

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

(66° incontro, 8-3-'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. Isabella Masotti

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

Dichiarazione

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

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

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

E che

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

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

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

• Questa presentazione affronterà:



- Scaletta (Slide 4)
- Fondazione *Allineare Sanità e Salute* (S 5) ed es. di disease mongering:
- Ancora sui nuovi costosissimi farmaci per perdere peso (da S 6)
- DANFLU-2 vantaggi (??) dei vaccini influenzali ad alta dose (S 22)
- Su quali gambe si può reggere un Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale? (da S 29)
- Cambia il vento? Sondaggio US (Brownstone): atteggiamenti vs obblighi vaccinali (da S 31)
- Il Foglio: respingere ricerche senza accesso ai dati grezzi. Altri aspetti metodol. (da S 34)
- Di quante volte è la differenza dei report di sorveglianza attiva vs passiva? (da S 38)
- Cardiomiopatie: dati Israele da FOIA. Come screenare miocarditi vaccinali? (da S 40)
- Persistenza nell'organismo di componenti vaccinali COVID-19 (da S 41)
- Altro RCT sui saRNA (autoamplificanti): anche effetti avversi gravi inaccettabili (da S 42)
- Eccesso di mortalità in regioni Australia 2021-23: un esperimento naturale (da S 43)
- Istat pubblica i dati definitivi di mortalità 2020-24: drammatiche sorprese (S 52)
- Vitamina C ad alta dose nella COVID-19? Novità sull'aspirina nella COVID? (S 55)
- L'ennesimo RCT (in doppio cieco) su iodopovidone (S 70)



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 →)

Cardiometabolic Parameter Change by Weight Regain on Tirzepatide Withdrawal in Adults With Obesity

A Post Hoc Analysis of the SURMOUNT-4 Trial

doi:[10.1001/jamainternmed.2025.6112](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2025.6112)

Deborah B. Horn, DO, MPH; Bruno Linetzky, MD; Melanie J. Davies, MD; Luke J. Laffin, MD; Hui Wang, PhD; Madhumita A. Murphy, MD; Sarah Zimmer-Rapuch, PharmD; Eva Lau, MD, PhD; Avigdor D. Arad, PhD; Clare J. Lee, MD, MHS

RCT con 308 partecipanti, con placebo o tirzepatide per circa 8 mesi; poi chi aveva perso almeno il 10% del peso iniziale è stato randomizzato a un placebo per un anno.

Quasi tutti hanno ripreso peso, **quasi il 60% ha ripreso dalla metà in su del peso iniziale**, e di questi **il ~9% ha ripreso più del peso iniziale**.



Chi ha ripreso il 75% o più del peso iniziale ha avuto anche un completo ritorno ai valori dei parametri cardiometabolici che aveva alla partenza.

A questo punto gli autori sorprendono con un *colpo di genio!*

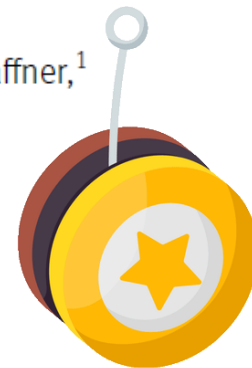
Conclusioni. Questi risultati sottolineano l'importanza di un continuo trattamento dell'obesità... sia con interventi sullo stile di vita, sia **con farmaci per la gestione dell'obesità**, per mantenere i benefici cardiometabolici e il miglioramento della qualità di vita...

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



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}



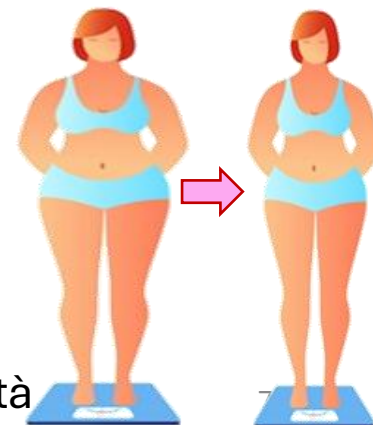
Ha incluso 37 studi (>9.300 partecipanti). Durata media del trattamento: 9 mesi (max 3,5 anni, solo in uno studio). Nel mondo reale **il 50% degli obesi interrompe** i farmaci **entro un anno**.

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

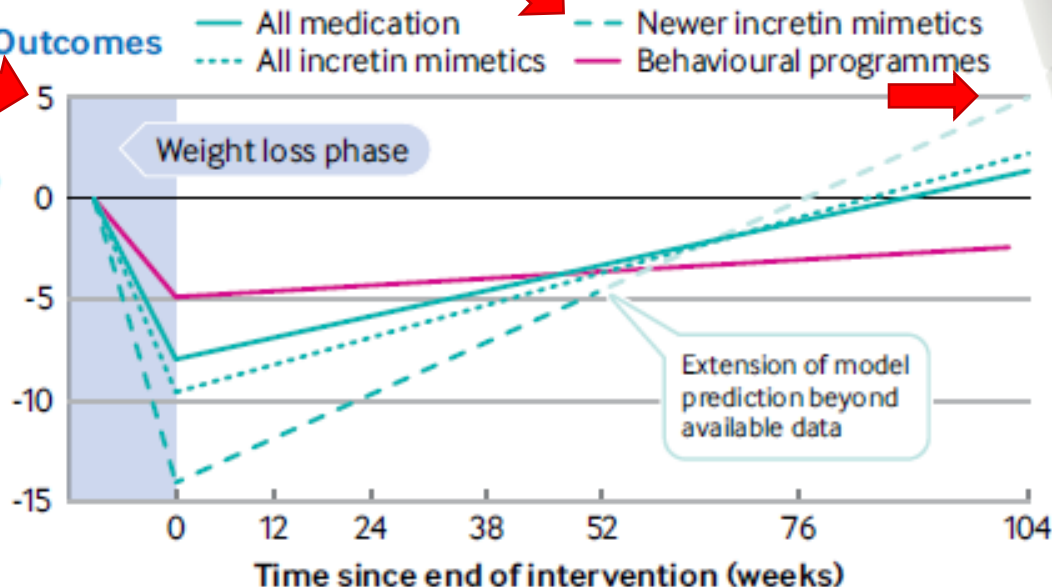
Control

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 starebbe usando il ~10% degli adulti USA!**

RESEARCH

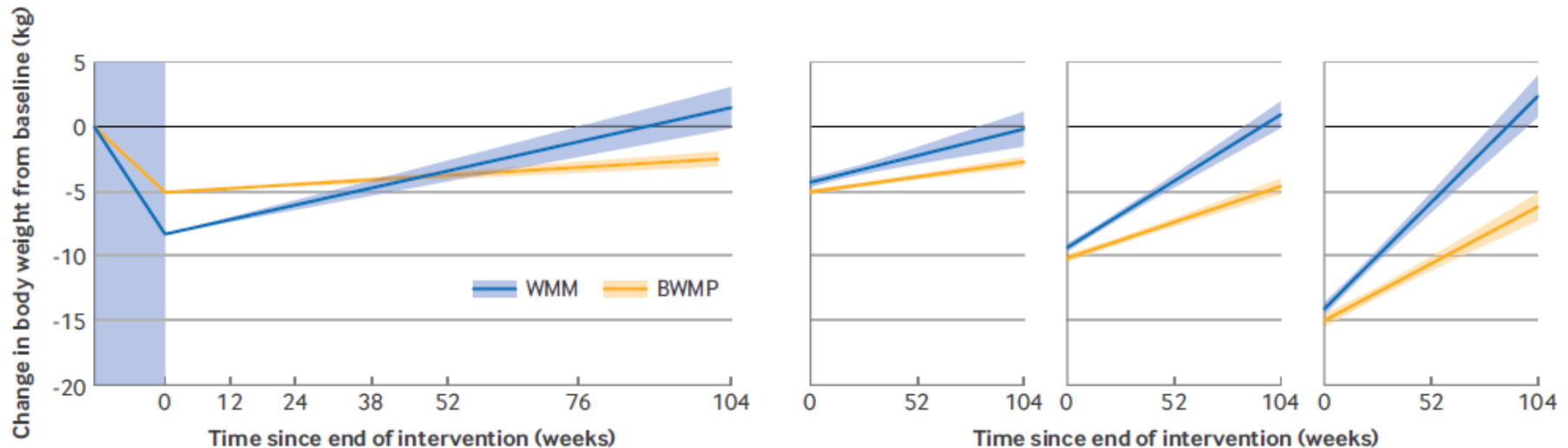
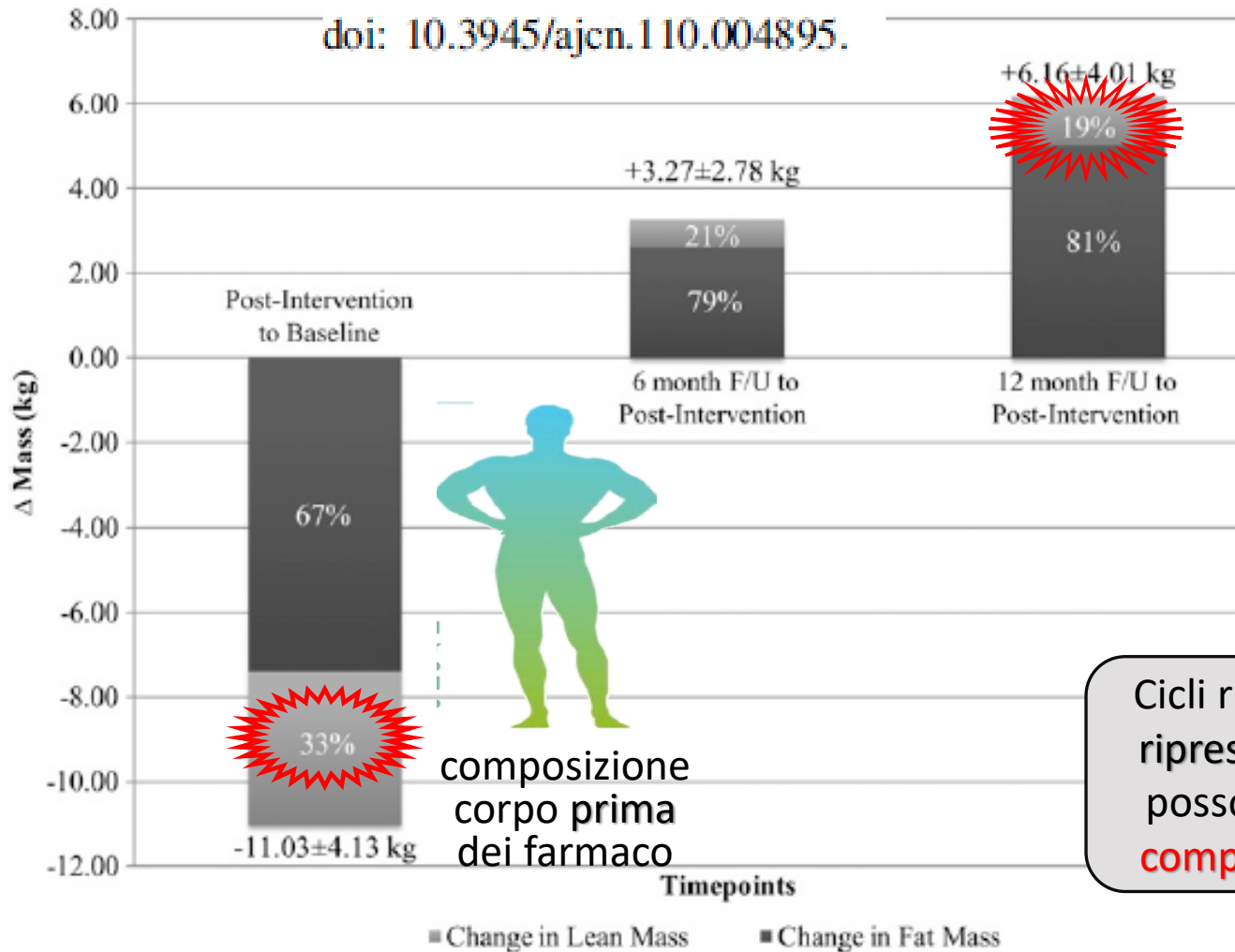


Fig 4 | Change in body weight (kg) from baseline (treatment start) (left panel) and for a fixed amount (5 kg, 10 kg, and 15 kg) of weight loss (right panel) after treatment with WMM or BWMPs. Solid lines show weight loss during treatment (in the blue shaded area) and rate of weight regain after treatment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

Is lost lean mass from intentional weight loss recovered during weight regain in postmenopausal women?¹⁻³ *Am J Clin Nutr* 2011;94:767-74.

Kristen M Beavers, Mary F Lyles, Cralen C Davis, Xuewen Wang, Daniel P Beavers and Barbara J Nicklas

doi: 10.3945/ajcn.110.004895.



composizione corpo
dopo 1 anno da
cessazione dieta ipo-
calorica, benché non
(ancora) ripreso tutto
il peso iniziale...

Cicli ripetuti di perdita e
ripresa del peso (yo-yo)
possono far danno alla
composizione corporea

FIGURE 2. Composition of weight lost during the 5-mo intervention and composition of weight regained over the 6- and 12-mo follow-up (F/U) period in women who regained ≥ 2 kg body mass. $n = 54$ at 5 mo after the intervention and at the 6-mo follow-up; $n = 44$ at the 12-mo follow-up.

Is lost lean mass from intentional weight loss recovered during weight regain in postmenopausal women?¹⁻³ *Am J Clin Nutr* 2011;94:767-74.

Kristen M Beavers, Mary F Lyles, Cralen C Davis, Xuewen Wang, Daniel P Beavers and Barbara J Nicklas

Disegno: follow-up di uno studio randomizzato controllato sulla perdita di peso in cui la composizione corporea è stata analizzata e confrontata in 78 donne in postmenopausa prima dell'intervento, immediatamente dopo l'intervento e 6 e 12 mesi dopo l'intervento.

Per 1 kg di grasso perso durante l'intervento di perdita di peso, **si perdevano 0,26 kg di tessuto magro**.

Per 1 kg di grasso riacquistato nell'anno successivo, **si recuperavano solo 0,12 kg di tessuto magro**.

Come *mitigare* questi effetti? →



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



di [Redazione](#)

30 Gennaio 2026

Pfizer all'insegna del profitto, dopo vaccino Covid punta sui farmaci anti obesità, CEO Bourla. "Consumatori li comprano, come per il Viagra"

Dopo aver dominato il mercato dei vaccini anti Covid, Pfizer tenta di replicare quel modello di business spostando il proprio baricentro sull'obesità. Una scelta che arriva in un momento di fragilità per la multinazionale, segnata dal crollo della domanda di vaccini, dal calo degli utili e da un contenzioso legale sempre più pesante legato agli effetti avversi -segnalati da molte persone dopo la vaccinazione - con conseguenze anche mortali. Tra gli effetti collaterali figurano magguormente eventi trombotici, cancro e turbocancro, miocarditi e pericarditi, disturbi neurologici, reazioni immunitarie importanti e complicanze oculari.

Obesity Drugs Considered First-Line Option for Cardiovascular Risk

As modern obesity medications such as semaglutide and tirzepatide demonstrate success lowering cardiovascular disease risk, the American College of Cardiology now recommends them as a first-line treatment option, according to [new guidance](#).

Traditionally, clinicians recommend lifestyle interventions prior to pharmacological options. But increasing evidence suggests that glucagon-like peptide-1 (GLP-1) drugs are more effective than behavioral changes for both weight loss and reducing adverse major cardiovascular events including myocardial infarction (heart attack) and stroke, with fewer risks than procedure-based interventions.

...

Other considerations for clinicians include a multidisciplinary team approach, emphasis on reducing weight stigma, and addressing insurance coverage gaps.

Published Online: July 11, 2025.
doi:[10.1001/jama.2025.10324](https://doi.org/10.1001/jama.2025.10324)

(JAMA) Farmaci per l'obesità considerati opzione di prima linea per il rischio cardiovascolare

Poiché i *moderni* farmaci per l'obesità, come **sema-glutide** e **tirzepatide**, dimostrano efficacia nel ridurre il rischio di malattie CV, l'American College of Cardiology **li raccomanda ora come opzione terapeutica di 1^a linea**, secondo le nuove linee guida.



Tradizionalmente, i medici raccomandano interventi sullo stile di vita prima delle opzioni farmacologiche.

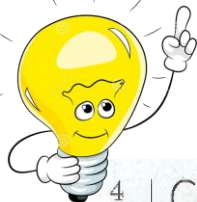
Ma **prove crescenti suggeriscono che i farmaci a base di GLP-1 sono più efficaci dei cambiamenti comportamentali** sia per la perdita di peso che per la riduzione di eventi avversi CV maggiori, tra cui infarto miocardico e ictus, con rischi inferiori rispetto agli interventi basati sulla chirurgia.

Altre considerazioni per i medici includono un approccio di team multidisciplinare, l'enfasi sulla riduzione dello stigma legato al peso e sulla gestione delle **lacune nella copertura assicurativa**.

Pubblicato online: 11 luglio 2025.
doi:[10.1001/jama.2025.10324](https://doi.org/10.1001/jama.2025.10324)

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 game-changer**». Il Ministro UK della Salute, Streeter, pensa di offrirli a carico del NHS, **nell'interesse dell'economia...** e non è il solo...!



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 per un raddoppio di fine mese a vive con la tensione minima»

15

Letters

JAMA Pediatrics March 2026 Volume 180, Number 3

RESEARCH LETTER doi:10.1001/jamapediatrics.2025.5708

GLP-1 Receptor Agonist Prescriptions for Adolescents With Obesity and Associated Disparities

Nel **mercato delle malattie**, che la 1^a preoccupazione sia l'**equità**! (al fatto che il prodotto sia sicuro e sostenibile, ci si penserà [forse] dopo...)

Gli agonisti del GLP-1 (GLP-1RA) ottengono una **significativa perdita di peso negli adolescenti obesi...** ma ci sono **disparità di accesso**.

Negli adolescenti dai 12 ai 17 anni la prescrizione di GLP-1RA è aumentata all'**1,4%** nel tempo, **ma è rimasta bassa**.

Inoltre, vi sono disparità nella prescrizione, poiché i maschi, gli adolescenti neri, ispanici/latini, coloro che vivono in aree svantaggiate dal punto di vista socioeconomico o rurali e **i pazienti assicurati da Medicaid** avevano significativamente meno probabilità di riceverli.

L'accesso ai GLP-1RA è più limitato tra i gruppi già colpiti in modo sproporzionato dall'obesità e dagli esiti avversi correlati all'obesità.

