

Il programma dell'OMS. Democrazia in pericolo? (Belluno 23-3-2024)



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, finora negato, ...

Trascrizione risposta Ministro Schillaci a interrogazione parlamentare

<https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=9anJCWhtKn8>



"Avrei voluto parlare di un documento ufficiale e non di bozze, ma per rispetto delle istituzioni, **mi trovo a rispondere a frasi estrapolate da una bozza che è in continua evoluzione**".

L'obiettivo principale di questo Piano strategico, "è quello di **proteggere la salute e la sicurezza della popolazione garantendo il più possibile l'accesso**

alle cure mediche durante una improvvisa pandemia". La bozza è in discussione presso la conferenza permanente dei rapporti tra stato e regioni e province autonome di Trento e Bolzano.

È stata predisposta da un **gruppo di lavoro** che ha incluso **rappresentanti delle Regioni** e province autonome, **Iss, Aifa, Agenas, Inail**, dipartimento della **Protezione Civile**, **Ispettorato Generale della Sanità Militare (Igesan)**, **Centro Nazionale Anti-Pandemico (Cnap)** e di **esperti designati** ed è, quindi, frutto di una **lunga ed elaborata discussione che ad oggi ci porta a recepire la gran parte delle integrazioni, osservazioni e modifiche che sono giunte da parte degli interlocutori.**

Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico
2024-2028



Quale sarebbe
l'*urgenza*
di approvare
un nuovo Piano?!

Fate presto! Non bisogna lasciare
il tempo di pensare, di capire,
né tanto meno di organizzarsi...



Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico
2024-2028

Documento di 226 pagine - Termini ricorrenti:

- Vaccin- 247 volte
- Mascherin- 20 volte
- Restrizion- 11 volte
- Chiusura 9 volte
- Discriminazion- 3 volte
- Disinformazion- 2 volte

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

zero volte!

quotidianos**sanità**.it

Lunedì 03 APRILE 2023

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

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





Council of the
European Union



Brussels, 29 January 2024
(OR. en)

5908/24

DEVGEN 13
SAN 49
ACP 15
RELEX 123
SUSTDEV 14
ONU 11
CONUN 26

OUTCOME OF PROCEEDINGS

From: General Secretariat of the Council

On: 29 January 2024

To: Delegations

No. prev. doc.: 5495/24

Subject: EU Global Health Strategy – Better health for all in a changing world
- Council conclusions (29 January 2024)

....

- c) **Prevent and combat health threats, including pandemics, applying a One Health approach** – to avoid and mitigate future health crises and their health, social and economic consequences – inter alia through enhanced resilience and effective prevention, preparedness and response mechanisms including integrated and collaborative surveillance and monitoring, a strengthened public health workforce and improved access to medical countermeasures and voluntary transfer of technology, filling gaps in global governance, a legally binding pandemic agreement²² and strengthened International Health Regulations, stepping up the fight against antimicrobial resistance and ensuring leadership at national, regional and global levels.

Consiglio della
Unione Europea

**L'Europa parli con
una voce sola!**



- b) strengthening capacity and enhancing coordination, including through informal cooperation, to boost the efficiency and impact of initiatives and actions, ensure that the EU and its Member States are speaking with one voice in relevant international fora and intensifying dialogue and joint communication efforts at multilateral, regional level;

costituzionali, i connotati del c.d. diritto tiranno, rappresenta oggettivamente una vera e propria precondizione per il riconoscimento e per la effettiva fruibilità dei diritti di libertà. Infatti, proprio in ragione della sua natura bivalente, il diritto alla salute giustifica, nelle situazioni di emergenza sanitaria di conclamata gravità, l'adozione di misure che limitano quei diritti fondamentali dell'individuo il cui pieno esercizio è, tuttavia, incompatibile con le misure di prevenzione e di contrasto della pandemia necessarie, secondo i più accreditati protocolli scientifici, alla tutela della salute individuale e collettiva.



La salute è presupposto dei diritti umani fondamentali, e, per garantirla...

... **dobbiamo limitare la libertà personale, di espressione e di riunione**



nella Costituzione italiana, cit., p. 164. Per considerazioni di senso parzialmente diverso, cfr. M. Olivetti, Appunti per una mappa concettuale sul diritto alla salute nel sistema costituzionale italiano, in Metodologia Didattica e Innovazione Clinica - Nuova Serie, 2004, per il quale "Nei documenti costituzionali meno recenti ... la salute viene in considerazione anzitutto come limite alle libertà individuali. Questo profilo è ben visibile nella stessa Costituzione italiana, che menziona la salute come limite alla libertà domiciliare ...e alla libertà di circolazione e soggiorno ... e che la evoca indirettamente sotto la forma della "incolumità pubblica" come limite alla libertà di riunione. Ma questa impostazione traspare anche nella Convenzione europea dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali del 1950, la quale configura la salute come limite alla libertà personale (art. 5 lett. e), alla libertà di espressione (art. 10, 2° co.) e alle libertà di riunione e di associazione (art. 11, 2° co.)"

- **Permanenza in casa:** durante la pandemia si può considerare l'opzione di applicare limitazioni alla circolazione dei cittadini, chiedendo alla popolazione di rimanere in casa. Questa misura può essere
- **Quarantena degli individui esposti:** La *quarantena* si riferisce alla restrizione delle attività (astenersi dal lavoro o dalla frequenza scolastica, evitare luoghi pubblici chiusi, ad es. cinema, teatri) e all'isolamento di persone potenzialmente esposte all'agente patogeno. Gli obiettivi sono quelli di evitare la trasmissione asintomatica dell'infezione e monitorare l'insorgenza di una sintomatologia suggestiva dell'infezione e identificare tempestivamente i nuovi casi.



- **Restrizione delle interazioni sociali ("bolla sociale"):** alcuni lavori scientifici (51) propongono un approccio basato sulla frequentazione abituale di un ristretto numero di persone che potrebbe avere il vantaggio di mantenere un certo grado di attività sociali a fronte di una riduzione del rischio di trasmissione dell'infezione.

Mascherine “chirurgiche” all’aperto: avviare un dibattito per ridiscutere le disposizioni attuali

Using face masks outdoor: beginning a debate to rediscuss current policies



Alberto Donzelli

Comitato scientifico della fondazione “Allineare Sanità e Salute”, Milano

Corrispondenza: adonzelli@ats-milano.it

ep anno 44 (5-6) settembre-dicembre 2020

Un messaggio corretto non è: «Per favore, mettete la mascherina!».⁸

Si ritiene che le mascherine non siano solo «un piccolo discomfort per ottenere grandi benefici individuali e collettivi», ma un **compromesso** anche **per la salute**, da  spingere solo fin dove sia ragionevolmente chiaro che i benefici sanitari prevalgono sui danni. 

Dunque non: «mascherine sì» o «mascherine no»,
ma: mascherine dove, quando, come e quanto!

Infezioni Sars-CoV-2 + Covid-19 partecipanti e loro familiari



(DANMASK-19, 2020)
Randomizzati per 1 mese

Contando anche i familiari,
sono andati in tendenza peggio!



