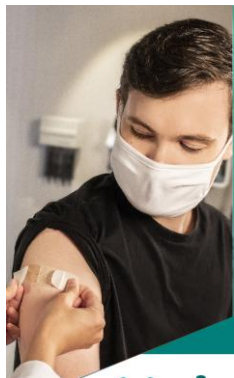
All. 1. Che cosa spiega l' **healthy-vaccinee bias** (errore sistematico *del vaccinato/aderente sano*)?

- 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*

- 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 un 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 *mainstream*

Ci permettiamo
sempre le cure
migliori!



**Io non fumo,
e mi vaccino!**



6) a medio-lungo termine: chi aderisce a interventi preventivi è più probabile che 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

I non vaccinati fumano
2,5 volte di più...!

COVID-19 and tobacco products use among US adults, 2021 National Health Interview Survey



Methods: Data came from the 2021 National Health Interview Survey. The 2021 Sample Adult component included 29,482 participants with a response rate of

Results:

of any type of tobacco who contracted COVID-19 had higher odds of losing smell (AOR = 1.36; 95%CI = 1.04–1.77), which was more pronounced among exclusive e-cigarette users. The odds of receiving vaccine were lower for all current exclusive tobacco product users compared to nonusers (AORs = 0.40 to 0.70).

Conclusions: Continued monitoring of tobacco product use and its association with respiratory diseases such as COVID-19 is crucial to inform public health policies and programs. In addition, efforts to promote vaccination, especially among tobacco product users, are warranted.



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence

Emily Banks^{1,2*}, Grace Joshy¹, Marianne F Weber^{3,4}, Bette Liu^{2,5}, Robert Grenfell⁶, Sam Egger³, Ellie Paige¹, Alan D Lopez⁷, Freddy Sitas^{3,4,5} and Valerie Beral⁸

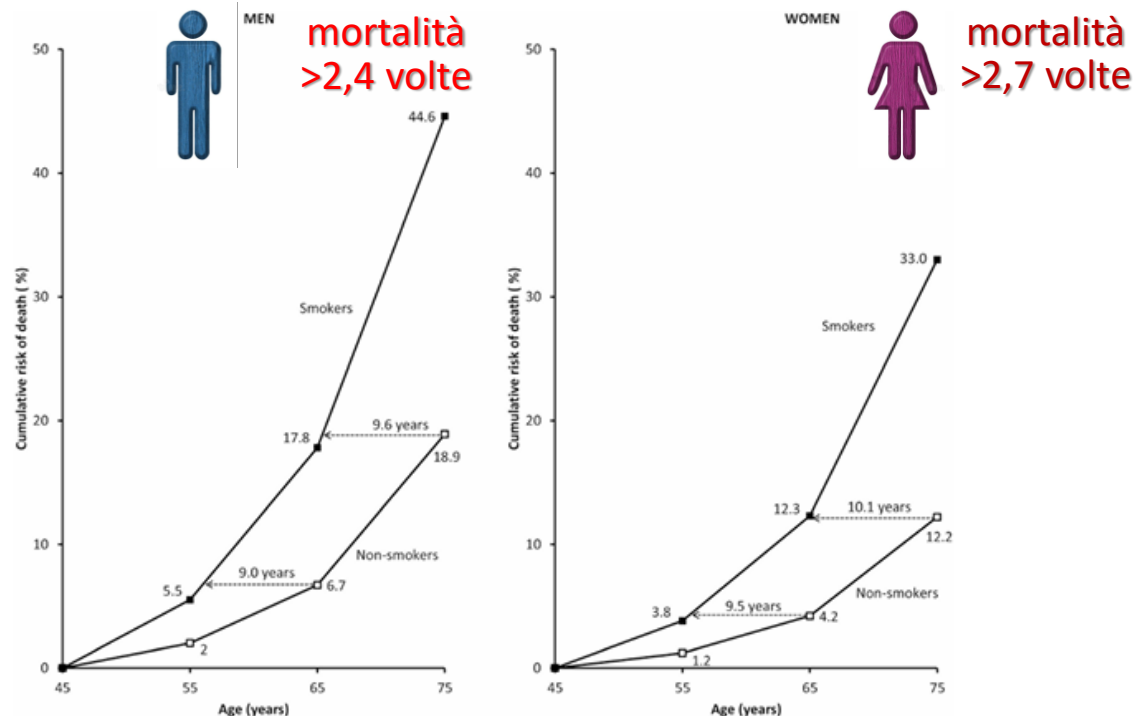


Figure 5 Estimated cumulative risks of death from age 45 to 75 years in the Australian population in smokers and non-smokers for males and females.