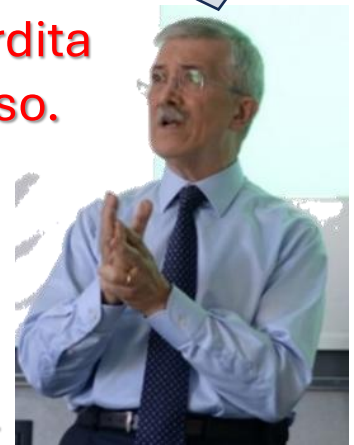
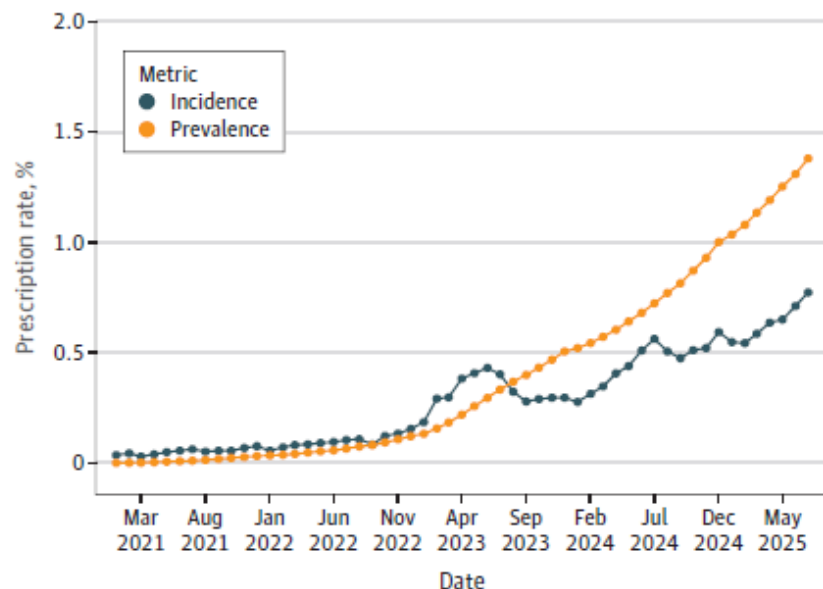


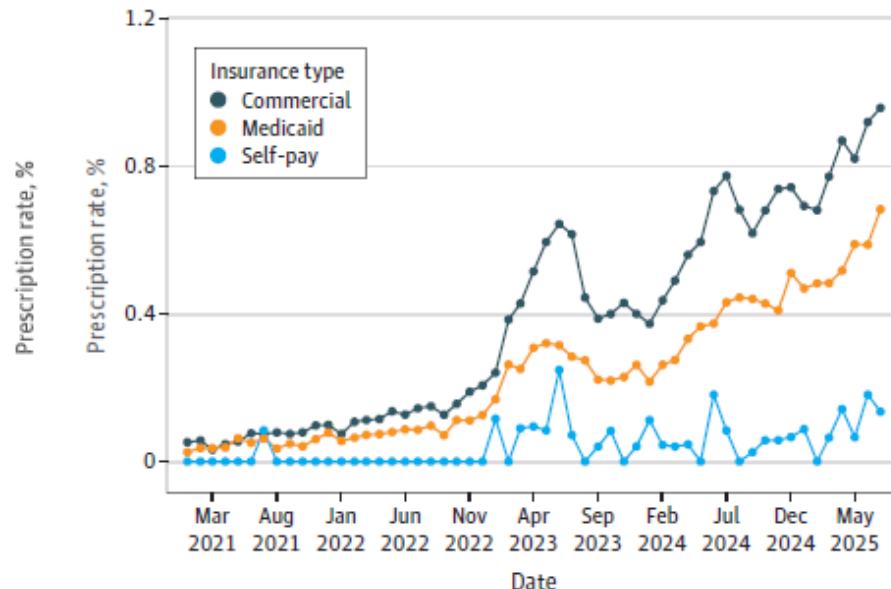
Figure. Prescription Rates of Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonist (GLP-1RAs) in Adolescents With Obesity, Overall and by GLP-1RA Type and Insurance Type

A Incident and prevalent prescription rate of GLP-1RA



B

C Incident prescription rate by insurance type^a



NB: tirzepatide non è approvato per gli adolescenti (negli adulti la situazione è peggiore...), ma è stata inserita anche negli adolescenti, dato che la sua prescrizione *off-label* sta salendo, e ha già superato quella di liraglutide...

Sono state comunque escluse le prescrizioni di liraglutide associato all'insulina, che chiaramente sono riservate ai soli diabetici.

Come si vede, sta salendo anche la spesa di tasca propria (**curva azzurra**), ma sono in crescita rapida quelle di Medicaid (statale + federale, assicura poveri e disabili **con denaro pubblico**) e ancor più quella delle assicurazioni private commerciali (**curva blu**)

TOXIC EXPOSURES

AAP Members With Ties to GLP-1 Drugmakers Helped Write Weight-Loss Drug Guidelines for Kids



Nel gennaio 2023, l'Accademia Americana di Pediatria (AAP) pubblicato nuove linee guida cliniche per il trattamento dell'obesità infantile. Le linee guida, ancora in vigore, raccomandano ai medici di **prescrivere farmaci dimagranti a base di GLP-1** e interventi di chirurgia bariatrica ai **bambini obesi**.

Due anni e mezzo dopo, un'indagine del BMJ, consultando il sito web governativo Open Payments, ha scoperto **legami finanziari non dichiarati tra l'AAP** (sia chi ha scritto le LG, sia chi le ha revisionate, sia l'intera organizzazione) **e le principali case farmaceutiche produttrici di GLP-1** (di 27 membri del Comitato, **10 hanno percepito pagamenti**, 6 no, e **per gli altri 11 non erano disponibili dati**).

L'AAP ha ricevuto sponsorizzazioni da 11 produttori di GLP-1, tra cui i due maggiori: **Eli Lilly** e **Novo Nordisk**.

L'analisi del BMJ ha dichiarato che non c'era discussione dei rischi, danni, costi, valutazione dei benefici/danni, durata del trattamento o sua interruzione.

La raccomandazione forte che **i medici 'dovrebbero' prescrivere** farmaci per perdere peso agli adolescenti, riportava **dati da un unico RCT**.

JAMA | Special Communication | CURRENT TOPICS IN OBESITY

World Health Organization Guideline on the Use and Indications of Glucagon-Like Peptide-1 Therapies for the Treatment of Obesity in Adults

Francesca Celletti, MD, PhD; Jeremy Farrar, MD, PhD; Luz De Regil, PhD

Confl. d'interessi: sovvenzioni Fondaz. Gates

management of comorbidities. WHO recommends long-term GLP-1 therapies combined with intensive behavioral therapy to maximize and sustain benefits. Both recommendations were graded *conditional*, reflecting that GLP-1 therapies—with or without behavioral therapy—are effective, but limited long-term data, cost, system readiness, equity, variability in patient priorities, and context-specific feasibility remain considerations. Implementation of these guidelines depends on equitable access to affordable therapies, health system preparedness, and most importantly assurance that care is person-centered, nondiscriminatory, and universally accessible. Given the time required to implement these measures,

L'OMS raccomanda l'uso a lungo termine delle terapie a base di GLP-1 per gli adulti affetti da obesità (prove di moderata certezza), dove per "lungo termine" si intende un trattamento continuo per 6 mesi o più.



(stralci da LG OMS) «Solide procedure per gestire potenziali conflitti di interesse hanno *garantito indipendenza e credibilità.*»

«Anche la *copertura finanziaria nell'ambito dell'assistenza sanitaria universale* e dei *sistemi assicurativi nazionali* è considerata *essenziale* per garantire *accessibilità* economica ed *equità.*»

«Le bozze di raccomandazioni hanno indicato l'inclusione delle terapie GLP-1 *nelle cure primarie* nel *modello OMS per i farmaci essenziali*»

«Un'implementazione inclusiva di queste linee guida dipende in modo cruciale da 3 fattori chiave:

- 1) il raggiungimento di un *accesso più diffuso ed equo alle terapie GLP-1* a prezzi accessibili
- 2) la disponibilità dei sistemi sanitari a fornire cure per l'obesità di alta qualità che integrino queste terapie con la terapia comportamentale
- 3) e soprattutto, *la garanzia che tale assistenza sia non discriminatoria e orientata all'accesso universale, assicurando che tutti gli individui bisognosi siano raggiunti»*



[Vogliono schedare i bambini con l'IA ma per "prevenzione"!](#)
[Farmaci antiobesità: le informazioni necessarie](#)

Diritti in Salute - la newsletter quindicinale
di Vittorio Agnoletto N. 46 – 7 marzo 2026

**Preoccupazione
n. 1: l'equità...!**

“Due farmaci inizialmente sviluppati per il trattamento del diabete di tipo 2, semaglutide e tirzepatide, hanno dimostrato di ridurre del 15-20% circa, nel corso di 12-18 mesi di trattamento, il peso delle persone obese, una riduzione mai raggiunta in precedenza da altri trattamenti farmacologici.

In Italia sono rimborsati dal SSN esclusivamente in adulti con diabete di tipo 2»

Così scrive l'epidemiologo Giuseppe Traversa [in un articolo](#) su *Salute internazionale*. Non sono invece rimborsati per l'indicazione di riduzione del peso. In tal caso “il costo del trattamento è a carico dei cittadini, con una **spesa mensile** a dosaggio pieno dell'ordine di **300-500 euro**”.

L'articolo analizza in modo rigoroso efficacia, effetti collaterali e possibili rischi, durata del trattamento... Traversa avanza anche una proposta concreta: “... valutato un **ampliamento graduale dell'accesso ai farmaci**, prioritizzando i soggetti con obesità più grave concomitanti patologie cardiovascolari, a condizione di una presa in carico che includa interventi di sostegno e una progressiva riduzione del prezzo dei farmaci”. Ma con la consapevolezza che “una strategia di contrasto dell'obesità non può basarsi solo, né principalmente, sui farmaci”.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

DECEMBER 11, 2025

VOL. 393 NO. 23

High-Dose Influenza Vaccine Effectiveness against Hospitalization in Older Adults

N.D. Johansen,^{1,2} D. Modin,^{1,2} M.M. Loiacono,^{3,4} R.C. Harris,⁵ M. Dufournet,⁶ C.S. Larsen,^{7,8} L. Larsen,⁹ L. Wiese,¹⁰

78 influenze i meno, eh!

P=0.14). Hospitalization for influenza occurred in 0.06% of the participants in the high-dose group and in 0.11% of those in the standard-dose group (relative vaccine effectiveness, 43.6%; 95.2% CI, 27.5 to 56.3); hospitalization for pneumonia occurred in 0.63% and 0.63%, respectively (relative effectiveness, 0.5%; 95.2% CI, -8.6 to 8.8); hospitalization for cardiorespiratory disease in 2.25% and 2.38% (relative effectiveness, 5.7%; 95.2% CI, 1.4 to 9.9); hospitalization for any cause in 9.38% and 9.58% (relative effectiveness, 2.1%; 95.2% CI, -0.1 to 4.3), and death from any cause in 0.67% and 0.66% (relative effectiveness, -2.5%; 95.2% CI, -11.6 to 5.9). The incidence of serious adverse events was similar in the two groups.

a parte i 27 morti in più con l'alta dose, per il resto tutto Ok! **Sponsor Sanofi**

Gli **autori, in relazioni finanziarie con Sanofi, produttore** di questo vaccino ad alta dose **e sponsor** di questo RCT DANFLU-2, non si rassegnano e anzitutto concludono (con coraggio che meriterebbe miglior causa):

«Sebbene non si possano trarre conclusioni definitive riguardo gli endpoint secondari, **i risultati sono coerenti con i possibili benefici (!) del vaccino ad alto dosaggio** rispetto al vaccino a dose standard **per la prevenzione dell'ospedalizzazione per influenza e malattie cardiorespiratorie.**»



... e applicano l'aurea regola: «Continue a torturare i dati... e alla fine confesseranno!».

Così ragionano: «Prendiamo solo i diabetici, cui le linee guida non si stancano di raccomandare vaccinazioni influenzali! Andrà meglio!

Così nasce la subanalisi:

High-Dose vs Standard-Dose Influenza Vaccine in Older Adults With Diabetes

doi:10.1001/jamainternmed.2025.7286

A Secondary Analysis of the DANFLU-2 Randomized Clinical Trial

Anne Bjerg Nielsen, MD; Niklas Dyrby Johansen, MD, PhD; Daniel Modin, MD; Matthew M. Loiacono, PhD; Rebecca C. Harris, MBioch, MSc, PhD;

CONCLUSIONS AND RELEVANCE The trial results suggest that, among adults 65 years or older, HD-IIV provided consistent benefit for cardiorespiratory, cardiovascular, and influenza hospitalizations compared with SD-IIV, regardless of diabetes status.

Medical News in Brief High-Dose Flu Vaccine Demonstrates Benefits in Older Adults With Diabetes
Samantha Anderer
Article Information



Sarà poi vero?



High-Dose vs Standard-Dose Influenza Vaccine in Older Adults With Diabetes

A Secondary Analysis of the DANFLU-2 Randomized Clinical Trial

Anne Bjerg Nielsen, MD; Niklas Dyrby Johansen, MD, PhD; Daniel Modin, MD; Matthew M. Loiacono, PhD; Rebecca C. Harris, MBioch, MSc, PhD;
...

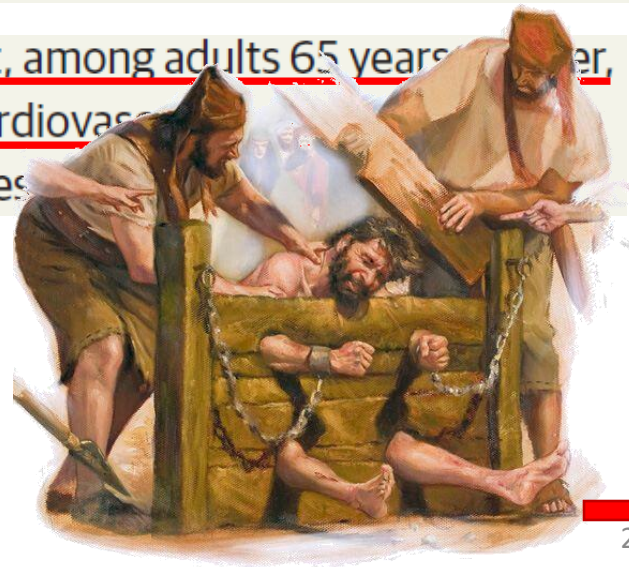
RESULTS Among 332 438 participants (mean [SD] age, 73.7 [5.8] years; 161 538 female individuals [48.6%]), 43 881 (13.2%) had diabetes. Overall, HD-IIV compared with SD-IIV was associated with reduced cardiorespiratory hospitalization, cardiovascular hospitalization, and influenza hospitalization. Effect estimates were similar for participants with and without diabetes for cardiorespiratory hospitalization (diabetes: rVE, 7.4%; 95% CI, -2.5% to 16.3%; no diabetes: rVE, 5.3%; 95% CI, 0.4%-10.0%; interaction $P = .69$), cardiovascular hospitalization (diabetes: rVE, 12.0%; 95% CI, -0.9% to 23.3%; no diabetes: rVE, 6.0%;

...

CONCLUSIONS AND RELEVANCE The trial results suggest that, among adults 65 years or older, HD-IIV provided consistent benefit for cardiorespiratory, cardiovascular, and influenza hospitalizations compared with SD-IIV, regardless of diabetes.

Della serie: continua a torturare i dati, infine,
confesseranno qualunque cosa !

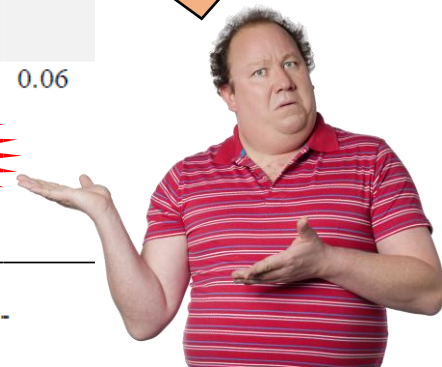
Purtroppo, senza tortura, la verità che
gli autori non vorrebbero confessare è un'altra...



eTable 2. Sensitivity Analysis Accounting for Within-Participant Correlation in Participants Enrolled in >1 Season According to Diabetes Status

Endpoint/Diabetes status	HD-IIV no. events (%)	SD-IIV no. events (%)	Relative Vaccine Effectiveness (95% CI) %	P for interaction
...				
<u>Hospitalization for myocardial infarction</u>				0.66
All participants	265 (0.2)	265 (0.2)	0.0 (-18.5 to 15.6)	
Diabetes	57 (0.3)	53 (0.2)	-7.7 (-55.3 to 25.4)	
No diabetes	208 (0.1)	212 (0.2)	1.9 (-18.8 to 19.0)	
<u>Hospitalization for stroke</u>				0.82
All participants	458 (0.3)	485 (0.3)	5.6 (-7.2 to 16.9)	
Diabetes	79 (0.4)	81 (0.4)	2.4 (-33.0 to 28.3)	
No diabetes	379 (0.3)	404 (0.3)	6.2 (-7.8 to 18.4)	
...				
<u>MACE</u>				0.55
All participants	1,158 (0.7)	1,224 (0.7)	5.4 (-2.5 to 12.7)	
Diabetes	266 (1.2)	269 (1.2)	1.0 (-17.1 to 16.3)	
No diabetes	892 (0.6)	955 (0.7)	6.6 (-2.3 to 14.7)	
<u>Cardiovascular death</u>				0.06
All participants	291 (0.2)	279 (0.2)	-4.3 (-22.9 to 11.5)	
Diabetes	90 (0.4)	67 (0.3)	-34.5 (-84.4 to 1.9)	
No diabetes	201 (0.1)	212 (0.2)	5.2 (-15.0 to 21.8)	

Ma alla fine
noi diabetici
abbiamo **più**
12 morti CV?!



A total of 87,826 individuals participated in two study seasons and 8,868 participated in all three study seasons. A sensitivity analysis was performed to account for potential cross-season correlation in these participants, using log-

The prespecified registry-based definitions of the secondary endpoints are as follows:

Endpoint	ICD-10 codes	Diagnosis type*	Inpatient/outpatient/minimum required length of stay/other criteria	Timeframe
Cardio-respiratory disease hospitalization [composite endpoint]	I11, I13, I20-I25, I30-I31, I33, I38-I42, I46-I50, I60-I69, I74, J00-J06, J09-J18, J20-J22, J40-J47,	A	Inpatient, at least 1 night	≥14 days after vaccination and up to May 31 the following year
	J80-J81, J85-J86, J96			
All-cause hospitalization	Any	Any	Inpatient, at least 1 night	≥14 days after vaccination and up to May 31, 2022
All-cause mortality	-	-	-	≥14 days after vaccination and up to May 31 the following year
Influenza hospitalization	J09-J11	A	Inpatient, at least 1 night	≥14 days after vaccination and up to May 31 the following year
Pneumonia hospitalization	J12-J18	A	Inpatient, at least 1 night	≥14 days after vaccination and up to May 31 the following year

* A = primary discharge diagnosis

E tutto senza farsi neppure mancare sempre il **Cheap Trick!**

(NB: in l'alta dose era stata più letale proprio in fase precoce...)