CON mascherina (3000)

Infezioni
partecip.
1,8%

Malattie
familiari
2,1%

3,9%

SENZA mascherina (3000)

Infezioni
partecip.
2,1%

Malattie
familiari
1,6%

3,7%



Attività fisica nei partecipanti

(DANMASK-19, 2020)
Randomizzati per 1 mese



CON mascherina (3000)



il 40%
ne ha fatta
meno



SENZA mascherina (3000)



88.200 morti/anno in Italia per insufficiente attività fisica (Rapporto ISTISAN 18/9, ISS)

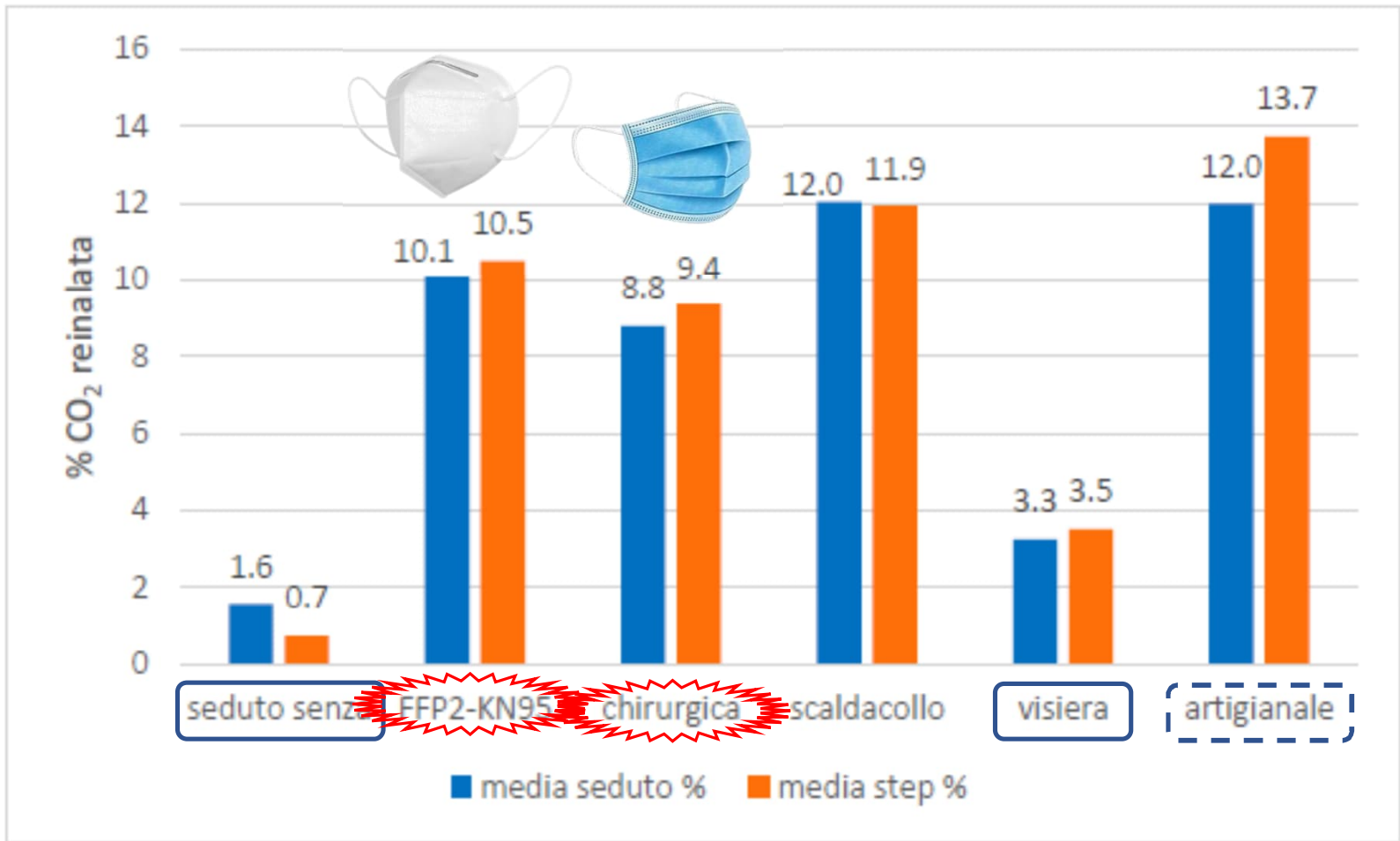


Figura 19. Percentuale di CO₂ reinalata al netto della CO₂ ambiente. Valori medi

Come qualità di vita, per altro, l'artigianale è andata un po' meglio della chirurgica





The Foegen effect

A mechanism by which facemasks contribute to the COVID-19 case fatality rate

Zacharias Fögen, MD* 

Abstract

Extensive evidence in the literature supports the mandatory use of facemasks to reduce the infection rate of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, which causes the coronavirus disease (COVID-19). However, the effect of mask use on the disease course remains controversial. This study aimed to determine whether mandatory mask use influenced the case fatality rate in Kansas, USA between August 1st and October 15th 2020.

This study applied secondary data on case updates, mask mandates, and demographic status related to Kansas State, USA. A parallelization analysis based on county-level data was conducted on these data. Results were controlled by performing multiple sensitivity analyses and a negative control.

A parallelization analysis based on county-level data showed that in Kansas, counties with mask mandate had significantly higher case fatality rates than counties without mask mandate, with a risk ratio of 1.85 (95% confidence interval [95% CI]: 1.51–2.10) for COVID-19-related deaths. Even after adjusting for the number of “protected persons,” that is, the number of persons who were not infected in the mask-mandated group compared to the no-mask group, the risk ratio remained significantly high at 1.52 (95% CI: 1.24–1.72). By analyzing the excess mortality in Kansas, this study determines that over 95% of this effect can solely be attributed to COVID-19.

These findings suggest that mask use might pose a yet unknown threat to the user instead of protecting them, making mask mandates a debatable epidemiologic intervention.

The cause of this trend is explained herein using the “Foegen effect” theory; that is, deep re-inhalation of hypercondensed droplets or pure virions caught in facemasks as droplets can worsen prognosis and might be linked to long-term effects of COVID-19 infection. While the “Foegen effect” is proven in vivo in an animal model, further research is needed to fully understand it.



Nelle Contee con obbligo di maschere mortalità più alta!