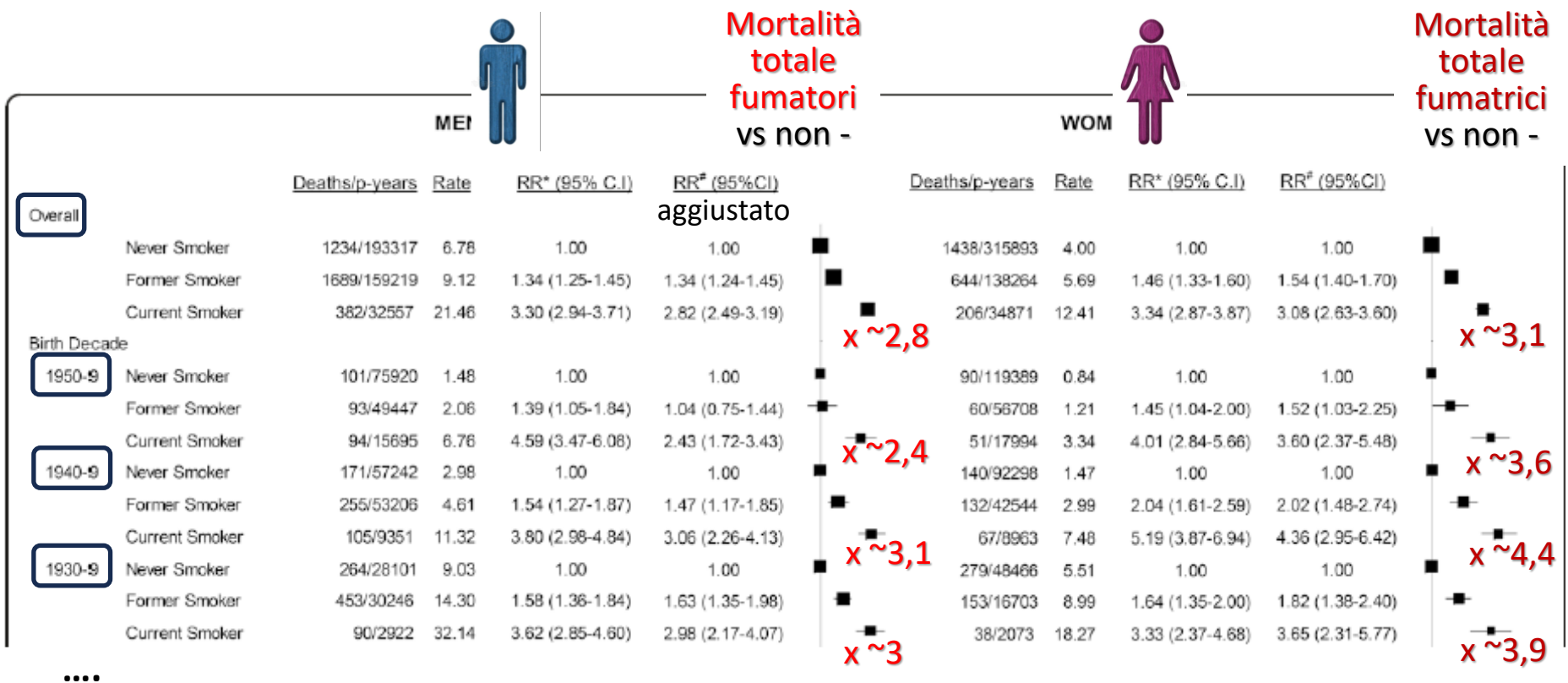