Alberto Donzelli, M.D. – corresponding author

Scientific Committee of the Foundation ‘Allineare Sanità e Salute’ Milan,
Via Ricordi, 4 - 20131 Milano – Italy e-mail: donzelli@sanitaesalute.it

*Ci credereste? Jama
ha scartato la Letter...*

The secondary analysis of the DANFLU-2 results doesn't show a convincing winner

La Tab. 2 mostra che, nei 43.881 pazienti diabetici, la differenza tra dose alta e standard non ha raggiunto la significatività statistica negli esiti prespecificati: ricoveri per qualsiasi malattia cardiorespiratoria, cardiovascolare o respiratoria; insufficienza cardiaca, ictus, eventi cardiovascolari avversi maggiori, infarto del miocardio (in questo caso in tendenza **più infarti...**). Neppure i ricoveri per influenza confermata in laboratorio si sono ridotti.

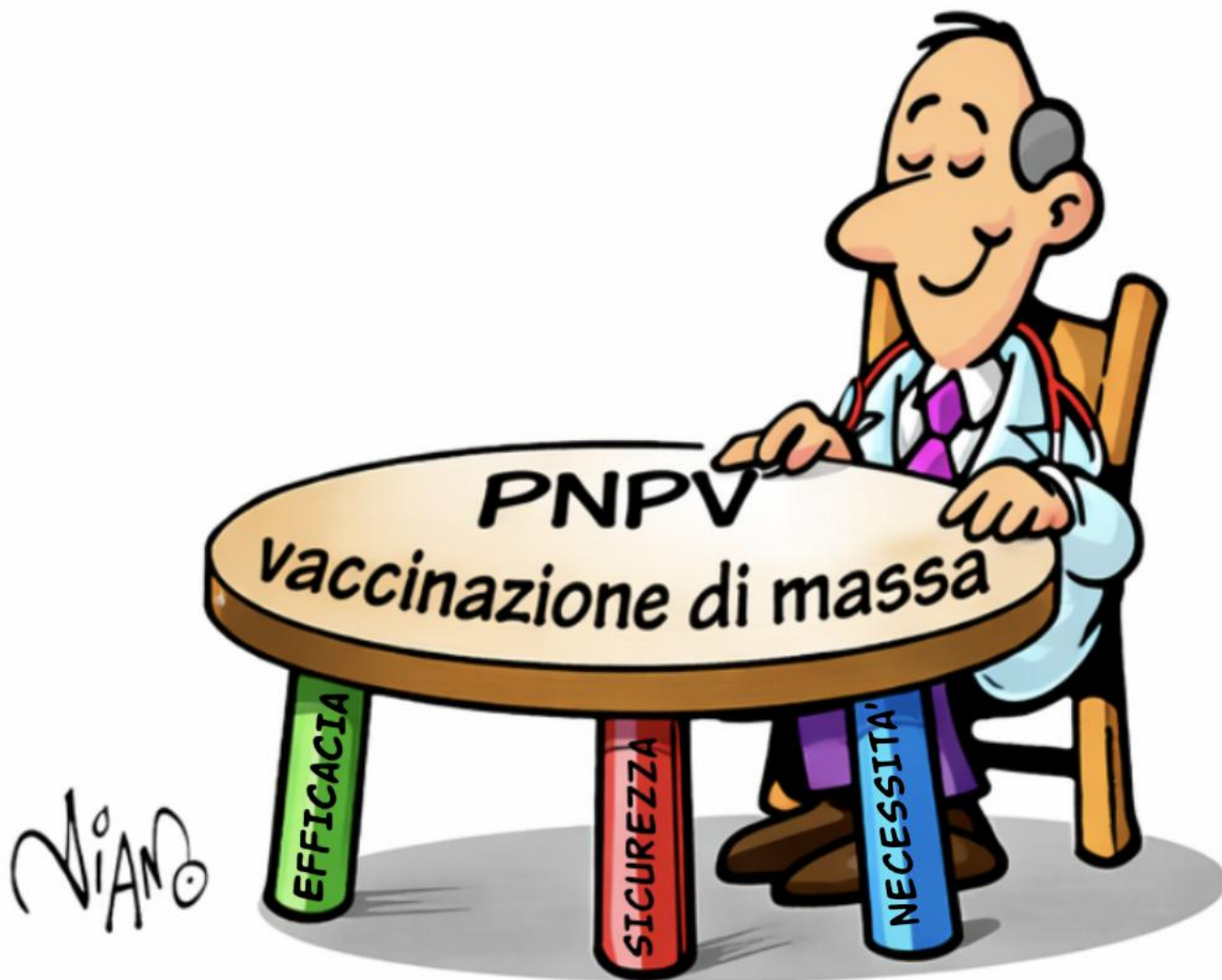
Ancor più preoccupante, i diabetici con alta dose hanno avuto in tendenza **più decessi cardiovascolari** (efficacia relativa del vaccino: **-34,5**; da **-87,3** a 3,1), **corrispondente numericamente a 23 decessi in più**.

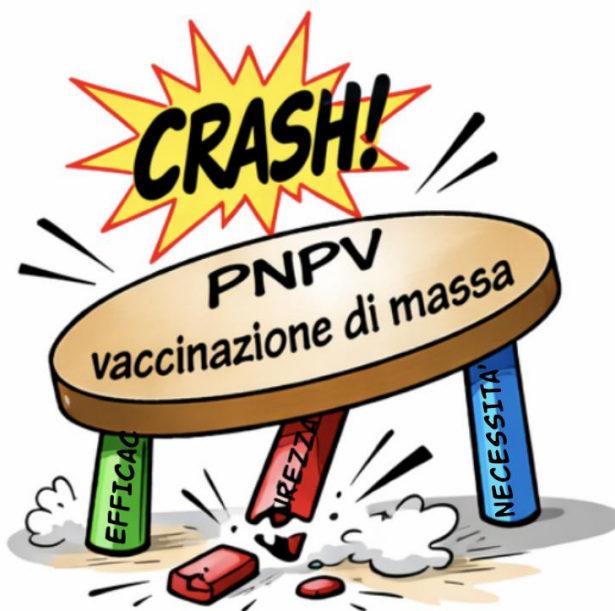
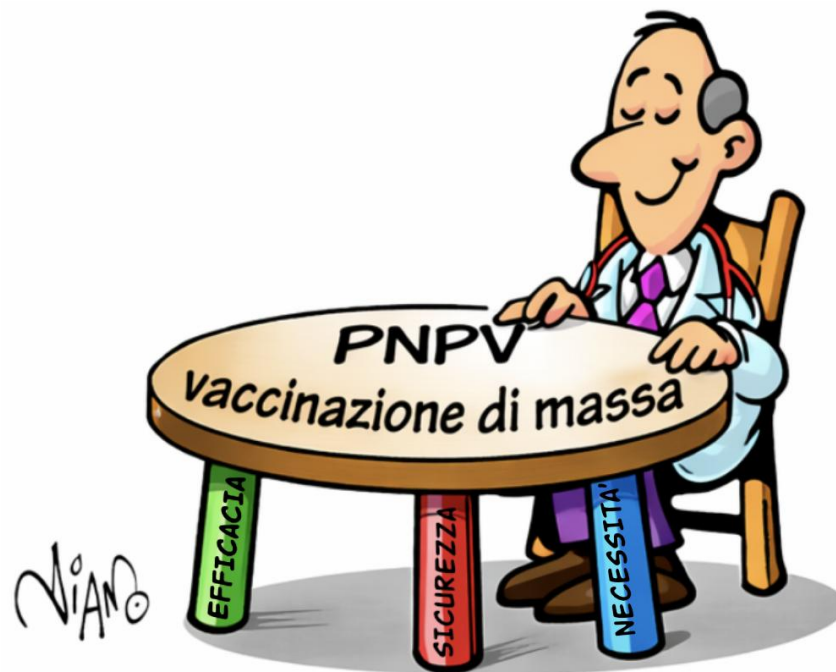
Non trovo i dati sui decessi per tutte le cause, l'esito più importante per la maggior parte dei pazienti, per una scelta informata.

Purtroppo, **anche nell'intero DANFLU-2 i decessi per tutte le cause sono stati in tendenza più alti** (efficacia relativa, **-2,5%**; da -11,6 a 5,9), con un **eccesso numerico di 27 decessi** nel gruppo ad alta dose, benché gli oltre 332 mila partecipanti in ben tre stagioni influenzali (dal 2022 al 2025) garantissero potenza sufficiente per avere risposte chiare.

Queste informazioni non andrebbero omesse nel comunicare i risultati del RCT alla comunità scientifica.

Su che cosa dovrebbe reggersi un Piano di Prevenzione Vaccinale di massa?





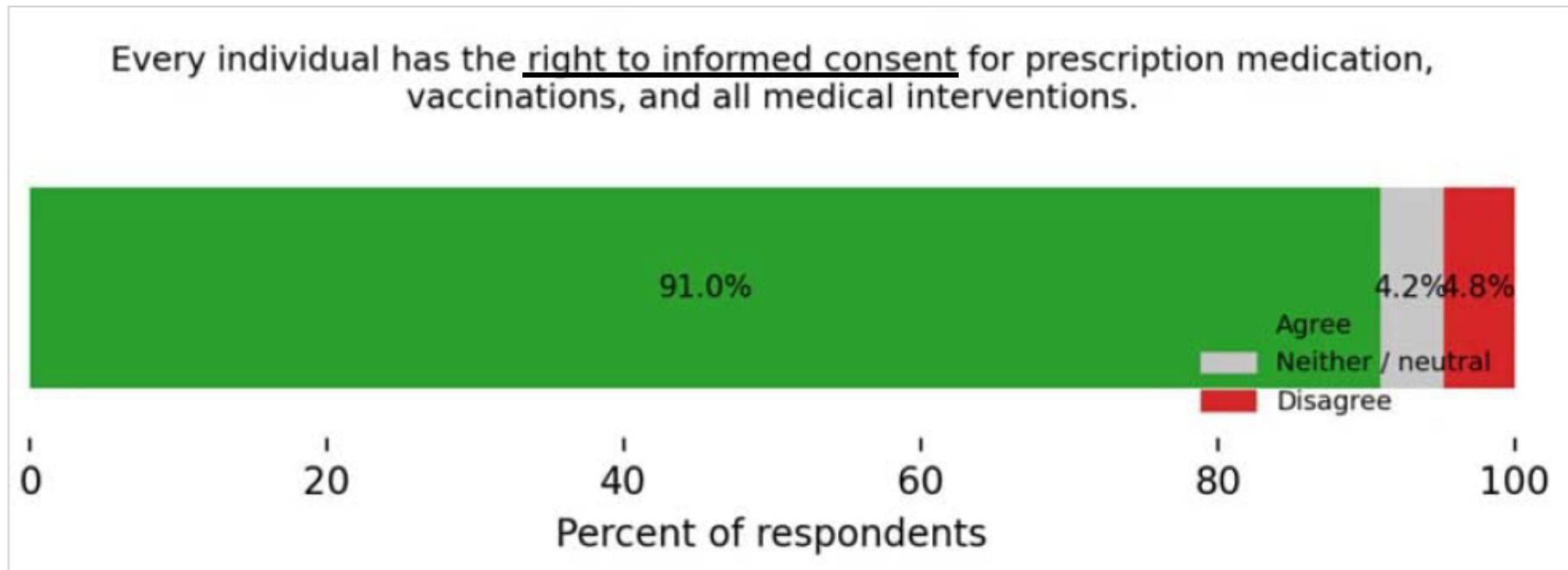
CENSORSHIP/SURVEILLANCE

New Poll: Almost 90% of U.S. Voters Support Right to Refuse Medical Treatment

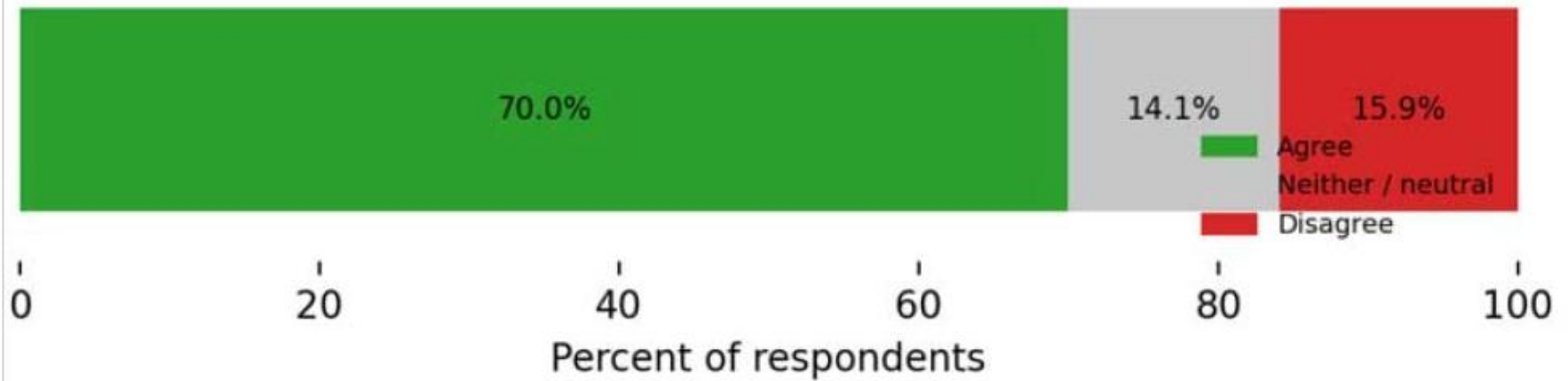
by [Brownstone Institute](#)

Il sondaggio ha riguardato 1000 elettori registrati, di cui quasi il 94% dichiaratisi **votanti certi o molto probabili** (37% Repubblicani, 36% Democratici, 27% indipendenti)

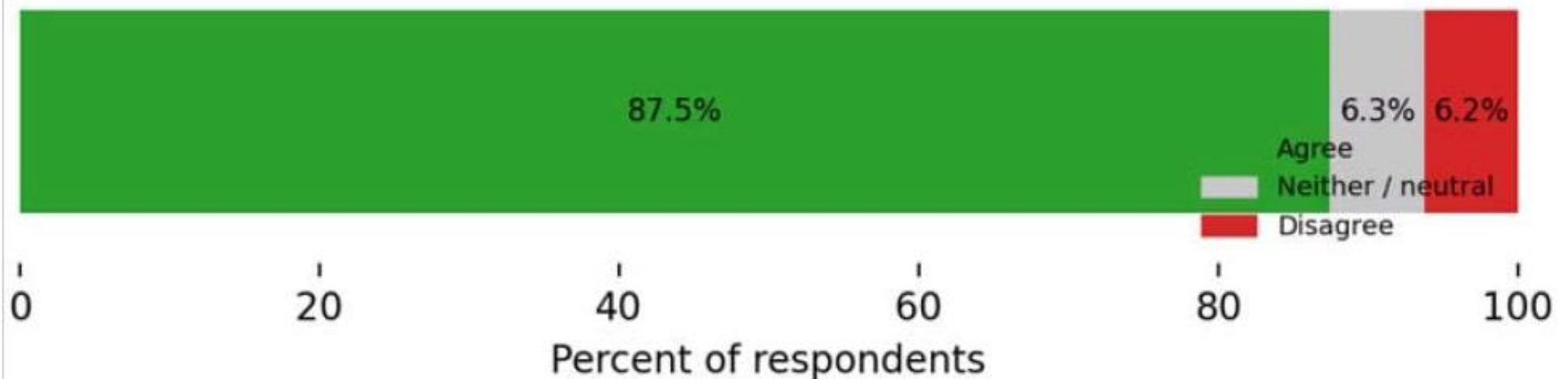
Il margine di errore stimato per i risultati complessivi è del +/- 3,2 punti %



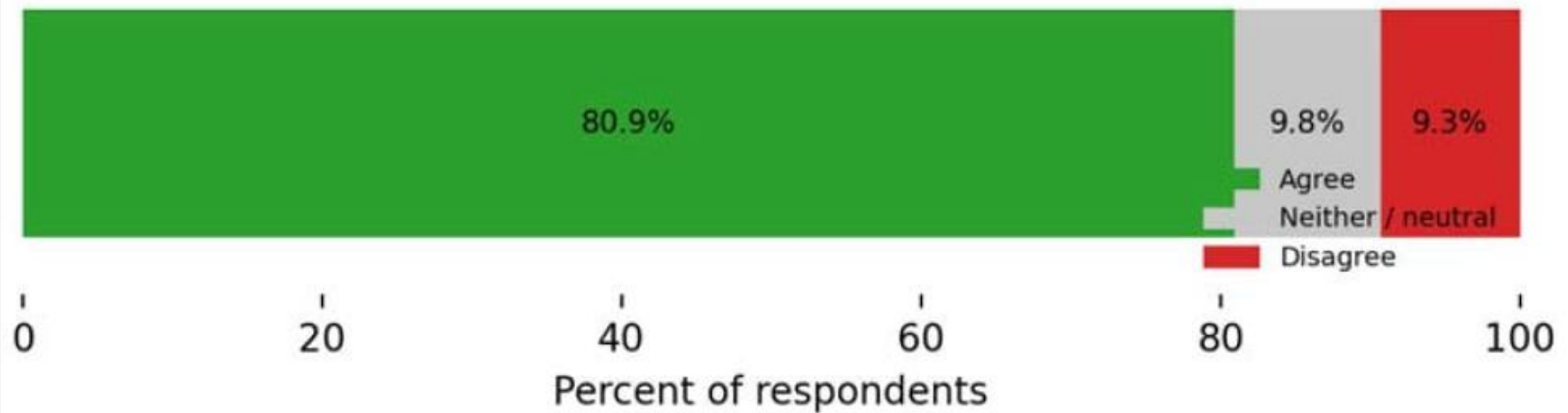
A personal decision about medical treatments, including vaccines, should never be used to deny that person's employment.