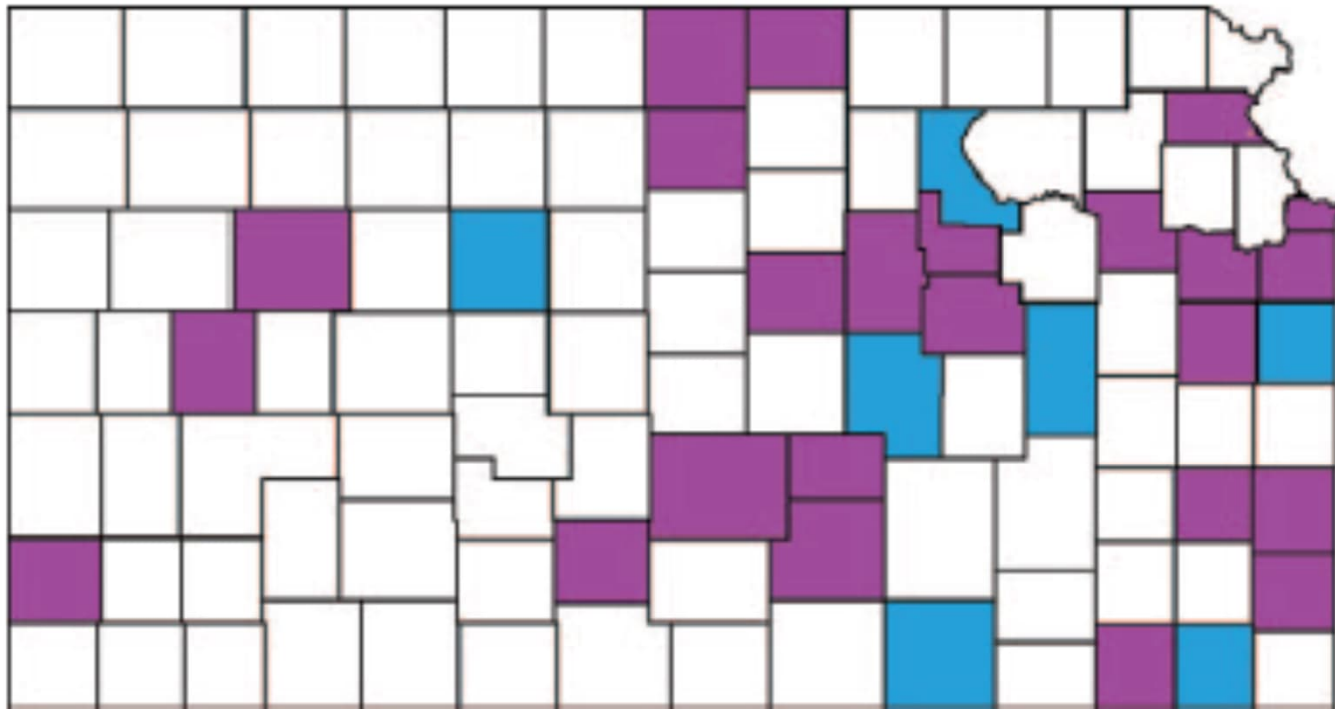
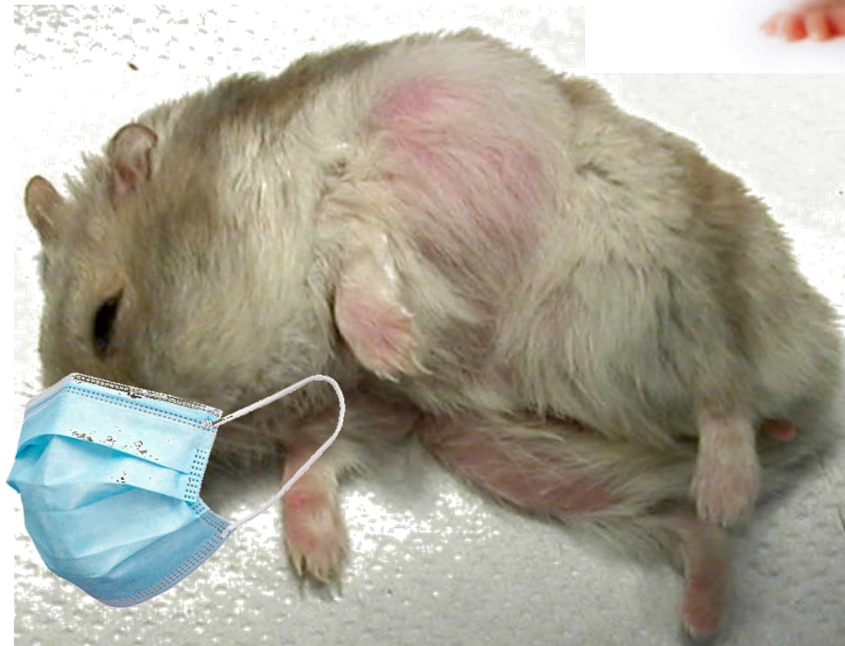


Figure 2. Mask mandates in Kansas counties. Counties with a mandatory mask mandate are purple, counties without a mandatory mask mandate are white. Blue counties are counties without mask mandate that have one or more larger cities with a mask mandate.



Provato maggior carico virale nei polmoni di criceti con mascherine (Chan et al, Clin Infect Dis, 2020)



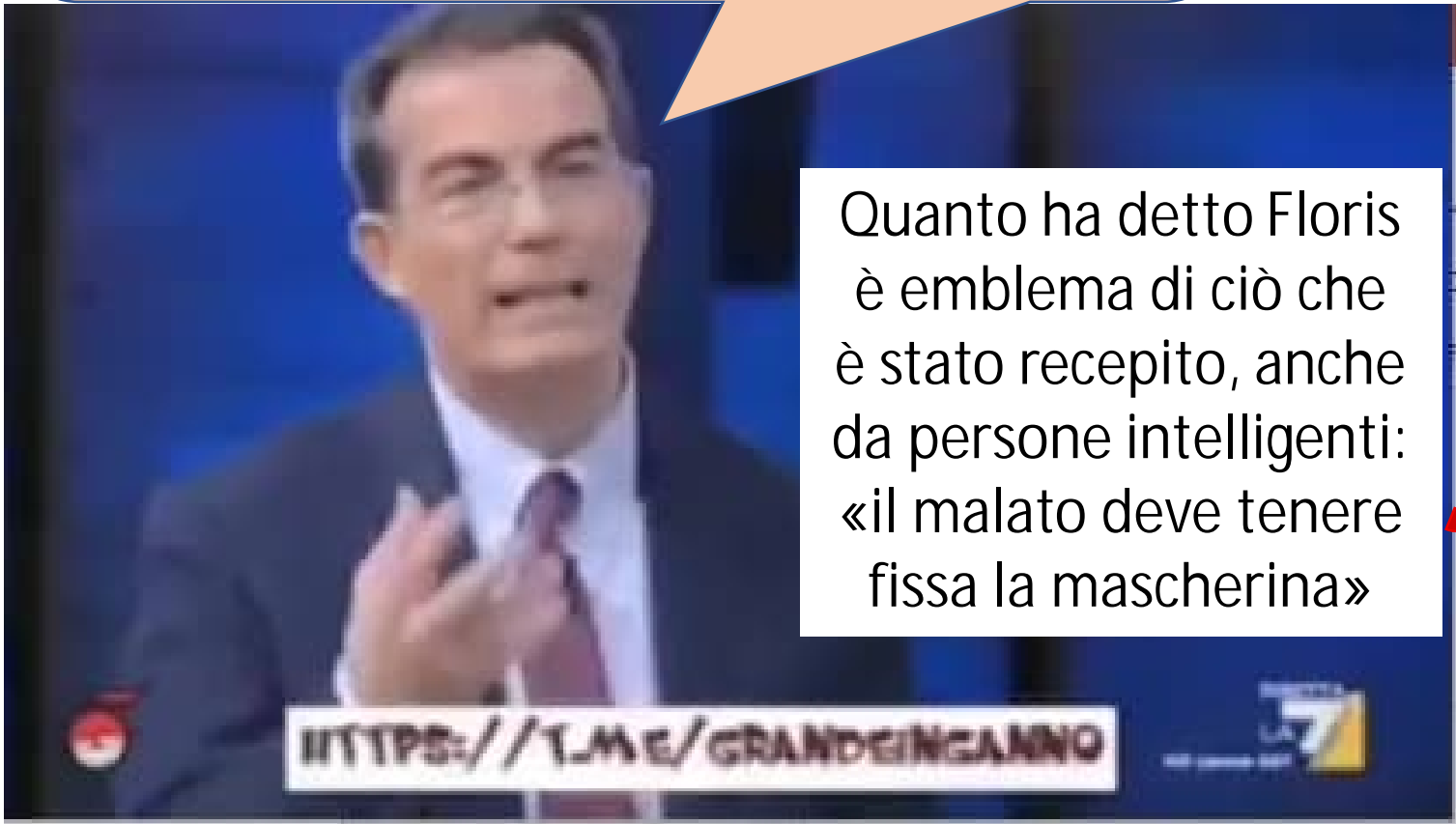
Per le persone che stanno bene
non c'è bisogno della mascherina,
chi deve mettere le mascherine, anche
quella chirurgica tassativamente,
è **chi sta male**