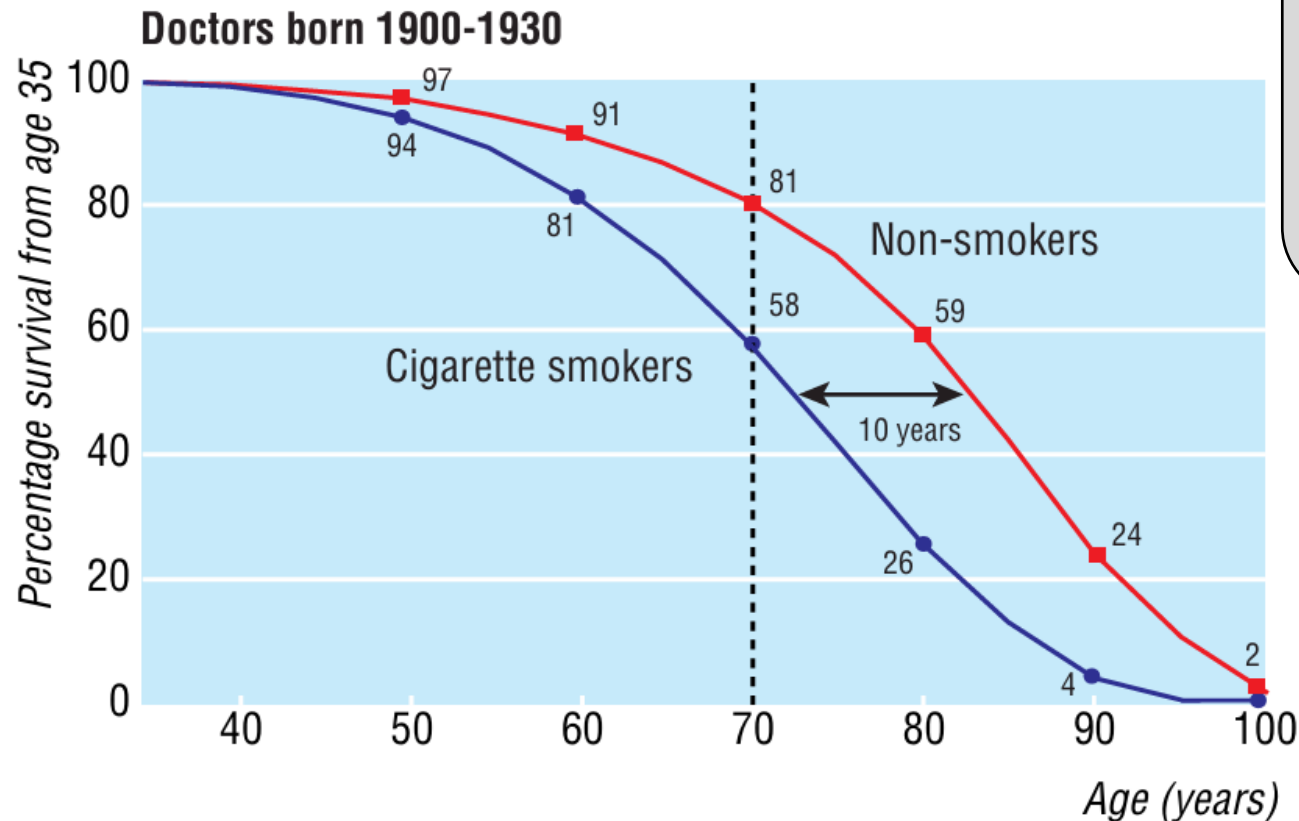