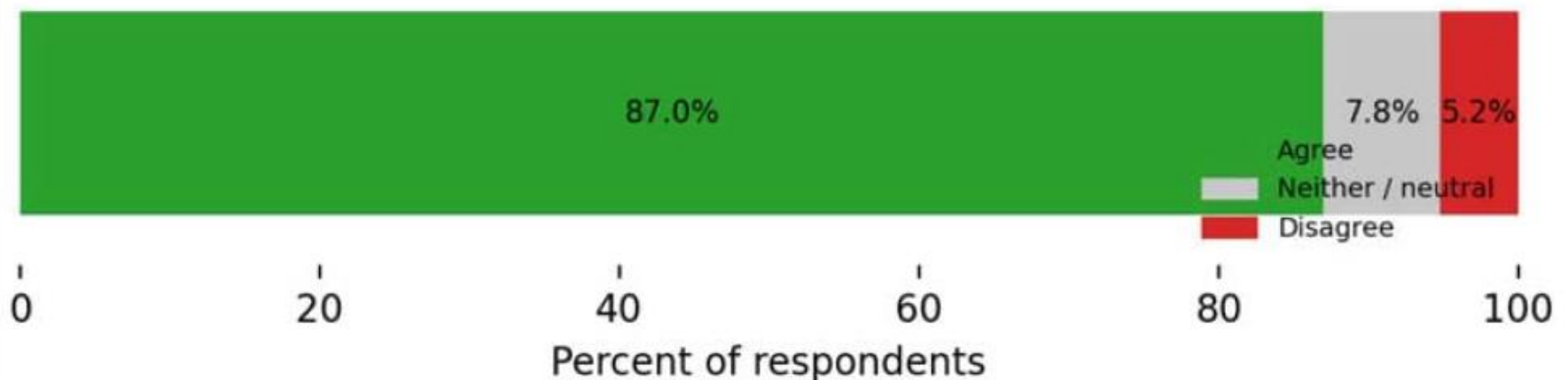
Adult American citizens have the right to refuse medical treatment for themselves.



Adult American citizens have the right to refuse medical treatment for vaccines.



The right to make one's own medical choices is a basic human right
that should always be protected by law.



CATTIVI SCIENZIATI - Trenta mesi per ritirare lo studio fragile sui danni da vaccino: troppo tardi per fermare la disinformatija no-vax

[Enrico Bucci](#) Il Foglio 04 feb 2026

(...) In parallelo, emerge un problema più profondo, che andrà a pesare in modo determinante sull'esito finale della vicenda: **una parte centrale dei dati utilizzati nell'analisi deriva da un database che, in un momento successivo alla pubblicazione, viene reso non più accessibile dall'ente che lo aveva prodotto.**

Questo passaggio segna un

punto di svolta. **La disponibilità dei dati non rappresenta un adempimento formale, ma una condizione operativa essenziale della ricerca scientifica.**

Quando un risultato pretende di avere implicazioni generali sulla sicurezza di un intervento sanitario di massa, la **possibilità di verificare come si passa dai dati grezzi alle stime finali diventa un requisito imprescindibile.**

La rimozione di un dataset utilizzato per produrre conclusioni centrali introduce un problema strutturale: parti rilevanti dell'analisi non possono più essere controllate, replicate o riesaminate in modo indipendente.

JAMA Internal Medicine | Original Investigation . 2022;182(5):474-481. doi:10.1001/jamainternmed.2022.0134

Evaluating the Association Between Low-Density Lipoprotein Cholesterol Reduction and Relative and Absolute Effects of Statin Treatment A Systematic Review and Meta-analysis

Paula Byrne, PhD; Maryanne Demasi, PhD; Mark Jones, PhD; Susan M. Smith, MD; Kirsty K. O'Brien, PhD; Robert DuBroff, MD

L'analisi ha incluso 21 studi randomizzati controllati (RCT).

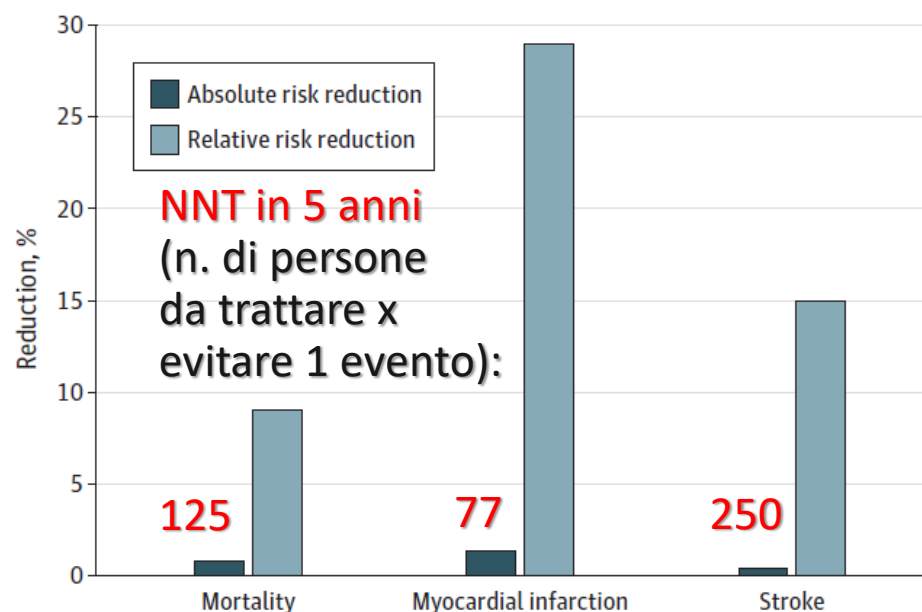
Nei pz randomizzati a trattamento con statine, si è trovata una riduzione del rischio di:

mortalità totale: assoluto 0,8%,
relativo 9%

infarto miocardico: assoluto 1,3,
relativo 29%

ictus: assoluto 0,4%,
relativo 14%.

Figure 1. Comparison of Absolute and Relative Risk Reductions of Statins, All Trials





Symphonic Orchestra

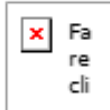


Longevità dei Direttori
d'orchestra vs strumentisti
(o dei capitani vs tenenti
o dei vescovi vs curati, ecc.):
eustress e/o **ITB**?





from Dr. Panagis Polykretis Substack



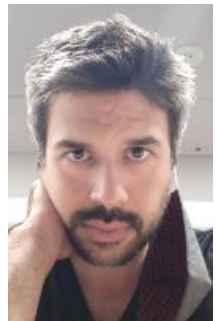
Martin Neil Dec 2 · Where are the numbers? by Norman Fenton and Martin Neil



"This is the first peer-reviewed evidence, based on real-world data, demonstrating how certain statistical methods have led to an overestimation of the effectiveness and safety of COVID-19 vaccines."

It cements what we had documented in 2021 and the article cites our research work proving their findings, which we still cannot get published in academic journals in 2025!

**This paper will SHOCK the world:
Unveiling hidden biases that inflated
COVID-19 vaccine effectiveness and
safety**



How misclassification of early post-vaccination deaths distorts mortality

.

Il 12° Rapporto AIFA sulla Sorveglianza dei vaccini anti-Covid-19 rileva sospette reazioni avverse molte centinaia di volte inferiori alla sorveglianza attiva CDC e dei trial registrativi | CMSi (cmsindipendente.it)



Ora è pubblicato il 14° Rapporto AIFA, al 26/12/2022, e la sproporzione con la sorveglianza attiva è ancora enorme: per le **reazioni severe** sottostima di oltre mille volte!

Home Chi siamo ▼ Pubblicazioni ▼ Conferenze stampa e Seminari ▼ Audizioni al Senato Gruppo Studi Info-Vax EB Newsletter Contatti

Home / Il 12° Rapporto AIFA sulla Sorveglianza dei vaccini anti-Covid-19 rileva sospette reazioni avverse molte centinaia di volte inferiori alla sorveglianza attiva CDC e dei trial registrativi

Fuori dal Coro

...Sotto
dal Coro

Il 12° Rapporto AIFA sulla Sorveglianza dei vaccini anti-Covid-19 rileva sospette reazioni avverse molte centinaia di volte inferiori alla sorveglianza attiva CDC e dei trial registrativi

31 luglio 2022

anche 1000 volte inferiori per le reazioni severe!

Il Rapporto AIFA 12 sulla Sorveglianza dei vaccini anti-COVID-19 da poco pubblicato, riporta (al 26-06-2022) 100 segnalazioni di sospette reazioni avverse ogni 100.000 dosi somministrate, indipendentemente dal vaccino e dalla dose.



Safety of COVID-19 Vaccines Among the Paediatric Population: Analysis of the European Surveillance Systems and Pivotal Clinical Trials

Fariba Ahmadizar¹ · Nicoletta Luxi² · Monika Raethke³ · Sandor Schmikli¹ · Fabio Riefolo⁴ · Putri Widi Saraswati¹ · Camelia Bucsa⁵ · Alhadi Osman¹ · Megan Liddiard⁶ · Francisco Batel Maques⁷ · Giuliana Petrelli⁸ · Simona Sonderlichová⁹ · Nicolas H. Thurin¹⁰ · Felipe Villalobos¹¹ · Gianluca Trifirò⁸ · Miriam Sturkenboom¹ · ilmiovaccinoCOVID19 collaborating group

Accepted: 27 March 2023 / Published online: 27 April 2023
© The Author(s) 2023

In realtà **'very common'**, **uncommon** è termine ok
cioè **> di 1:10 !! (>50%!!)** **>1:1000** (3 e 4% 1^a e 2^a dose)
→ 3-4.000 x milione

Results The CVM study enrolled 658 first-dose vaccinees (children aged 5–11 years; $n = 250$ and adolescents aged 12–17 years; $n = 408$). Local/systemic solicited ADRs were common, whereas serious ADRs were uncommon. Among Comirnaty first and second dose recipients, 28.8% and 17.1% of children and 54.2% and 52.2% of adolescents experienced at least one ADR, respectively; injection-site pain (29.2% and 20.7%), fatigue (16.1% and 12.8%), and headache (22.1% and 19.3%) were the most frequent local and systemic ADRs. Results were consistent but slightly lower than in pivotal clinical trials. Reporting rates in Eudravigilance were lower by a factor of 1000.

Reporting rates in Eudravigilance were lower by a factor of 1000.

SHORT COMMUNICATION

Rari !?!



Cardiovascular safety signals in Israeli adolescents following COVID-19 Vaccination: Evidence from an unprocessed FOIA dataset

Yaakov Ophir^{1,2}, Yaffa Shir-Raz³, David Shuldman⁴, Nicolas Hulscher⁵ and Peter A. McCullough⁶

(Dopo FOIA) la maggior mutua Israeliana, **Clalit**, ha sottoposto dati su 280.000 eventi avversi nelle campagne vaccinali, mai processati dal Ministero della Sanità, né comunicati.

Subito dopo autorizzazione vaccini, c'è stato un picco di eventi CV in ragazzi 12-16 anni, con **646 report di danno acuto CV**, con termine originario di **infarto MI acuto**, **1 evento CV su 940 adolescenti vaccinati**, anche oltre 21 gg. da 2^a dose, pari maschi e femmine

ISRAELI FOIA DATA REVEAL TEENAGE CARDIAC INJURY SURGE WITHIN 6 WEEKS of mRNA AUTHORIZATION

Including cases coded as acute myocardial infarction

277 Reported Cardiac Injury Cases
within 42 Days
Ages 12–16

June–August 2021 Cluster

• Acute Myocardial Infarction • Myocarditis • Thromboembolism

NOT DISCLOSED TO PUBLIC



Persistent Presence of COVID Vaccine Components

New Review: COVID-19 Vaccine mRNA, Spike Protein,
and Lipid Nanoparticles Persisting for Months to Years

Authors Call for Urgent Investigation

Spike protein detected in blood plasma
up to **709 days** post-vaccination

709 DAYS

S1 subunit found in immune cells
up to **245 days**

Spike protein in cerebral arteries
up to **17 months**

17 MONTHS

Spike protein found in brain, heart, and
vasculature **three weeks** after third dose,
infection ruled out

Vaccine mRNA detected in lymph node
germinal centers up to **60 days**

mRNA detected in breast milk
up to **45 hours** post-vaccination

45 HOURS

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.02.18.25322379v1.full>

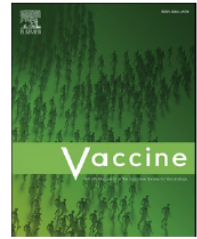
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12077440>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40184822>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9611676>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11377948>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37734205>



<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2026.128358>



The safety, reactogenicity, and immunogenicity of the self-amplifying mRNA COVID-19 vaccine GRT-R910 as a booster in healthy adults

Jennifer A. Whitaker^a, Paulina A. Rebolledo^{b,c}, Getahun Abate^d, Tara M. Babu^e,

«Un vaccino mRNA autoamplificante che esprime la proteina spike del SARS-CoV-2 ... è stato valutato come vaccino di richiamo in uno studio di fase 1 nel 2021-2022.»

«**Risultati:** Arruolati 48 partecipanti. La maggior parte ha sviluppato reazioni sistemiche da lievi a moderate: **affaticamento (85%), mal di testa (69%), mialgia (63%), malessere (60%), brividi (56%), dolore al sito di iniezione (83%) e dolorabilità al sito d'iniezione (88%).**

17% hanno avuto reazioni sistemiche gravi.»

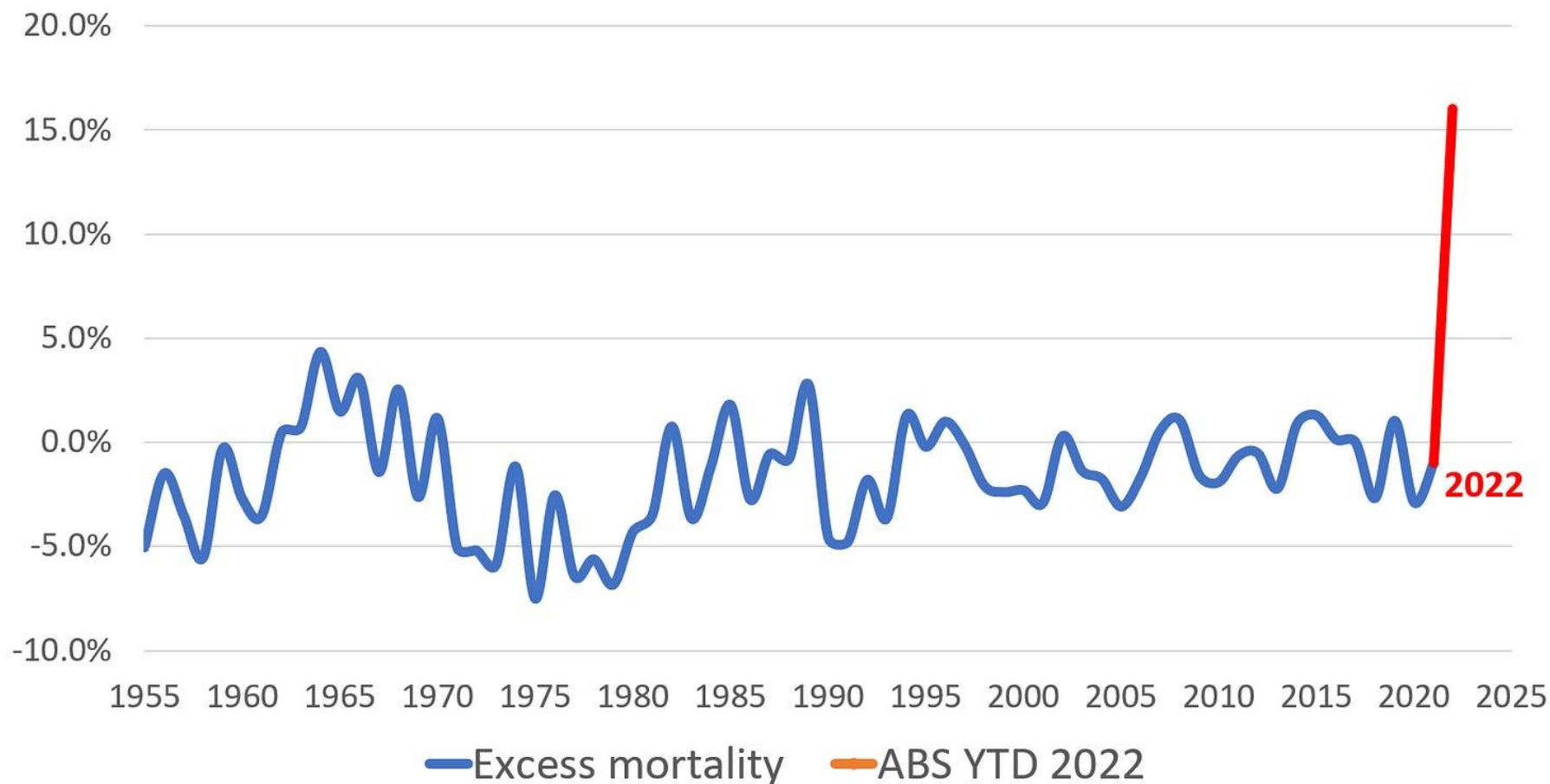
A parte questo,
tutto il resto è ok!



«**Conclusioni:** si è dimostrato **sicuro** ma reattogeno se somministrato ad adulti già vaccinati (o, già infettati nell'8% dei casi), e nella maggior parte ha potenziato le risposte anticorpali neutralizzanti anti-SARS-CoV-2, con risposte durature fino a 6 mesi.»

Vaccines as the cause of Australian excess deaths in 2021, and beyond

Australia: Annual % excess mortality 1955-2021 and ABS latest value for 2022



Vaccines as the cause of Australian excess deaths in 2021, and beyond

Martin Neil, Norman Fenton e Jonathan Engler



Excess mortality by year, Australia, 2020-23

	2020	2021	2022	2023
Expected	170,046	169,048	170,933	173,121
Observed	164,805	171,823	190,955	181,865
Excess	-5,241	2,775	20,022	8,744
% Excess	-3.1	1.6	11.7	5.1
Reported deaths from or with COVID-19	916	1,448	13,317	5,952

The causes of Australian excess deaths in 2021, and beyond: An ecological study considering COVID-19, the lockdowns, and the vaccines

Raphael Lataster¹

International Journal of Risk & Safety in Medicine

2026, Vol. 0(0) 1–14

© The Author(s) 2026

Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/09246479261426743

journals.sagepub.com/home/jrk

MaryAnn Liebert

A Part of Sage



Le spiegazioni invocate per l'eccesso di mortalità In Australia dal 2021, e soprattutto nel 2022, con persistenza nel 2023 sono essenzialmente tre:

1. la COVID-19 e sue complicità
2. effetti del **lockdown** (salute mentale, salute fisica, mancato accesso ad assistenza sanitaria salvavita...)
3. si inizia a pensare anche a **effetti delle vaccinazioni**...