Floris: Insomma, mettiamola... messa male,
servono a tappare i malati?

Ricciardi: esattamente... Ai sani non
servono assolutamente... una paranoia che
la gente sana utilizza in maniera impropria...

Danni, gravi, da
Foegen Effect (v.
slide di 20-3-'22)



Quanto ha detto Floris
è emblema di ciò che
è stato recepito, anche
da persone intelligenti:
«il malato deve tenere
fissa la mascherina»

[HTTPS://LME/GRANDGIORNO](https://lme.grandgiorno)

Article

Influence of Seasonality and Public-Health Interventions on the COVID-19 Pandemic in Northern Europe

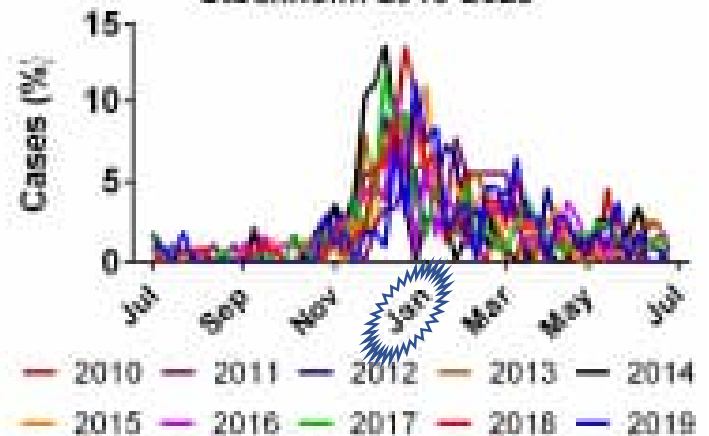
Gerry A. Quinn ^{1,*}, Michael Connolly ², Norman E. Fenton ³, Steven J. Hatfill ⁴, Paul Hynds ^{5,6},
Coilín ÓhAiseadha ^{5,7}, Karol Sikora ⁸, Willie Soon ^{9,10} and Ronan Connolly ^{2,10}



a Northern Europe



b Seasonal β -Coronavirus, Stockholm 2010-2020



c Average seasonal β -Coronavirus, Stockholm 2010-2020



Tabella di sintesi dei risultati della ricerca

Table 1. Influence on progression of pandemic in terms of lagged deaths.

Northern European Countries	NPIs	Vaccination	Seasonality
Ireland			✓
UK			✓
Sweden			✓
Denmark			✓
Finland			✓
Norway			✓

✓ in green background indicates that a clear, consistent and physically plausible influence of the factor on the progression of the pandemic was identified for this country while x in red background indicates that an influence was not identified for this country.

Table 2. Influence on progression of pandemic in terms of cases.

Northern European Countries	NPIs	Vaccination	Seasonality
Ireland			✓
UK			✓
Sweden			✓
Denmark			✓
Finland			✓
Norway			✓

✓ in green background indicates that a clear, consistent and physically plausible influence of the factor on the progression of the pandemic was identified for this country while x in red background indicates that an influence was not identified for this country.

- **Preparare piani di emergenza** che consentano di mantenere gli spostamenti essenziali, come i corridoi umanitari, il personale essenziale, i rimpatri e il trasporto merci per le forniture essenziali, nel caso in cui vengano prese in considerazione restrizioni agli spostamenti. I piani di emergenza dovrebbero includere un quadro di valutazione del rischio per altre misure che potrebbero essere attuate se necessario, come lo screening all'uscita e all'ingresso per individuare segni e sintomi, test mirati e quarantena dei viaggiatori, assicurando che la loro applicazione rispetti la dignità, i diritti umani e le libertà; Se si prende in considerazione la certificazione delle vaccinazioni, introdurre la documentazione digitale in linea con le raccomandazioni e le linee guida dell'OMS. Le politiche relative all'ingresso/uscita dalle frontiere devono considerare l'accessibilità dei vaccini per garantire che i viaggi non aggravino le disuguaglianze vaccinali.



Si stenta ad es. a credere 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 carcere e € 30.000 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...