Figure 2 Relative risks and absolute rates of all-cause mortality in the 45 and Up Study in current and past smokers relative to never-smokers, overall and by decade of birth. Rate/1,000 person-years, indirectly standardised for age using the whole cohort distribution. *RR adjusted for age only (underlying time variable). #RR adjusted for age, region of residence (major cities, inner regional areas, remote areas), alcohol consumption (0, 1-14, ≥15 drinks/week), annual pre-tax household income (AUD <\$20,000, \$20,000-\$39,999, \$40,000-\$69,999, ≥\$70,000), education (<secondary school, secondary school graduation, certificate or diploma, university graduate), and BMI (<20, 20-24.9, 25-29.9, ≥30). RRs are plotted on a log-scale and are represented with squares with areas inversely proportional to the variance of the logarithm of the RR, providing an indication of the amount of statistical information available; 95% CIs are indicated by horizontal lines.

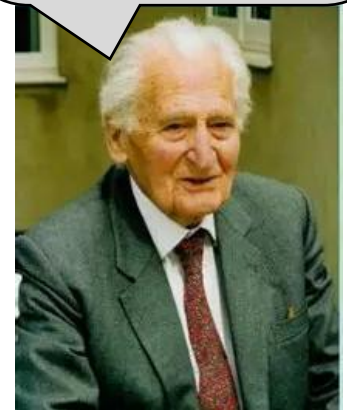
La **mortalità dei fumatori** è in genere quasi **3-4 volte** quella dei non fumatori

Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors

Richard Doll, Richard Peto, Jillian Boreham, Isabelle Sutherland



In media chi non
ha mai fumato
guadagna(-va, ora
forse di più...) 10
anni di vita
rispetto a chi non
ha mai smesso



Sir. Richard Doll

Fig 3 Survival from age 35 for continuing cigarette smokers and lifelong non-smokers among UK male doctors born 1900-1930, with percentages alive at each decade of age

Table 5 Overall mortality among never smokers, ex-smokers, and continuing cigarette smokers in relation to stopping smoking at ages 35-64 (men born 1900-1930 and observed during 1951-2001)

Age range (years)	Annual mortality per 1000 men* (No of deaths)					Mortality ratio (cigarette smoker v non-smoker)
	Lifelong non-smokers	Ex-cigarette smokers, by age stopped			Continuing cigarette smokers	
		35-44	45-54	55-64		
35-44	1.6† (55)	—	—	—	2.7 (150)	1.6†
45-54	3.8 (145)	5.4† (95)	—	—	8.5 (487)	2.3
55-64	8.4 (290)	9.0 (132)	16.4† (229)	—	21.4 (703)	2.5
65-74	18.6 (528)	22.7 (262)	31.7 (331)	36.4 (250)	50.7 (722)	2.7
75-84	51.7 (666)	53.1 (316)	69.1 (370)	78.9 (299)	112.2 (453)	2.2

Division of the rate by the square root of the number of deaths indicates its standard error.

*Mean of two five yearly age specific rates.

†Marked rates are $P < 0.001$, significantly lower than in continuing cigarette smokers ($P < 0.00001$ for all unmarked non-smokers and ex-smoker rates).