L'Australia, con il suo isolamento geografico, costituisce un esperimento naturale, perché 4 delle 8 regioni non hanno avuto esposizione di massa alla COVID-19, e poco/pochissimo lockdown, ma un eccesso di mortalità e vaccinazioni quasi universali.

Ciò consente di scartare ragionevolmente le spiegazioni 1 e 2.

The causes of Australian excess deaths in 2021, and beyond: An ecological study considering COVID-19, the lockdowns, and the vaccines

Raphael Lataster¹

International Journal of Risk & Safety in Medicine

2026, Vol. 0(0) 1–14

© The Author(s) 2026

Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/09246479261426743

journals.sagepub.com/home/jrk

MaryAnn Liebert

A Part of Sage



Excess mortality by year, Australia, 2020-23

	2020	2021	2022	2023
Expected	170,046	169,048	170,933	173,121
Observed	164,805	171,823	190,955	181,865
Excess	-5,241	2,775	20,022	8,744
% Excess	-3.1	1.6	11.7	5.1
Reported deaths from or with COVID-19	916	1,448	13,317	5,952

Figure 1. Source: Australian Bureau of Statistics.

- Morti COVID-19: pochissimi nel 2020-2021
- Lockdown: due, brevi e limitati, 11 giorni in tutto
- Vaccinati ≥ 16 anni entro 2021: **90,8%**



Excess mortality by year, Queensland, 2020-23

	2020	2021	2022	2023
Expected	33,794	33,964	34,789	35,604
Observed	32,330	34,325	38,492	37,257
Excess	-1,464	361	3,703	1,653
% Excess	-4.3	1.1	10.6	4.6
Reported deaths from or with COVID-19	4	4	2,345	1,118

Source: Australian Bureau of Statistics.

- Morti COVID-19: pochissimi nel 2020-2021
- Lockdown: tre, brevi, 12 giorni in tutto, ma esentati se per motivi medici
- Vaccinati ≥ 16 anni entro 2021: **92,1%**



Excess mortality by year, Western Australia, 2020-23

	2020	2021	2022	2023
Expected	15,891	15,925	16,264	16,602
Observed	15,276	16,065	17,425	17,465
Excess	-615	140	1,161	863
% Excess	-3.9	0.9	7.1	5.2
Reported deaths from or with COVID-19	11	0	971	634

Source: Australian Bureau of Statistics.

- Morti COVID-19: pochissimi nel 2020-2021
- Lockdown: due, brevi, 10 giorni in tutto, ma servizi sanitari aperti
- Vaccinati ≥ 16 anni entro 2021: **92,5%**



Excess mortality by year, South Australia, 2020-23

	2020	2021	2022	2023
Expected	14,417	14,338	14,475	14,611
Observed	13,964	14,406	15,918	15,306
Excess	-453	68	1,443	695
% Excess	-3.1	0.5	10.0	4.8
Reported deaths from or with COVID-19	4	4	1,062	478

Source: Australian Bureau of Statistics.

- Morti COVID-19: nessuno nel 2020, 2 nel 2021
- Lockdown: brevi, ma servizi sanitari aperti
- Vaccinati ≥ 16 anni entro 2021: **89,3%**



Excess mortality by year, Northern Territory, 2020-23

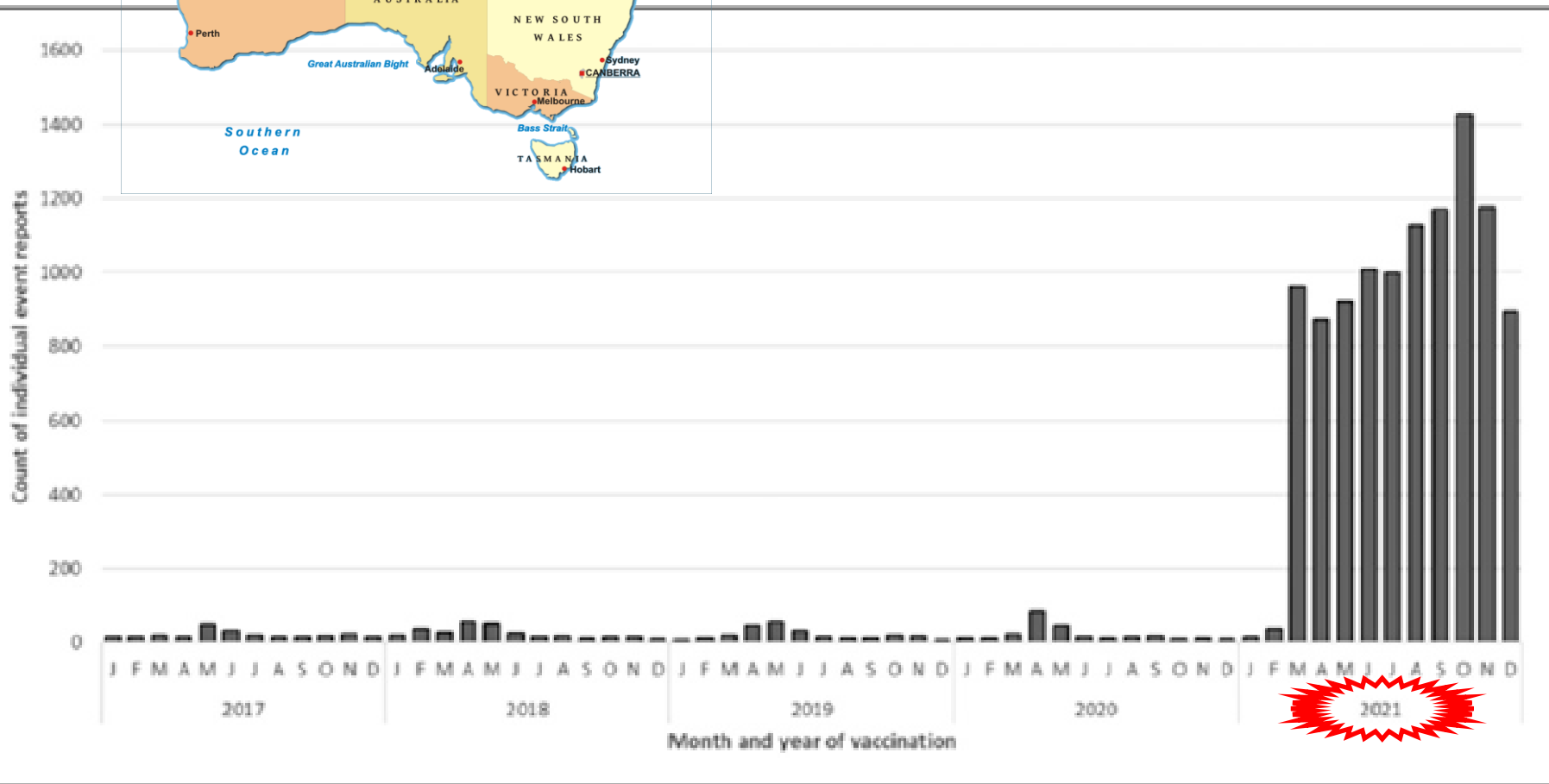
	2020	2021	2022	2023
Expected	1,143	1,124	1,128	1,146
Observed	1,162	1,200	1,347	1,134
Excess	19	76	219	-12
% Excess	1.7	6.8	19.4	-1.0
Reported deaths from or with COVID-19	0	2	92	25

Source: Australian Bureau of Statistics.



- 48% di eventi avversi **Dipartim. emergenza**
- 9% di eventi avversi **ospedalizzati**

Eventi avversi post-vaccinazione

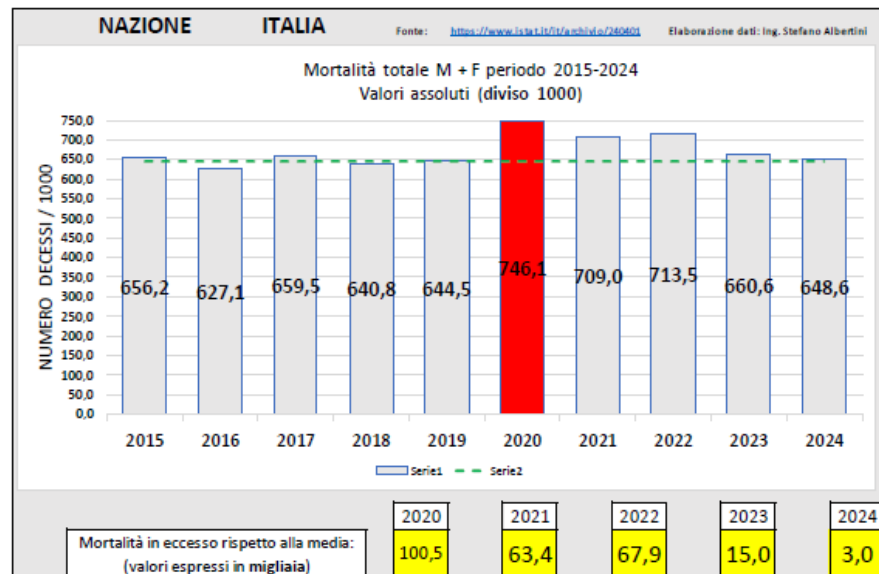


Source: Western Australia's Department of Health.

Elaborazione e presentazione immagini: Ing. Stefano Albertini, analista indipendente



BILANCIO PANDEMIA CON DATI "PROVVISORI" ISTAT



Morti in eccesso rispetto alla media:

2020 ≈ 100.000

2021 ≈ 63.000

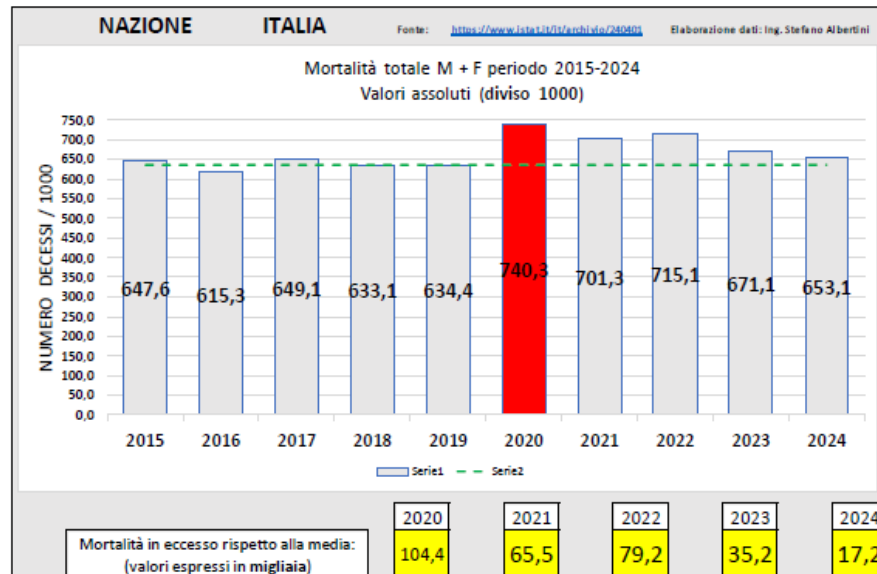
2022 ≈ 68.000

2023 ≈ 15.000

2024 ≈ 3.000

TOT ≈ 250.000

BILANCIO PANDEMIA CON DATI "DEFINITIVI" ISTAT



Morti in eccesso rispetto alla media:

2020 ≈ 105.000

2021 ≈ 65.000

2022 ≈ 80.000

2023 ≈ 35.000

2024 ≈ 17.000

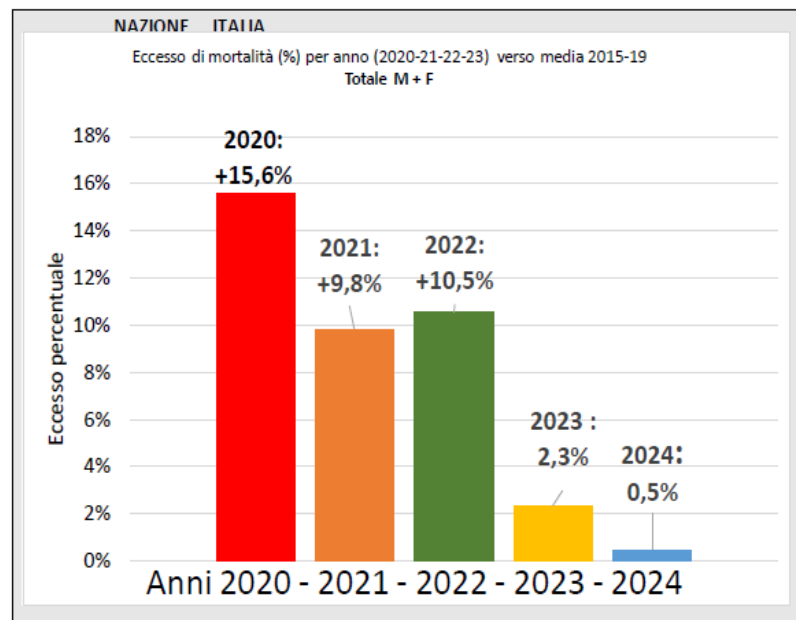
TOT ≈ 300.000

**Aumento generale
di 50.000 morti
nel 2020-2024,
in particolare 2022**

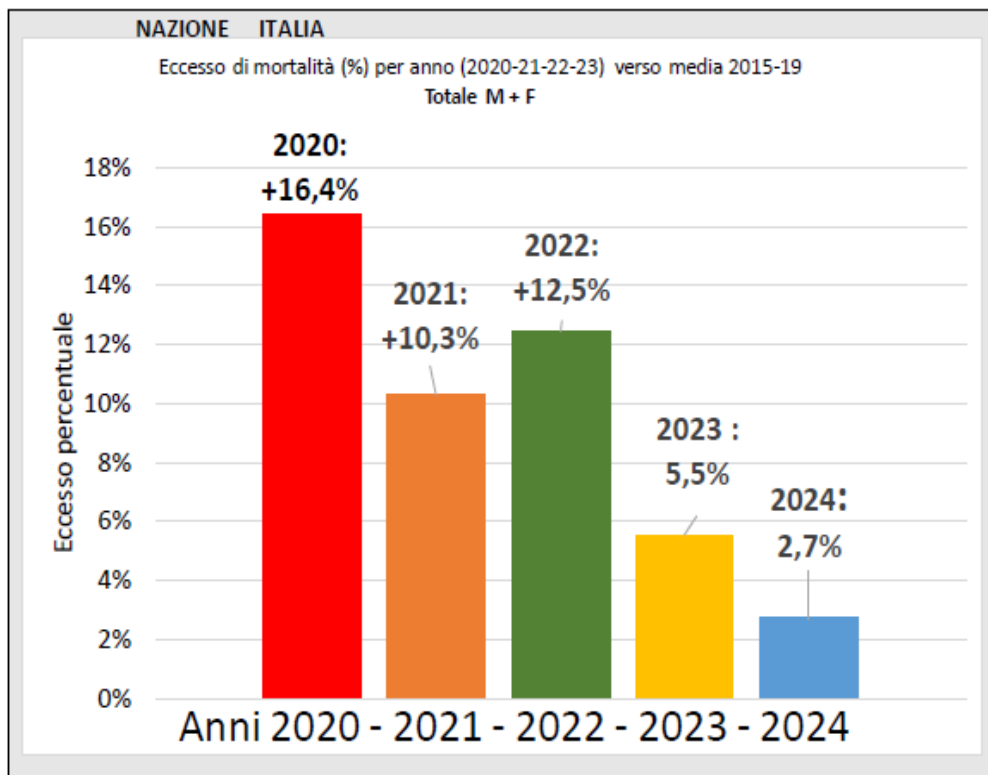
*Elaborazione e presentazione immagini:
Ing. Stefano Albertini, analista indipendente*

Aumenti percentuali mortalità vs media 2015-19

ECCESSO DI MORTALITA' ASSOLUTA CON DATI "PROVVISORI" ISTAT

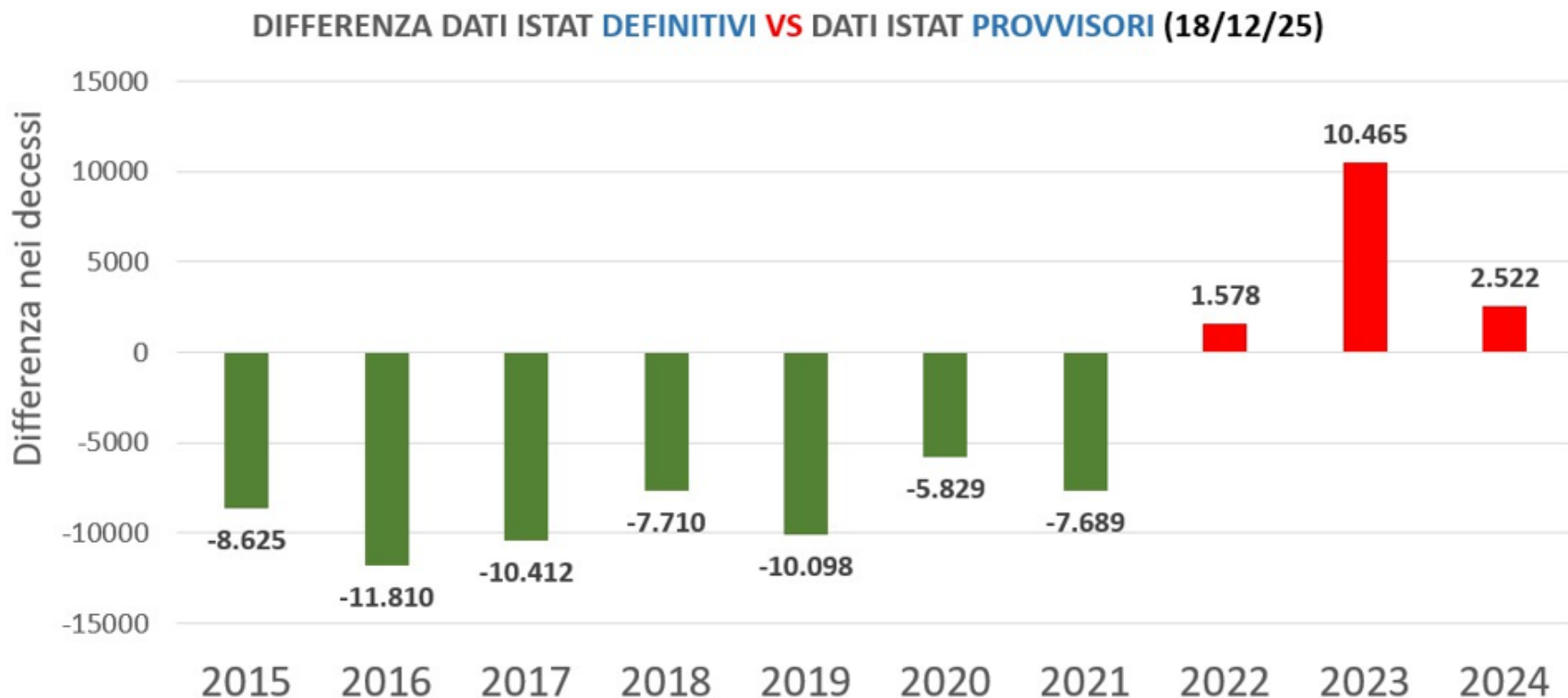


ECCESSO DI MORTALITA' ASSOLUTA CON DATI "DEFINITIVI" ISTAT



ANNO	PROVVISORI	DEFINITIVI	DIFFERENZA
2015	656.196	647.571	-8625
2016	627.071	615.261	-11810
2017	659.473	649.061	-10412
2018	640.843	633.133	-7710
2019	644.515	634.417	-10098
2020	746.146	740.317	-5829
2021	709.035	701.346	-7689
2022	713.499	715.077	1578
2023	660.600	671.065	10465
2024	650.587	653.109	2522

*Elaborazione e presentazione immagini:
Ing. Stefano Albertini, analista indipendente*

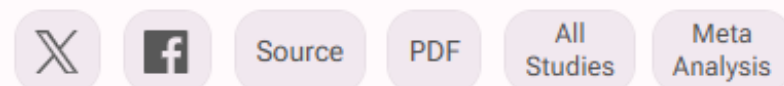


Criteri di massima di selezione di prodotti e principi attivi utili specie in COVID lieve e moderata:



Therapeutic effects of high-dose vitamin C supplementation in patients with COVID-19: a meta-analysis

Sun et al., Nutrition Reviews, doi:10.1093/nutrit/nuad105, Sep 2023



Meta analysis of 14 studies showing lower COVID-19 progression with high-dose vitamin C treatment.