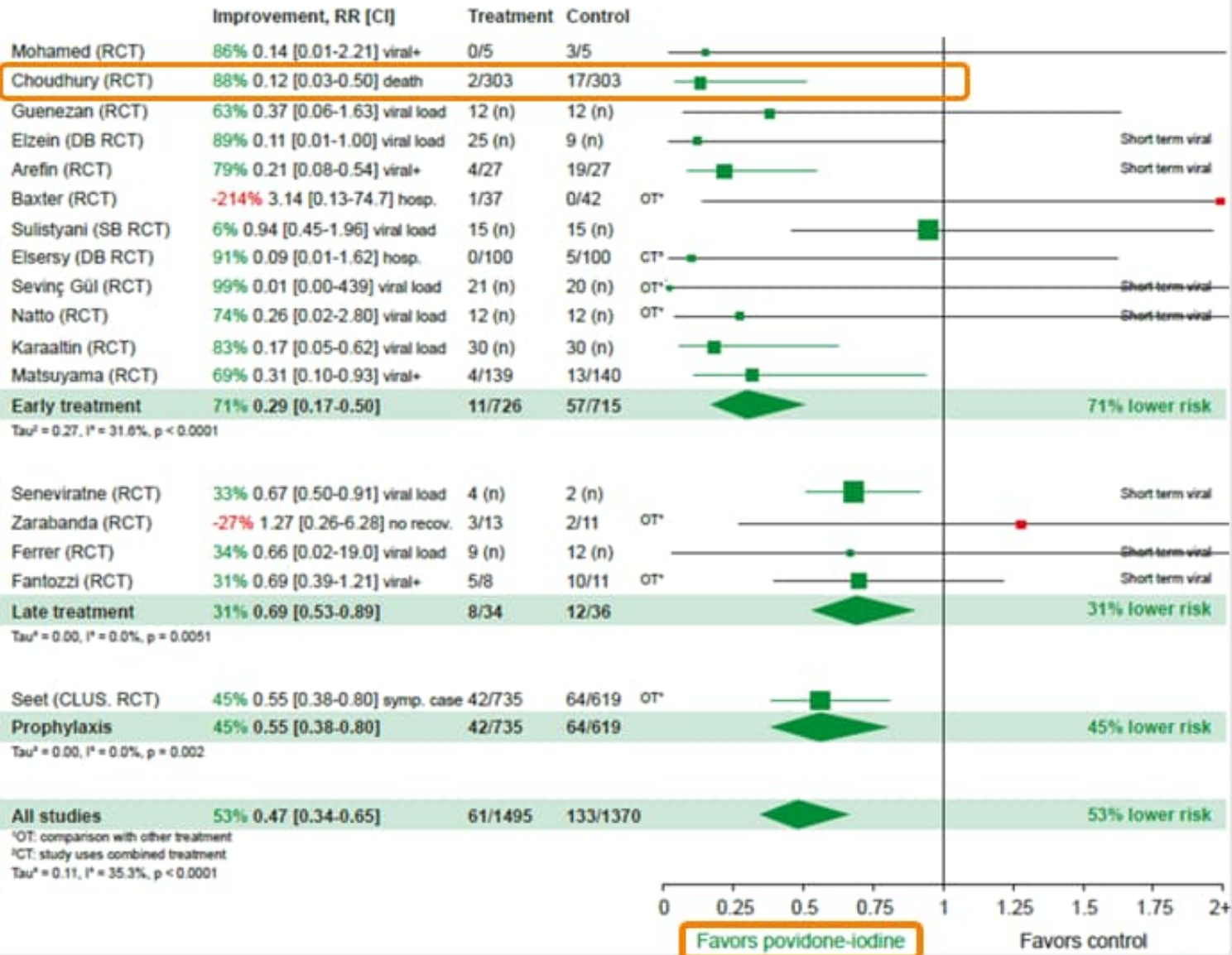
LIBERTÉ
ÉGALITÉ
FRATERNITÉ

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**.



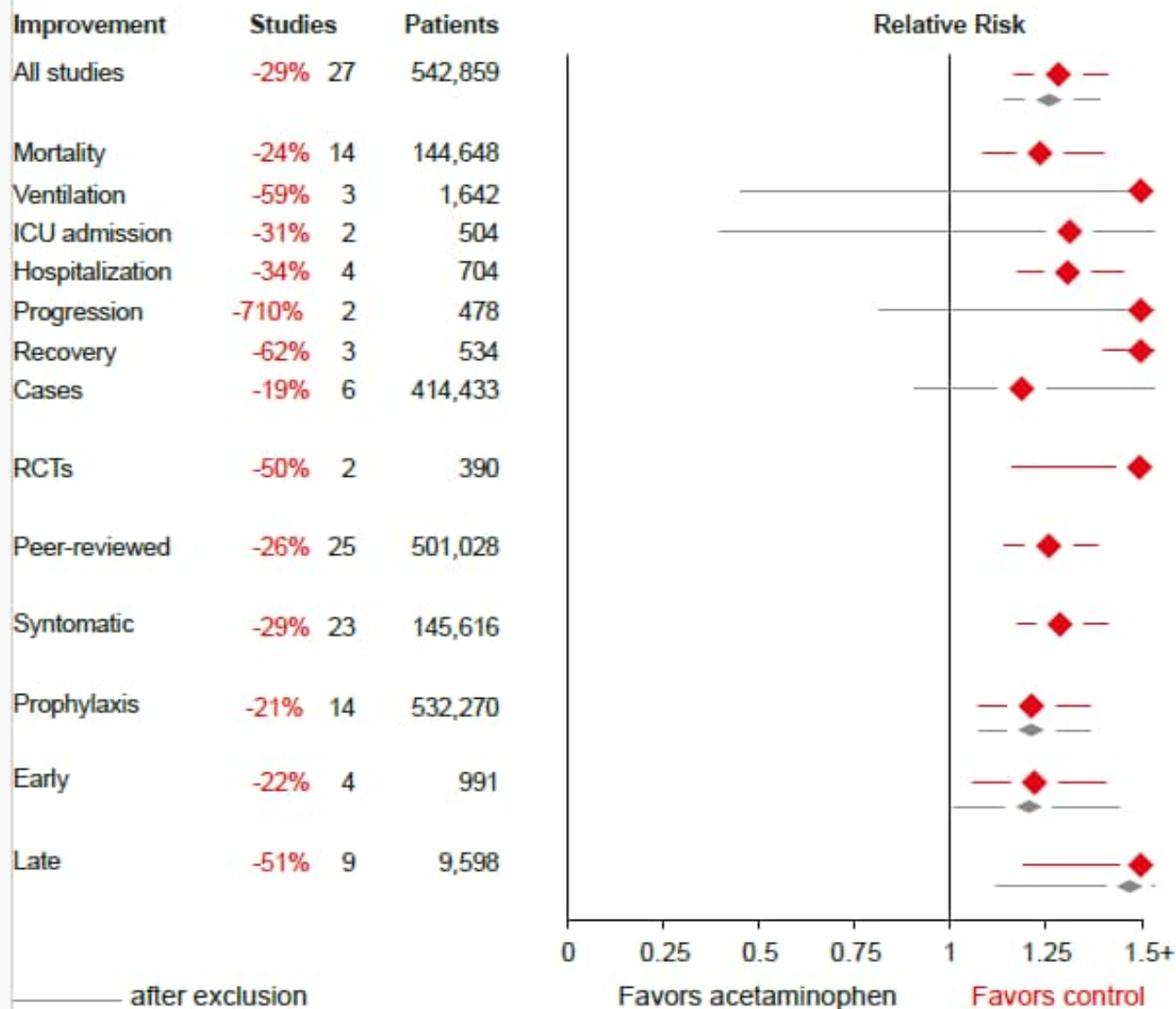
Purtroppo non è solo un inaudito "obbligo di cura" individuale, ma una gravissima intimidazione. Traspare l'intento di soffocare anche in aree a dir poco controverse un doveroso **confronto scientifico, supportato da prove**, da anni rifiutato anche a gruppi di medici come la CMSi, ben consapevoli del valore delle prove e ben in grado di distinguerle dalle *bufale*.

17 povidone-iodine COVID-19 Randomized Controlled Trials



Metanalisi a effetti random per tutti gli studi randomizzati sullo iodopovidone

Acetaminophen for COVID-19: real-time meta analysis of 27 studies



**Paracetamolo record negativo :
ha perso tutti i confronti!**

La metanalisi degli studi nella COVID-19 che confrontano **paracetamolo** con alternative di controllo mostra con **paracetamolo** una **mortalità significativamente più alta del 24%** [9-40%], e l'analisi aggregata che usa gli **esiti più gravi** riportati mostra un **rischio più alto del 29%** [17-42%].