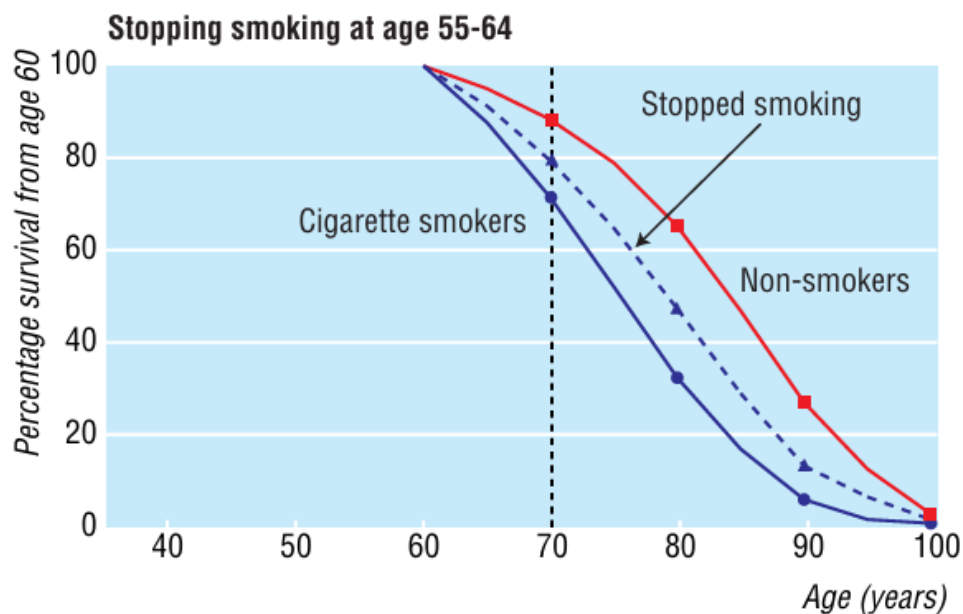


Fig 4 Effects on survival of stopping smoking cigarettes at age 25-34 (effect from age 35), age 35-44 (effect from age 40), age 45-54 (effect from age 50), and age 55-64 (effect from age 60)

E smettere conviene sempre!
Ad es. **smettere a ~60 anni** fa
recuperare oltre tre anni di vita



Sir. Richard Doll



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}

COVER

presentato ai media
come grande successo...

age-, sex-, and comorbidities-matched patients who received other therapeutic regimens. Primary outcome: Time to complete remission. Secondary outcomes included prevention of hospitalisation. Analyses were by intention-to-treat. 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 ($p = 0.033$). Other symptoms persisted in a lower percentage of patients in the 'recommended' than in the 'control' cohort.

Quando fallisce
l'esito primario,
non si sbandie-
rano quelli
secondari....!

Il trattamento con **FANS** ha **al-**
lungato in modo significativo
la durata dei sintomi maggiori,
soprattutto negli anziani

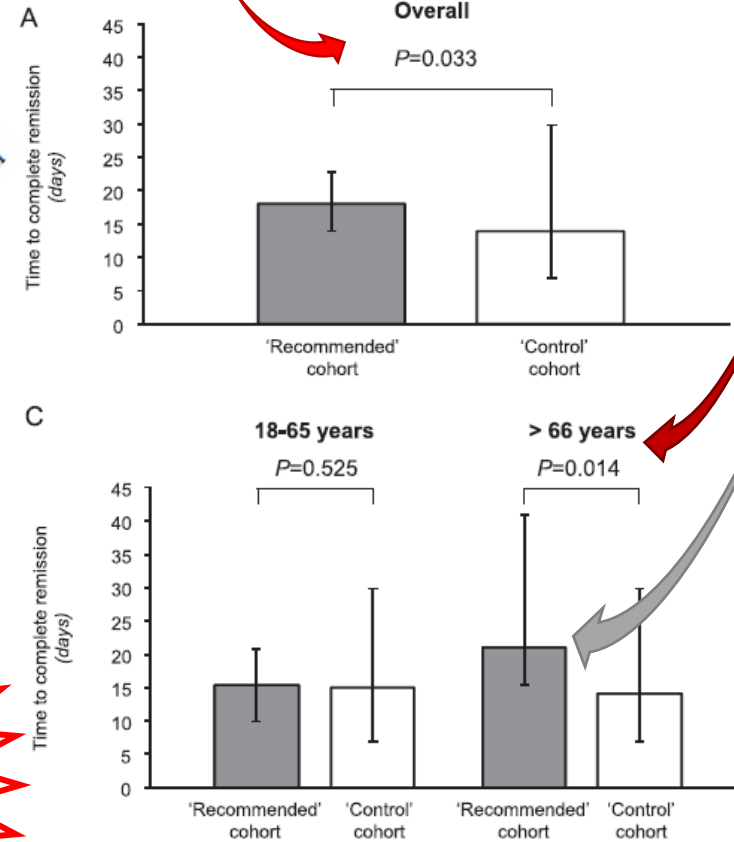


Fig. 1. Time to complete remission. Time to complete remission in the two treatment cohorts (primary outcome, Panel A), in the two treatment cohorts according to sex (Panel B), and in the two treatment cohorts according to age range (Panel C). Data are median and interquartile range. Grey histograms, 'recommended treatment' cohort; white histograms, 'control' cohort. Between-group differences were assessed by Mann–Whitney test.