7 meta-analyses show significant improvements with vitamin C for mortality¹⁻⁵, progression⁶, severity^{1,5}, and cases⁷.

Currently there are 74 vitamin C for COVID-19 studies, showing 18% lower mortality [9-27%], 9% lower ventilation [-12-27%], 14% lower ICU admission [2-24%], 19% lower hospitalization [7-30%], and 3% fewer cases [-16-19%].

Important missing comments or errors? Let us know.

risk of progression, **65.6% lower**, OR 0.34, $p = 0.03$, RR approximated with OR.

Effect extraction follows pre-specified rules prioritizing more serious outcomes. Submit updates

Ma: combinano RCT e studi retrospettivi, non usano il GRADE, la conclusione 'ridotto aggravamento' si basa su 1 solo retrospettivo significativo, e il dato sulla mortalità totale è a sfavore di Vit. C...

Vitamin C for COVID-19 Sun et al. META ANALYSIS



Sun et al., Nutrition Reviews, September 2023

c19early.org

Vitamin C for COVID-19

6th treatment shown to reduce risk in September 2020, now with $p = 0.000000068$ from 74 studies, recognized in 22 countries.

Lower risk for mortality, ICU, hospitalization, and recovery.

No treatment is 100% effective. Protocols combine treatments.
6,400+ STUDIES FOR 210+ TREATMENTS. C19EARLY.ORG

Therapeutic effects of high-dose vitamin C supplementation in patients with COVID-19: a meta-analysis

Lei Sun ¹, Jia-Hao Zhao¹, Wen-Yi Fan¹, Bo Feng¹, Wen-Wen Liu¹, Rui-Qin Chen², Chuang Ban¹, Ao-Gui Dang¹, Miao Wang¹, Kang-Ting Luo¹, Guo-Yu Zhou¹, Fang-Fang Yu^{1,*}, and Yue Ba ¹

¹Department of Environmental Health, School of Public Health, Zhengzhou University, Environment and Health Innovation Team, ****

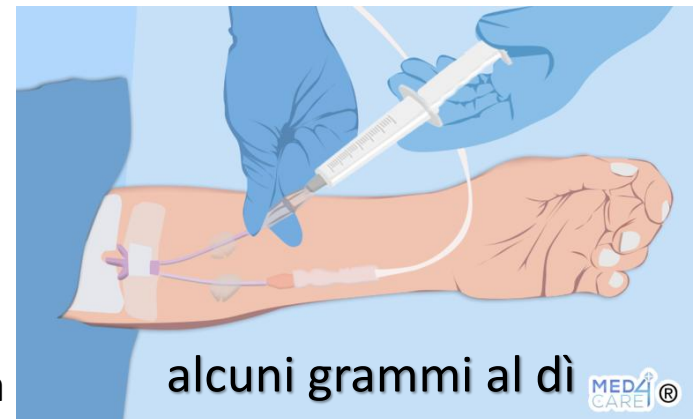
«**Analisi dei dati:** I 14 studi hanno coinvolto un totale di 751 pazienti e 1583 controlli in 7 studi randomizzati controllati (1 a basso rischio, 6 ad alto rischio di bias) e 7 studi retrospettivi di buona qualità.

L'integrazione di vitamina C (e.v., ma in 2 casi orale, 50 mg/kg o più al dì) ha aumentato in modo significativo la ferritina e i livelli di conta linfocitaria nei pazienti con COVID-19.

I pazienti a cui è stata somministrata vitamina C per tutta la durata della degenza in terapia intensiva hanno avuto benefici.

L'assunzione di **vitamina C allevia notevolmente l'aggravamento** della malattia.

Conclusioni. L'integrazione di vitamina C ad alto dosaggio **può alleviare la risposta infiammatoria e ostacolare l'aggravamento della COVID-19.**»



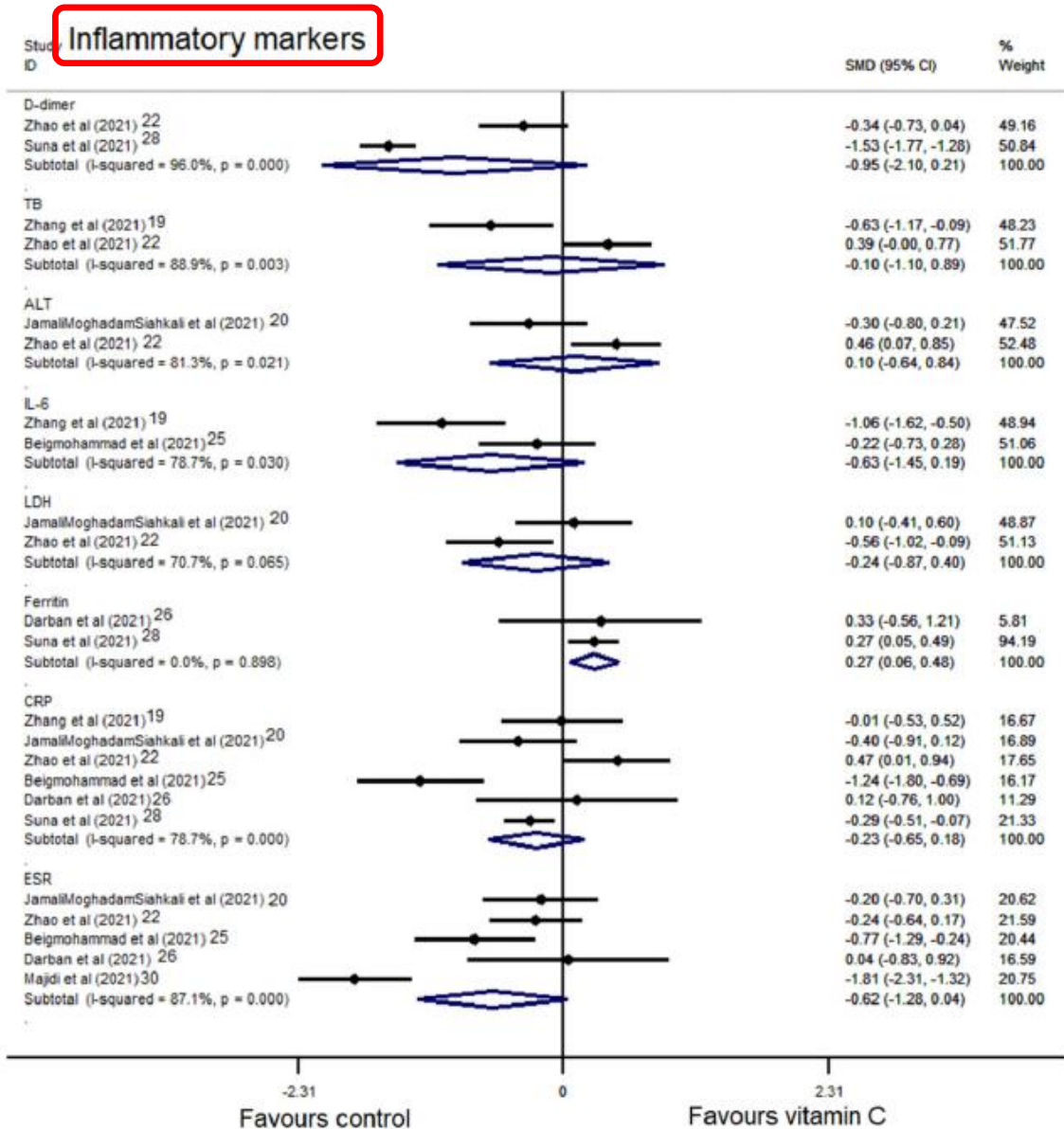


Figure 2 Meta-analysis of inflammatory markers between the high-dose vitamin C group and the control group. Abbreviations: ALT, alanine aminotransferase; CI, confidence interval; CRP, C-reactive protein; ESR, erythrocyte sedimentation rate; SMD, standardized mean difference; TB, total bilirubin.

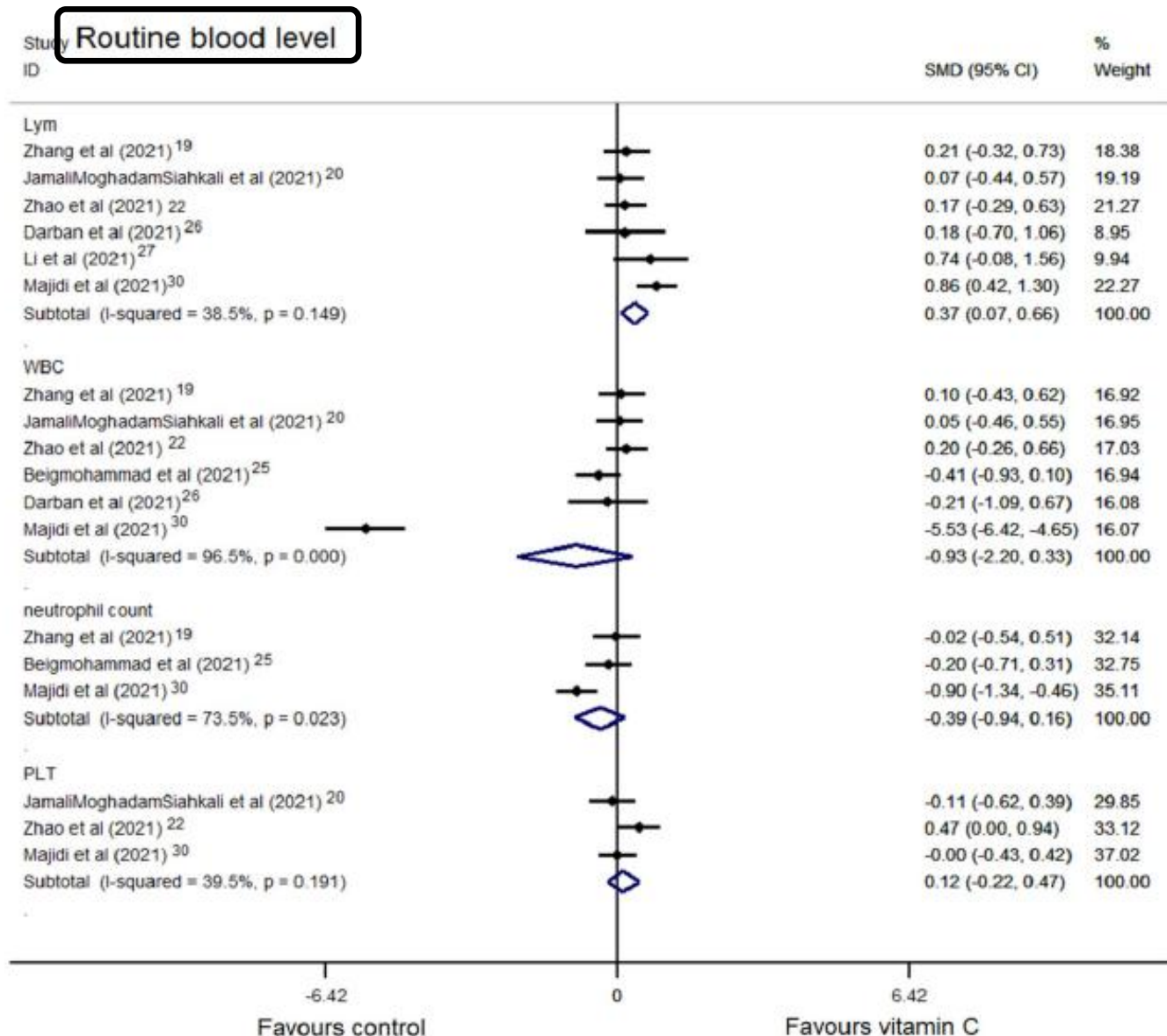
Be', per i **marker infiammatori**

- D-dimero
- Bilirubina totale
- Il-6
- LDH
- CRP
- VRS

sono **in tendenza meglio con gruppi di controllo**

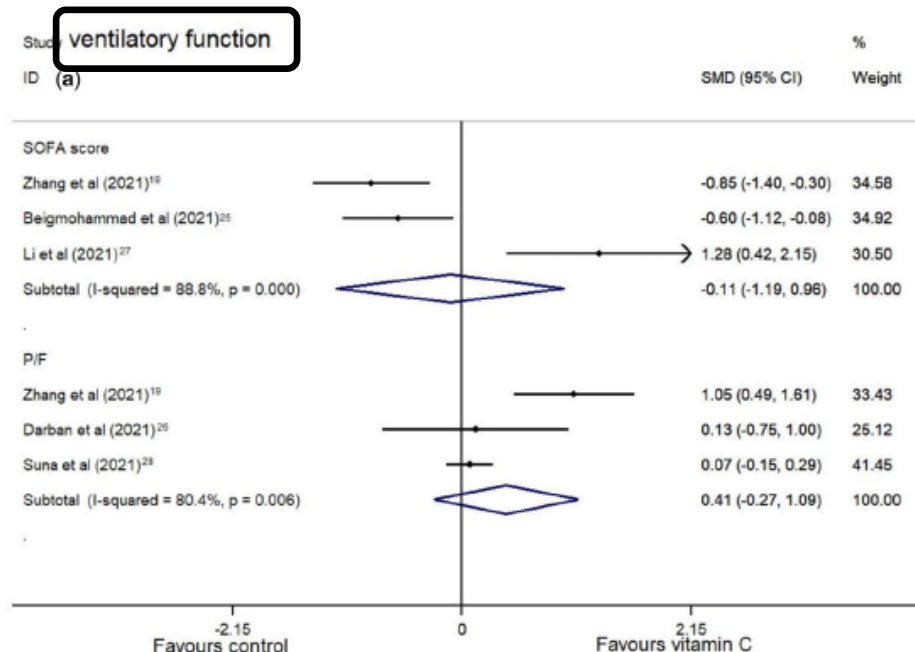
Solo

- ALT in tendenza, e
 - ferritina (signific.)
- sono andati meglio con Vit. C...



Per gli **esami del sangue di routine** il risultato è misto, benché solo per i linfociti con Vit. C vi sia miglioramento piccolo ma significativo

Figure 3 Meta-analysis of routine blood levels between the high-dose vitamin C group and the control group. Abbreviations: CI, confidence interval; Lym, lymphocytes; PLT, platelets; SMD, standardized mean difference; WBC, white blood cells.