Per lo **iodopovidone** i risultati nelle ricerche sono coerenti e di enorme interesse, come ha mostrato la tabella, compresa una ricerca di qualità pubblicata nel gennaio 2021 con risultati molto buoni sulla mortalità da COVID-19, ridotta di 8,3 volte (-88%).

Nessun germe resiste alla sua azione universale: sarebbe dunque indicato per abbattere la carica infettante all'esordio di ogni malattia infettiva respiratoria, limitando possibili trasmissioni e aggravamenti.

Un ciclo di cura di 7-10 giorni costa pochissimi Euro, ma **se un sanitario lo consigliasse in Francia a nuova legge promulgata, rischierebbe il carcere e pesantissime multe**, poiché ad oggi non ci risulta raccomandato da linee guida ufficiali, né dall'OMS.

Anzi **l'OMS**, che l'ha incluso per decenni nelle edizioni dell'elenco dei farmaci essenziali, **l'ha tolto da questo importante elenco nel 2023, per paradosso** quando molte ricerche ne hanno dimostrato l'efficacia anche verso la COVID-19.

Al contrario, l'elenco OMS 2023 dei farmaci essenziali continua a includere il **paracetamolo**, che pure ha dato prove deludenti quando testato in varie ricerche per infezioni respiratorie.

In corso di COVID-19, il paracetamolo (il cui marchio più venduto è la *Tachipirina*) resta **considerato universalmente il sintomatico di scelta**, nonostante i risultati pessimi mostrati



Che cosa succede nell'OMS?!

di **MADDALENA LOY**



È davvero curioso che il World Economic Forum che si svolgerà a Davos da lunedì a sabato con l'ambizioso obiettivo di «ricostruire la fiducia» tra Stato e cittadini - *Rebuilding trust* è il tema di quest'anno - ponga la cattiva informazione e le cosiddette fake news al primo posto della classifica dei maggiori rischi globali che affronteremo nel 2024. Non spaventano, insomma, le guerre, collocate al quinto posto dopo i cambiamenti climatici, la polarizzazione politica e la cyber-insecurity. Neanche la recessione incute timore quanto le fake news e infatti è relegata al nono posto della classifica dei disastri imminenti previsti dai corvi di Davos. E tantomeno la mancanza di opportunità economiche, al sesto posto, scende dal podio il terrore di un'informazione libera e non controllata, che in quel di Davos continuano a chiamare «misinformation». Il *Global risks perception survey* del Forum, che raccoglie i pareri di quasi 1.500 esperti globali provenienti dal mondo accademico, economico, governativo, dalla comunità internazionale e dalla società civile, ha identificato la disinformazione come la minaccia a breve termine più grave per l'anno appena iniziato e anche per quello successivo, il 2025. Casualmente, i due «anni elettorali» che vedranno oltre 3 miliardi di persone recarsi alle urne nell'Unione europea (a giugno), negli Stati Uniti (a novembre) ma anche in India, nel Regno Unito, in Russia e - oggi - a Taiwan. «La crescente preoccupazione per la cattiva



Le priorità di Davos: «Bufale più rischiose di guerra e crisi»

Paradossale sondaggio del World economic forum che inizierà lunedì. Faro anche su green, gender e prossime pandemie

potrebbe anche favorire la censura governativa, la propaganda interna e i controlli sul libero flusso di informazioni: un *whishful thinking*?
 «Nei prossimi due anni», si legge nel rapporto, «sia gli attori nazionali che quelli internazionali sfrutteranno la cattiva



«questo rischio è aggraviato (sic, ndr) dal gran numero di elezioni nel prossimo anno, con oltre 3 miliardi di persone che si recheranno alle urne. Affermazioni allineate a quelle rilasciate dal commissario europeo **Thierry Breton**, ideatore del Digital services act

È per questo che diversi panel del Wef saranno dedicati all'ambizioso tema della fiducia dei cittadini mondiali nei confronti delle istituzioni che, per ammissione dello stesso Wef, si sta ormai erodendo. «Aumentare la trasparenza sarà fondamentale per affrontare la diffusione di informazioni false», si consiglia ad esempio nell'abstract dell'incontro *Difendere la verità*, in calendario il 18 gennaio. Per questo sarà animato da

Più che dalle bufale, il World Economic Forum potrebbe sentirsi minacciato dalla controinformazione Scientifica...



pericoli del 2024. I panel dedicati al tema della fiducia dei cittadini e vedranno la partecipazione dei soliti **John Kerry** e **Al Gore**. Il primo parlerà di energie pulite e Cop28, di triplicazione delle energie rin-

As I said following the hearing:

“The First Amendment is the First Amendment for a reason. Free speech is the fount of all other rights — of assembly, of conscience, of everything.

“We’re not done yet. And no matter how the Supreme Court comes out on this, we know that the threat of a kind of totalitarian censorship is real — worldwide at this point.”

Mary Holland

President

Children’s Health Defense

Come ho detto dopo l'udienza:

“Il **Primo Emendamento** è il Primo Emendamento per una ragione.

La libertà di parola è la fonte di tutti gli altri diritti: di riunione, di coscienza, di tutto.

“Non abbiamo ancora finito. E non importa come la Corte Suprema si pronunci al riguardo, sappiamo che **la minaccia di una sorta di censura totalitaria è reale**, a questo punto **in tutto il mondo**”.



di **MADDALENA LOY**

L'INTERVISTA **ORAZIO SCHILLACI**

■ Lei ha dovuto smentire che l'Italia aderirà al cosiddetto green pass globale dell'Oms, aggiungendo però che dobbiamo assicurare «piena operatività del fascicolo sanitario elettronico». Qual è la differenza?

«Il fascicolo sanitario elettronico è prima di tutto uno strumento a vantaggio del cittadino che può disporre della sua storia clinica attraverso un unico punto di accesso digitale. La digitalizzazione semplifica e consente al proprio medico e agli specialisti di potersi interfacciare più facilmente. E aiuta anche l'appropriatezza prescrittiva. Il Fascicolo è di aiuto anche ai farmacisti che seguono i pazienti nel seguire correttamente una terapia. Ci stiamo lavorando in stretto raccordo con il Garante della privacy, perché sappiamo bene che è essenziale un trattamento sicuro dei dati. Riguardo al green pass globale dell'Oms, gli Stati europei non hanno l'obbligo di adesione e l'Italia non aderirà».

«Il governo non aderirà mai al green pass globale No allo strapotere dell'Oms»

Il ministro della Salute: «Il fascicolo elettronico è uno strumento a vantaggio dei pazienti Troppi fondi privati all'agenzia Onu, che però non compromette la nostra sovranità»

pubbli
nel 19
ha ist
è stat
pross
Lei
area
decen
trosir
ni ha
na?

green pass globale dell'Oms, gli Stati europei non hanno l'obbligo di adesione e l'Italia non aderirà».

ni, e sulla
do le
e ab-
ope-
per
solle-
lire la
tutta
ispo-
nibile, pubblica e privata convenzionata. Al ministero stiamo aggiornando il Piano di governo delle liste d'attesa e ho una commissione per tempi reali d'attesa e le prestazioni che i maggiori centri di sapere do
te inter-
dati non esistono».

medico senza intaccare i diritti dei cittadini. Attendiamo l'esito dei lavori della Commissione Nordio che saranno propedeutici a una riforma strutturale in materia di responsabilità professionale sanitaria.

Durante la pandemia si diceva che chi non era vaccinato «occupava le terapie intensive». Ora, affinché il sistema sanitario possa definirsi «pubblico», tutti devono aver diritto ad accedervi. Se iniziamo a dire che alcuni contribuenti non lo «meritano», il concetto di «sanità pubblica» non perde significato, rischiando di portare a derive da Stato etico?

«Non ci sono cittadini che "non meritano" di accedere al servizio pubblico. Tutti vi accedono. Durante la fase acuta del Covid, quando ancora non c'era la disponibilità del vaccino, tutti i casi gravi finivano in terapia intensiva tanto che è stato necessario aumentare i posti in tutta Italia. Superata quella fase terribile, i monitoraggi sui posti letto di terapia intensiva indicavano che era più frequente l'ingresso in terapia intensiva delle persone non vaccinate che avevano sviluppato la forma grave della malattia. C'è anche chi non si è vaccinato e non ha contratto il Covid. Il tasso di occupazione è una definizione tecnica, non è un'accusa. Riguarda alla

«Molti passaggi controversi del Trattato pandemico sono stati soppressi, per poi rien-

«Ingolfata da anni di scarsa attenzione, poche risorse e modelli organizzativi che

«Scambierei la medicina di prossimità con più ospedali nell'ordine di priorità. Perché

«Abbiamo parlato dell'emergenza Covid e nei nostri ospedali si parla per pedaliere. E muoiono. Cosa si sta a fare la rotta? Ho approvato un nuovo piano antimicrobico in corso

... Il trattamento deve anche preservare lo stato di salute degli altri

«... blocco delle merci, chiusura delle frontiere...»). Lei ha dichiarato che «saranno preservati gli interessi naziona-

«... prestazioni, ma ci sono criticità, che non nascono oggi, che devono essere affrontate. Prima non è stato fatto, ora stiamo facendo ma è evidente che

«... di ciferi bianchi e verdi che dovrebbero trovare riposte in altri setting assistenziali. Non a caso gli investimenti del Pnrr

la legge in nessun caso può violare i limiti imposti dal rispetto alla persona umana.

«... bili. La Costituzione prevede che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. Mi sembra che sia una tutela chiara».

Valutiamo il requisito costituzionale a) per obblighi di trattamenti sanitari

La sentenza n. 258/94 (Corte Costituzionale 1994) della Corte Costituzionale spiega che le **leggi che prevedono l'obbligatorietà delle vaccinazioni sono compatibili con l'art. 32 della Costituzione alle tre condizioni indicate:**

a) “se il trattamento sia diretto **non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri”**

b) se vi sia “la **previsione che esso **non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato**, salvo che per quelle sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiano normali di ogni intervento sanitario e, pertanto, tollerabili” (ivi);**

c) se nell'ipotesi di danno ulteriore alla salute del soggetto sottoposto al trattamento obbligatorio – ivi compresa la malattia contratta per contagio causato da vaccinazione profilattica – sia prevista comunque la corresponsione di una “equa indennità” in favore del danneggiato (cfr. sentenza 307 cit. e v. legge n. 210/1992).

È rispettata la condizione a? **No, per niente!**

Shedding of Infectious SARS-CoV-2

Despite Vaccination

Preprint 31 luglio 2021



Kasen K. Riemersma, DVM, PhD¹; Brittany E. Grogan, MPH²; Amanda Kita-Yarbro, MPH²; Peter J. Halfmann, PhD¹; Hannah E. Segaloff, PhD³; Anna Kocharian, MS⁴; Kelsey R. Florek, MPH, PhD⁵; Ryan Westergaard, MD, PhD⁶; Allen Bateman, PhD⁵; Gunnar E. Jeppson, BS⁷; Yoshihiro Kawaoka, DVM, PhD¹; David H. O'Connor, PhD⁸; Thomas C. Friedrich, PhD¹; Katarina M. Grande, MPH²

¹ Department of Pathobiological Sciences, University of Wisconsin-Madison, Madison, WI, USA

² Public Health Madison & Dane County, Madison, WI, USA

³ Epidemic Intelligence Service, CDC, Atlanta, GA, USA

- Doppio crimine: ignorare fonti scientifiche
- continuare la censura a un confronto critico

Studio commissionato dai CDC USA

PLOS PATHOGENS

<https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1010876>

30-9-2022

pubblicazione
ufficiale

RESEARCH ARTICLE

Shedding of infectious SARS-CoV-2 despite vaccination

Kasen K. Riemersma¹, Luis A. Haddock, III¹, Nancy A. Wilson², Nicholas Minor², . . . 29

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

CDC Director Inadvertently Destroys Argument for Vaccine Passports By Surprisingly Saying Vaccines Do Not 'Prevent Transmission' [VIDEO] By [NewsRescue](#) August 8, 2021 by [Chris Enloe](#)



"That was the reason that we changed our guidance last Tuesday," Walensky said. "Our vaccines are working exceptionally well. They continue to work well with delta with regard to severe illness and death. They prevent it."

But what they can't do anymore is prevent transmission", she added.

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

BMJ 2022;376:e069052

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

L'ISS usa presentare medie di periodo (da noi calcolate nel caso riportato), non tiene conto delle tendenze...