Per la **funzione ventilatoria** il risultato è misto,

Per l'incidenza di **ventilazione meccanica** la **tendenza è a favore dei gruppi di controllo**

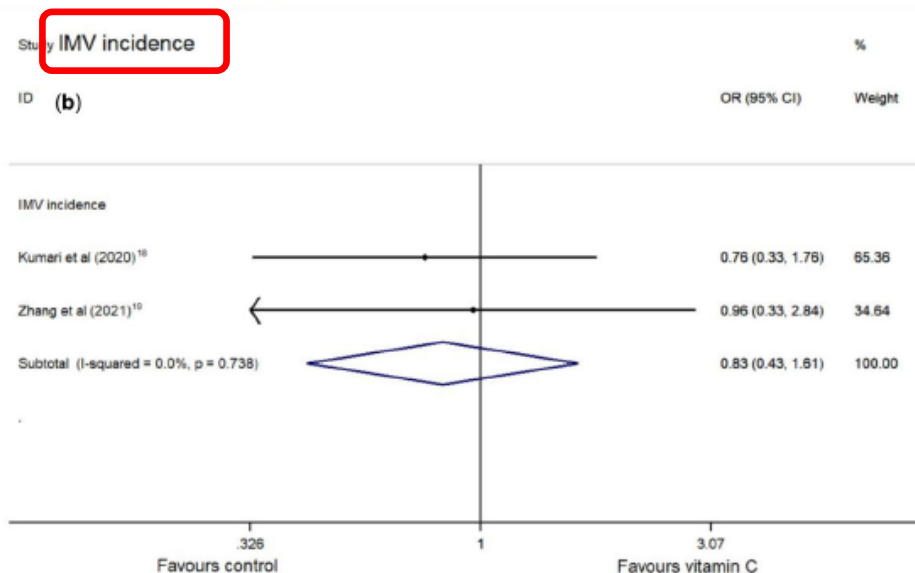
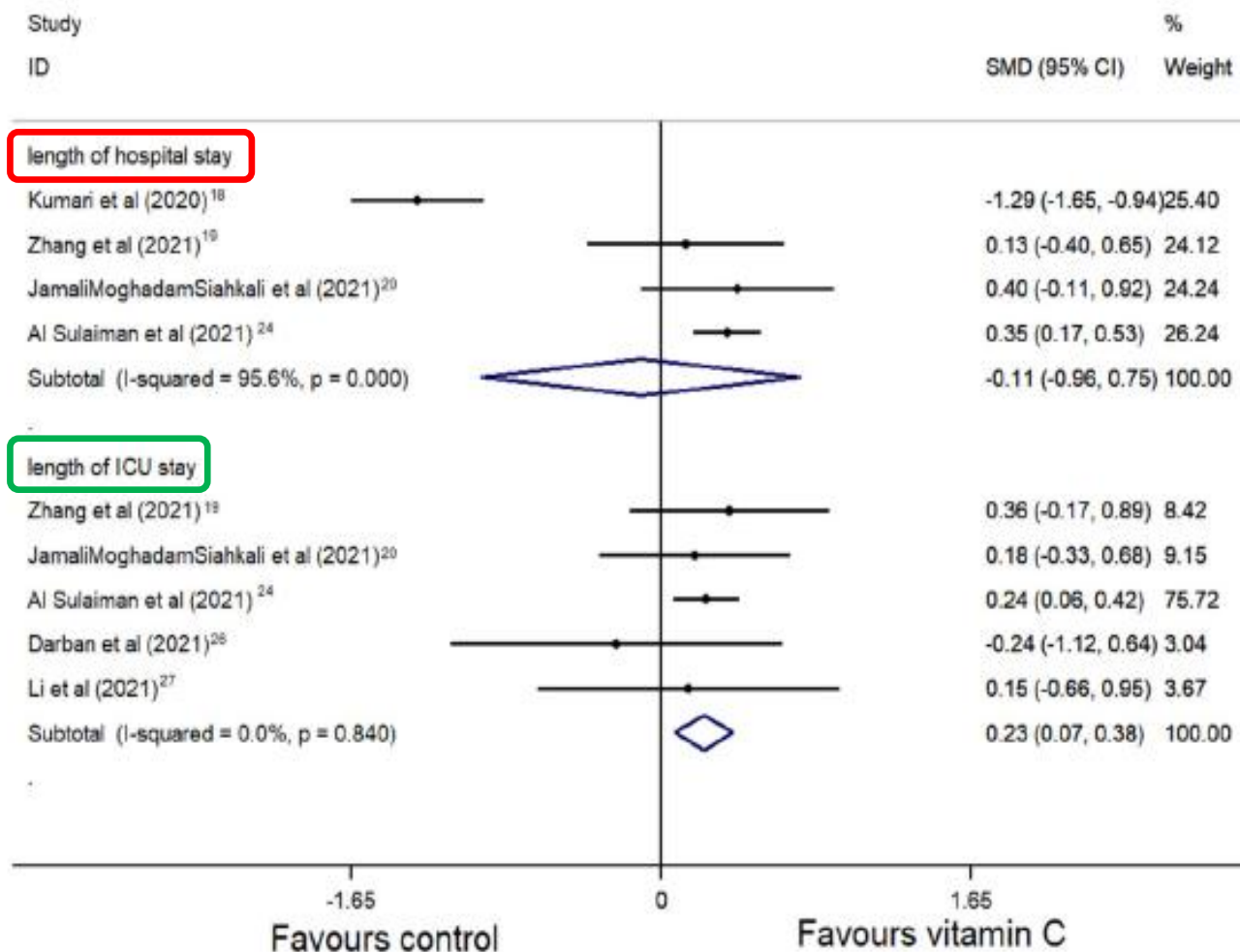


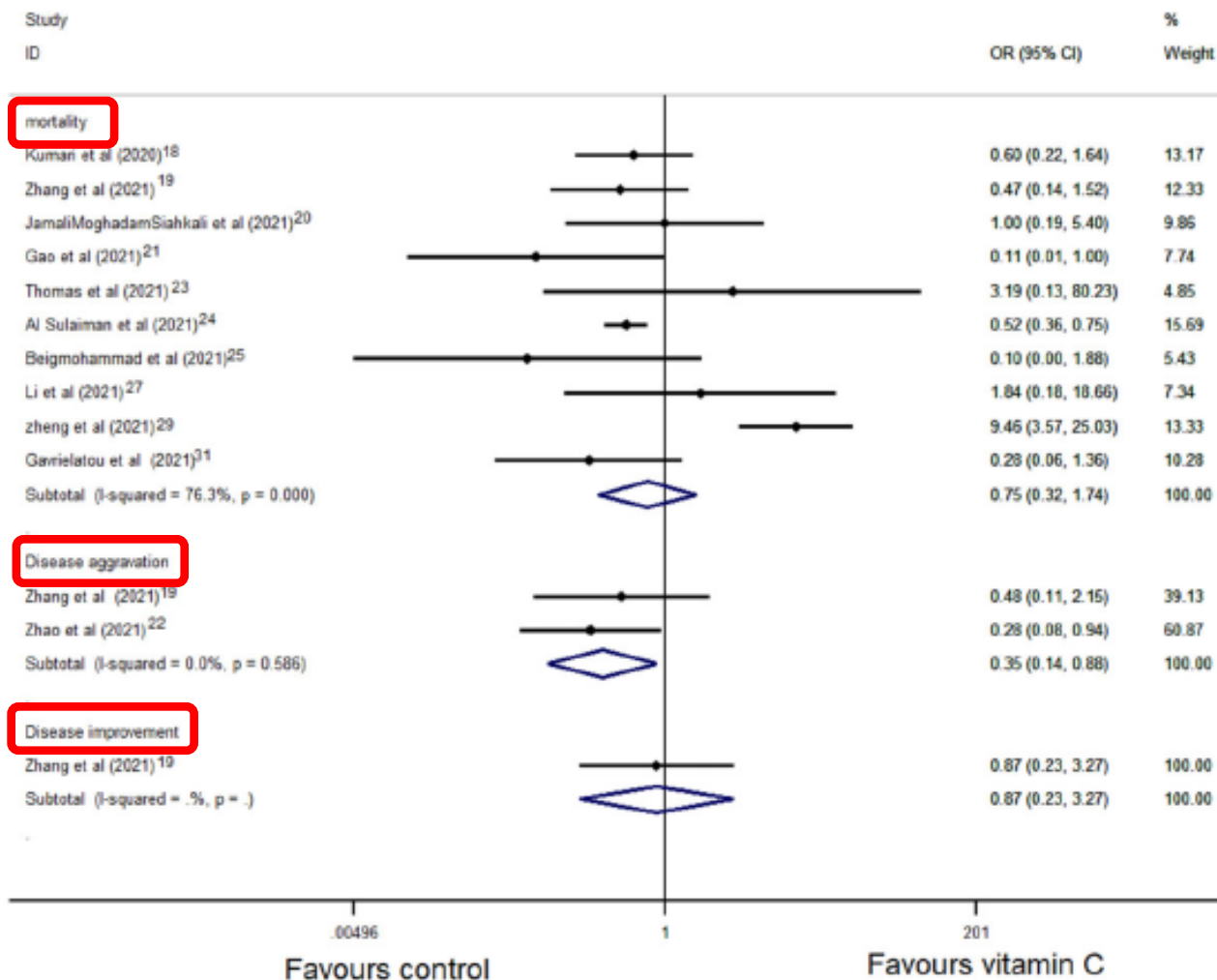
Figure 4 Meta-analysis of ventilatory function (a) and invasive mechanical ventilation (IMV) incidence (b) between the high-dose vitamin C group and the control group. Abbreviations: CI, confidence interval; OR, odds ratio; P/F, PaO₂-to-FiO₂ ratio; SMD, standardized mean difference; SOFA, Sequential Organ Failure Assessment.



Per la **durata del ricovero ospedaliero** la **tendenza è a favore dei gruppi di controllo**

Per la **durata del ricovero in terapia intensiva** la **Vit. C ha fatto meglio** in misura significativa

Figure 5 **Meta-analysis of length of hospital stay and intensive care unit (ICU) stay between the high-dose vitamin C group and the control group.** Abbreviations: CI, confidence interval; OR, odds ratio.



Per la **mortalità** la **tendenza è a favore dei gruppi di controllo**

Per l'**aggravamento** i gruppi di controllo hanno fatto meglio in misura significativa

Per il **miglioramento** la **tendenza favorisce i gruppi di controllo**



Figure 6 Meta-analysis on the difference in mortality, disease severity, and disease improvement between the high-dose vitamin C group and the control group. Abbreviations: CI, confidence interval; SMD, standardized mean difference.

Tirando le somme, non è affatto scontato che alte dosi di Vit. C facciano il mio miglior interesse. Non sarebbe meglio informare e far decidere a me o ai miei cari? Comunque, **l'Abstract ha conclusioni squilibrate.**



COMPREHENSIVE REVIEWS



Vitamin C intake and multiple health outcomes: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses

Kedi Xu^{a,b,c,*}, Rui Peng^{d*}, Yuanlin Zou^{a,b,c}, Xiaoru Jiang^{a,b,c}, Qiuyu Sun^{a,b,c} and Chunhua Song^{a,b,c} 

**Ma chi legge l'abstract,
capisce solo che la Vit. C
fa quasi solo bene...!
Nei RCT c'è altra storia!**

«Si sono identificate 76 metanalisi di RCT e studi osservazionali con 63 esiti sanitari.

L'analisi dose-risposta ha mostrato che l'assunzione di vit. C (**ndr:** quasi solo da dieta negli studi osservazionali; ma non negli RCT, che usano solo supplementi!) era associata a riduzione del rischio di mortalità per tutte le cause, malattie CV, cancro esofageo, gastrico, cervicale e polmonare con un incremento di 50-100 mg al giorno (**ndr:** dosi basse...).

Si sono anche identificate associazioni benefiche per esiti respiratori, neurologici, oftalmologici, muscoloscheletrici, renali e dentali.

Si sono riscontrate associazioni dannose per **cancro al seno** e **calcoli renali** per l'assunzione di **integratori** di vitamina C.

I benefici dell'assunzione di vitamina C superano gli svantaggi per una serie di esiti sanitari. La raccomandazione di **integratori** (**ndr:** cioè non da dieta) di vit. C, però, dev'essere cauta. Sono necessari ulteriori studi prospettici e RCT ben progettati.»

Table 4. Associations between vitamin C supplementation and mortality, cardiovascular, cancer and other outcomes in randomised controlled trials.

Outcome	Category	Author	No. of cases/total	MA metric	Estimates	95%CI	No. of studies in MA	Effects model	I ² (%)	Egger test p-value
Mortality										
All-cause mortality	Supplementation	Bjelakovic et al. (2008)	1264/2523	RR ^a	0.97	0.77–1.23	2	Random	0	NA
All-cause mortality	Supplementation	Fortmann et al. (2013)	7459/14,901	RR	1.06	0.97–1.16	2	Fix	NA	NA
All-cause mortality	Supplementation	Jenkins et al. (2021)	1819/16,004	RR	1.02	0.94–1.11	4	Random	0	NA
Cancer mortality	Supplementation	Cortés-Jofré et al. (2020)	7497/14,953	RR ^a	1.11	0.93–1.34	2	Random	27.0	NA
CVD mortality	Supplementation	Jenkins et al. (2021)	647/15,757	RR	1.07	0.92–1.25	3	Random	0	NA
Cardiovascular outcomes										
Stroke	Supplementation	Jenkins et al. (2021)	525/15,497	RR	0.92	0.78–1.09	2	Random	0	NA
CVD	Supplementation	Jenkins et al. (2021)	1460/15,757	RR	0.99	0.90–1.09	3	Random	0	NA
Myocardial infarction	Supplementation	Jenkins et al. (2021)	545/15,497	RR	0.96	0.81–1.14	2	Random	6.0	NA
Cancer outcomes										
Total cancer	Supplementation	Cortés-Jofré et al. (2020)	7497/14,953	RR ^a	1.03	0.94–1.13	2	Random	35.0	NA
Prostate cancer	Supplementation	Jiang et al. (2010)	22,409/44,002	RR ^a	0.98	0.91–1.06	2	Random	0	NA
Lung cancer	Supplementation	Cortés-Jofré et al. (2020)	7497/14,953	RR ^a	1.29	0.67–2.49	2	Random	78.0	NA
Other outcomes										
ARIs	Supplementation	Abioye et al. (2021)	NA/11,605	RR	0.96	0.93–0.99	24	Random	0	NA
Pneumonia	Supplementation	Padhani et al. (2020)	363/736	RR ^a	0.46	0.06–3.61	2	Random	75.0	NA
URTI	Supplementation	Vorilhon et al. (2019)	1405/2820	OR ^a	0.75	0.54–1.03	7	Random	74.1	0.56
Total foetal loss	Supplementation	Balogun et al. (2016)	119/224	RR ^b	1.28	0.58–2.83	2	Fix	0	NA
Early or late miscarriage	Supplementation	Balogun et al. (2016)	119/224	RR ^b	1.17	0.52–2.65	2	Fix	0	NA

MA: meta-analysis; CI: confidence interval; RR: relative risk; NA: not available; CVD: cardiovascular disease; ARIs: acute respiratory tract infections; URTI: upper respiratory tract infection; OR: odds ratio.

^aVitamin C versus placebo.

^bVitamin C versus no supplement/placebo.

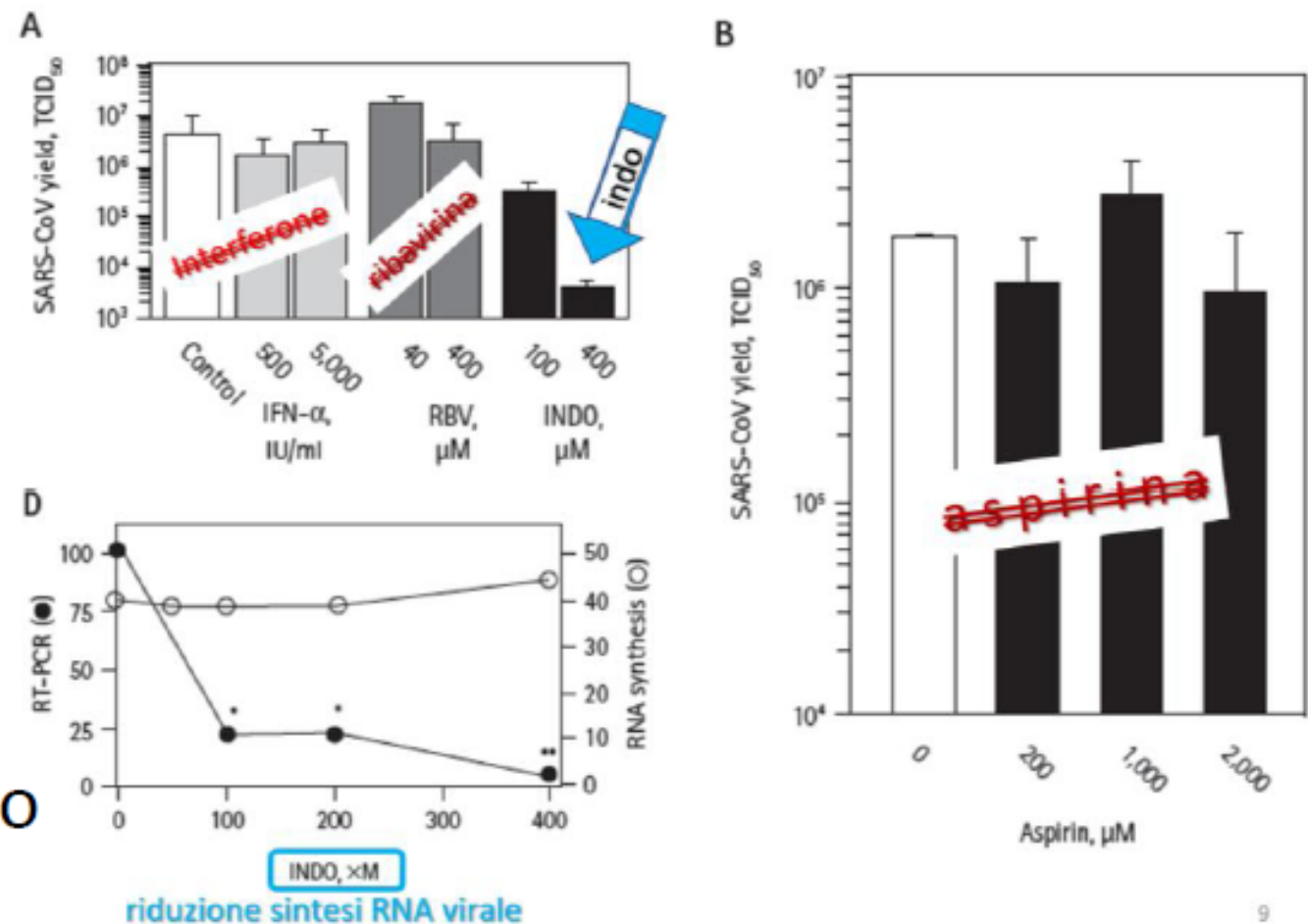
Ma... i dati di mortalità tendono quasi tutti a peggiorare...
Le conclusioni dell'Umbrella Review sono **squilibrare!**

E l'aspirina?

Indomethacin has a potent antiviral activity against SARS coronavirus 2006;11(8):1021-30.

Carla Amici¹, Antonino Di Caro², Alessandra Ciucci¹, Lucia Chiappa¹, Concetta Castillett², Vito Martella³, Nicola Decaro³, Canio Buonavoglia³, Maria R Capobianchi² and M Gabriella Santoro^{1*}

Figure 5. INDO inhibits SARS-CoV RNA expression



doi: 10.3389/fimmu.2025.1706997), ha esaminato l'effetto dell'aspirina (ASA) sulla spike, mostrando che a concentrazioni paragonabili a quelle che si raggiungono nell'uomo **l'ASA** induce modificazioni

strutturali sulla spike di SARS-CoV-2, **limitandone la capacità di legarsi al recettore ACE2 sulle cellule epiteliali, sia in coltura, sia in modelli su topi transgenici.**

E conclude che i FANS andrebbero assunti nelle prime fasi dell'infezione da SARS-CoV-2. Ma nella bibliografia che gli stessi autori citano (es. Bassetti M,... Scaglione F. NSAIDs for early management of acute respiratory infections.

Current Opinion in Infectious Diseases [37\(4\):p 304-311, August 2024](#)), si ripete ritualmente

che "**Inflammation is the initial body's physiological response to tissue damage caused by infection**"

Revisioni sistematiche e metanalisi di RCT in doppio cieco



Nel diagramma a piramide la letteratura di minor validità clinica è alla base e quella di maggior validità è al vertice

6 aspirin COVID-19 RCT mortality results

c19early.org
January 2026

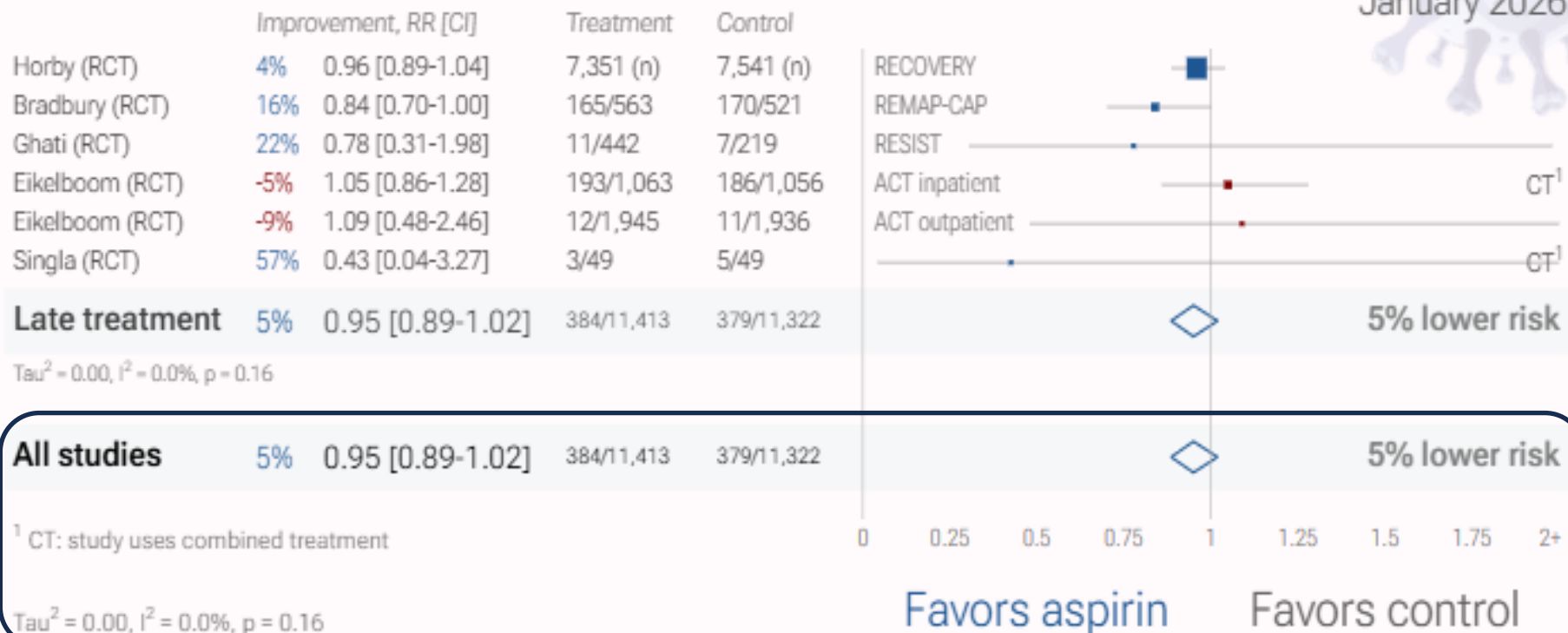


Fig. 17. Random effects meta-analysis for RCT mortality results.

7 aspirin COVID-19 Randomized Controlled Trials

c19early.org
January 2026



Fig. 16. Random effects meta-analysis for all Randomized Controlled Trials. This plot shows pooled effects, see the specific outcome analyses for individual outcomes. Analysis validating pooled outcomes for COVID-19 can be found below. Effect extraction is pre-specified, using the most serious outcome reported. For details see the appendix.



ESC

European Society
of CardiologyEuropean Heart Journal (2025) 46, 4410–4422
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf514>

CLINICAL RESEARCH

Clinical trials

Aspirin, cardiovascular events, and major bleeding in older adults: extended follow-up of the ASPREE trial

Rory Wolfe ^{1,*}, Jonathan C. Broder ¹, Zhen Zhou ¹, Anne M. Murray ^{2,3},

Research question

Older adults,
no CVD event history

Aspirin for 5 years



Risks



Benefits

Another 5 years afterwards



Risks



Benefits

Effetti tot. a lungo
termine (10 aa.)**Mortalità totale 1,14 (1,01-1,29)****1,02 (0,93-1,13)****1,06 (0,99-1,14)**

Results

Adults >70 y in Australia,
>65 y in US

N = 19 114; median 4.7 y

ASPREE trial



MACE 11% decreased



Bleeding 38% increased

N = 15 668; median 4.3 y

New extended follow-up



MACE 17% increased



Bleeding 8% increased

N = 19 114; median 8.3 y



MACE 4% increased



Bleeding 24% increased

Effects of aspirin on cardiovascular events and major haemorrhage in ASPREE extended follow-up. CVD, cardiovascular disease; MACE, major adverse cardiovascular events; ASPREE, ASpirin in Reducing Events in the Elderly.

Phase II Trial of the Impact 0.5% Povidone-Iodine Nasal Spray (Nasodine®) on Shedding of SARS-CoV-2

Peter L. Friedland, MD ; Simon Tucker, PhD

Studio clinico di fase II multicentrico, randomizzato, doppio cieco, controllato con placebo, su 39 adulti con sintomi precoci di COVID.

Con tamponi nasali basali si è quantificata la carica virale nasale Di SARS-CoV-2 prima, e durante/dopo il trattamento con Nasodine (iodopovidone 0,5%) otto volte al giorno (**ogni 2 ore circa**) per 3 giorni. Si è valutato l'impatto sulla carica virale nasale **in coltura quantitativa**.

Risultati: I trattati con Nasodine hanno mostrato una **riduzione significativa della carica virale nei giorni 2-4** rispetto ai trattati con placebo ($p = 0,028$), con **clearance completa (100%) del virus a livello nasale e faringeo** entro il giorno 5. Migliorati 8 sintomi su 10 (solo tosse no), ma non significatività statistica per piccoli numeri.

Conclusione: 20 dosi di spray nasale Nasodine®, somministrate **in 2,5 giorni**, hanno ridotto in modo significativo i titoli di virus SARS-CoV-2 vitale nelle vie nasali di soggetti con COVID-19 lieve. È il primo studio a dimostrare l'efficacia di una formulazione intranasale ben tollerata di iodopovidone sulla diffusione virale in pazienti COVID-19. Ciò **può ridurre la trasmissione** ad altri, **anche per altri patogeni**.



L'ondata di Omicron è stata lieve, e gli infettati (probabilmente già guariti da altre varianti) anche nel gruppo placebo si sono bonificati quasi tutti in 5 giorni.

Ma **con iodopovidone già in 4^a giornata c'era clearance totale**, mentre **con placebo oltre il 30% continuava a eliminare virus vitali, capaci di contagiare**.

Costa solo pochi €: è forse il limite per farlo riconoscere come **'antimicrobico universale'**? Dopo il **'vaccino nasale universale'** annunciato con enfasi da *La Repubblica*?

www.repubblica.it/salute/dossier/vaccini/2026/02/26/news/vaccino-nasale-universale-studio-stanford-425185567/

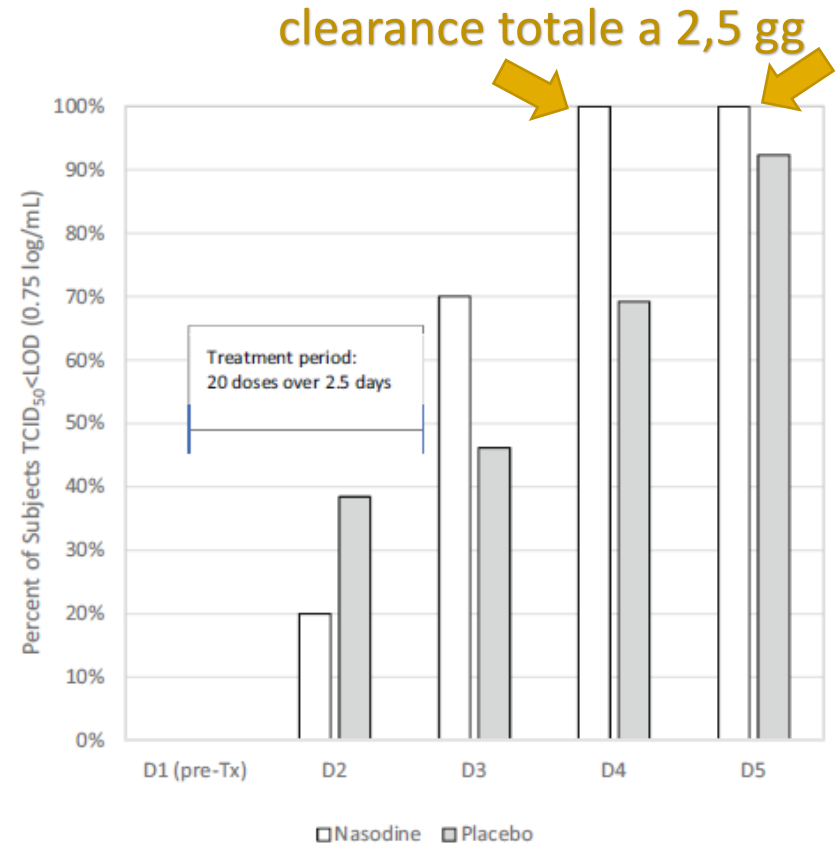
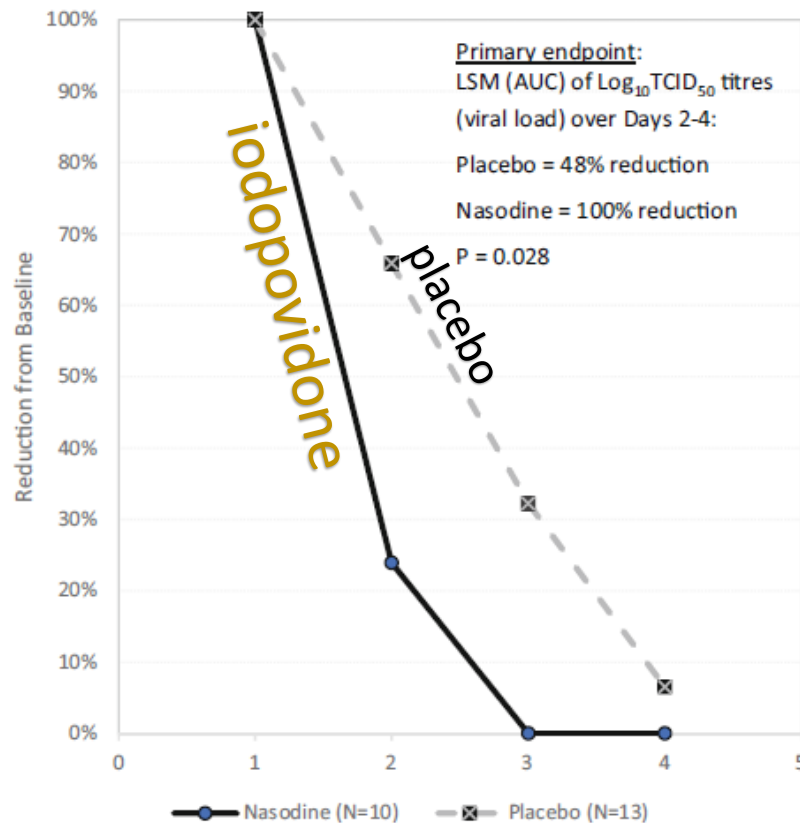
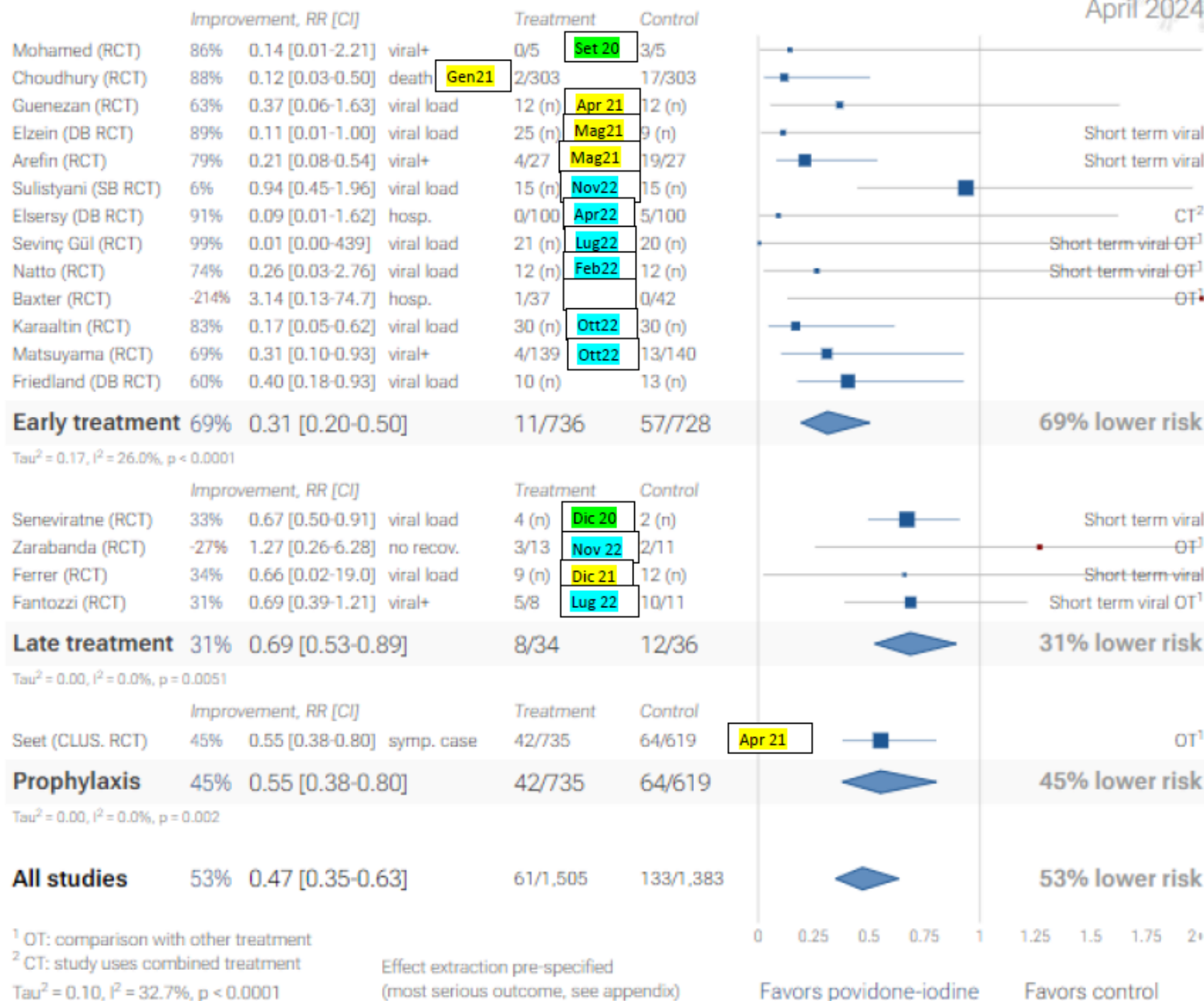


Fig. 1. Impact upon titers of viable virus and viral clearance. (A) Reduction in viable viral titres (% of baseline, TCID₅₀/mL) from mid-turbinate swabs collected over Days 1 through 4. (B) Apparent clearance of viable virus (% of TCID₅₀ titres at or below the limit of detection) over Days 1 through 5 (mid-turbinate swabs d1-4 and mid-turbinate plus throat swab d5). [Color figure can be viewed in the online issue, which is available at www.laryngoscope.com.]

18 povidone-iodine COVID-19 Randomized Controlled Trials

c19early.org

April 2024



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

2020

2021

2022

No colore in anni successivi.

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

2 povidone-iodine COVID-19 mortality results

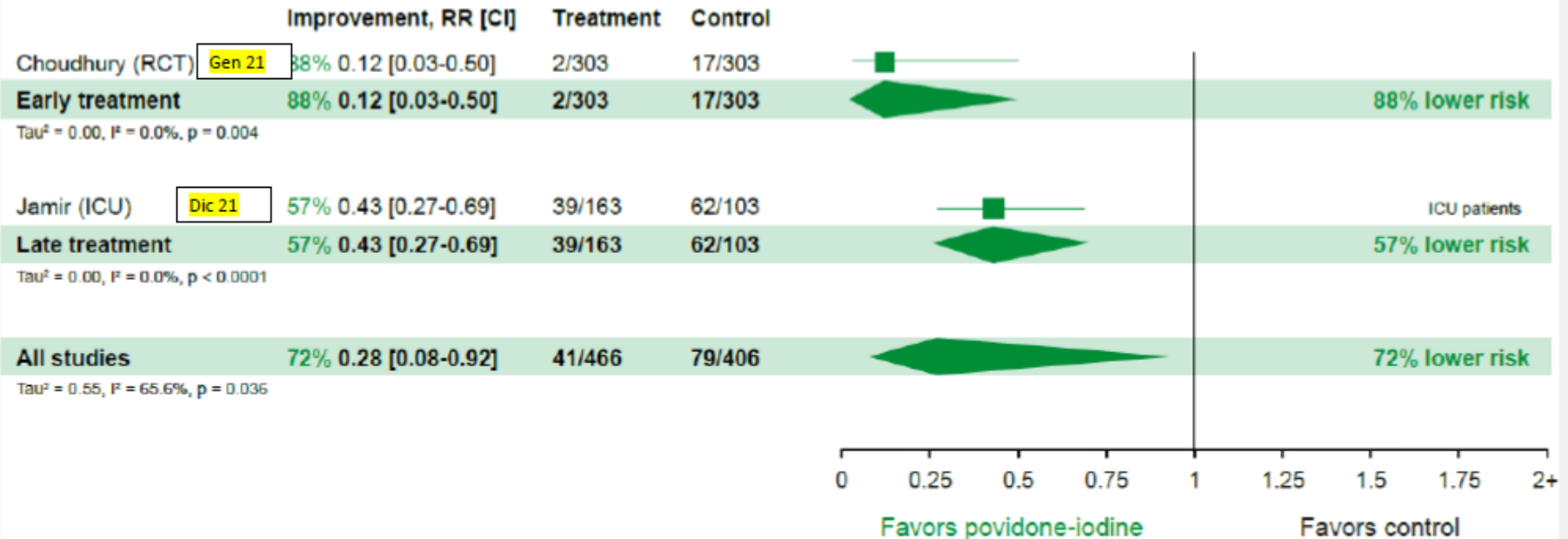


Figure 7 - Random effects meta-analysis for RCTs with mortality results about povidone-iodine in COVID-19 [100-101].

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

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