con Delta
fino nov. 2021

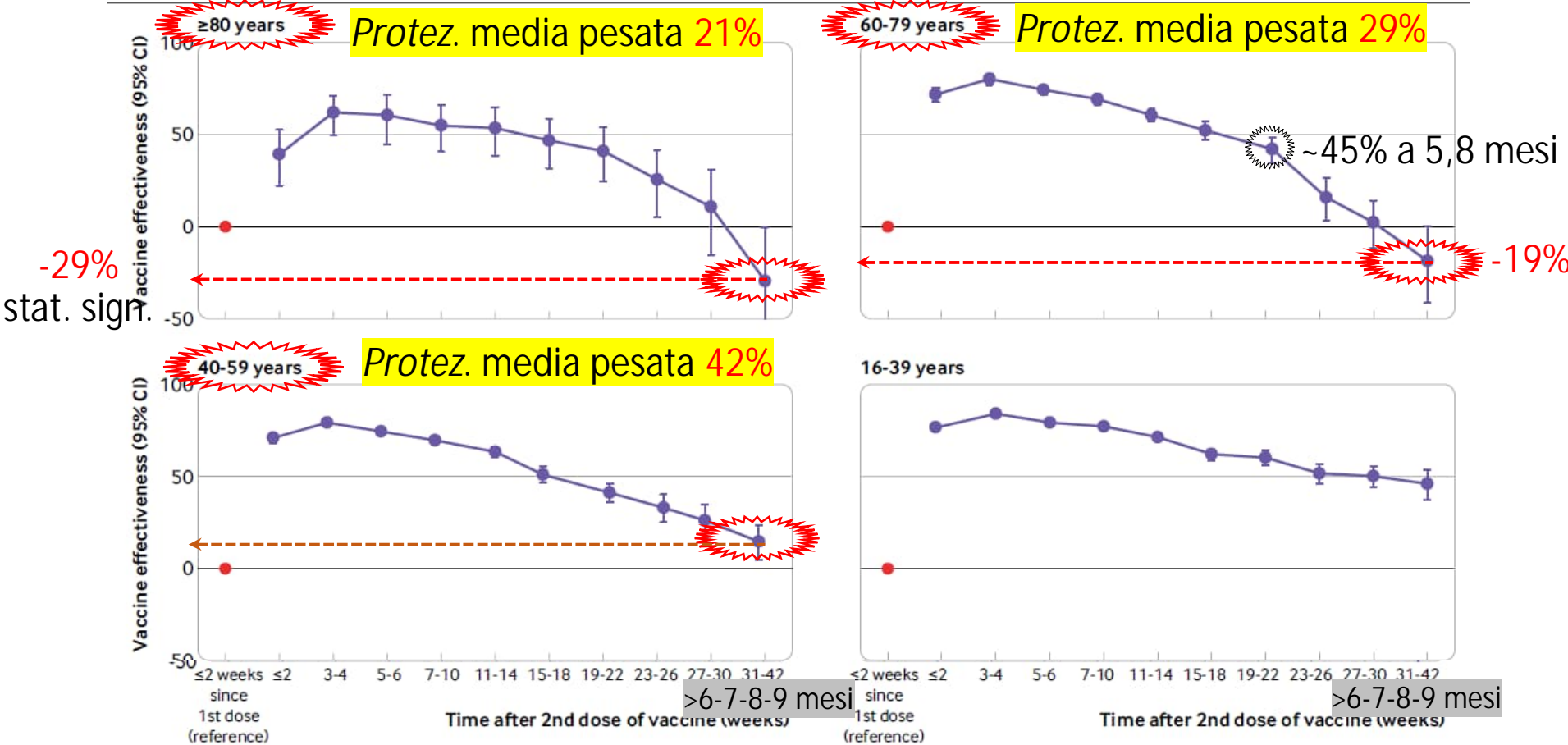


Fig 3 | Effectiveness of mRNA vaccines against SARS-CoV-2 infection during the delta phase by age group and priority risk category, Italy, 19 July to 7 November 2021. Vaccine effectiveness calculated as (1-IRR)×100, where IRR=incidence rate ratio. *Including people with comorbidities, immunocompromised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

Incluse persone con comorbidità, residenti in case riposo e lungodegenti, immunocompromessi... (fino novembre 2021)

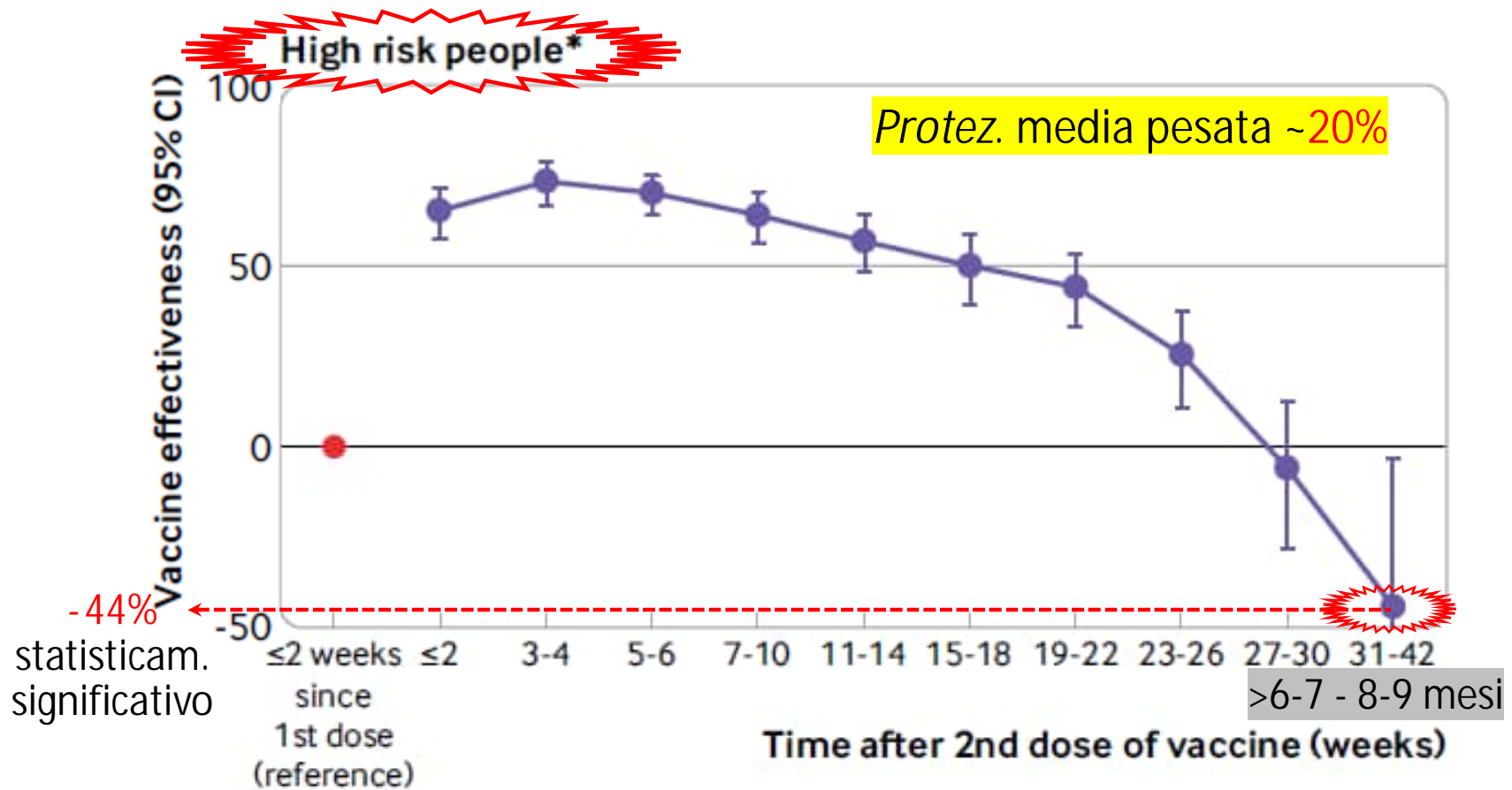


Fig 3 | Effectiveness of mRNA vaccines against SARS-CoV-2 infection during the delta phase by age group and priority risk category, Italy, 19 July to 7 November 2021. Vaccine effectiveness calculated as $(1-IRR) \times 100$, where IRR =incidence rate ratio. *Including people with comorbidities, immunocompromised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

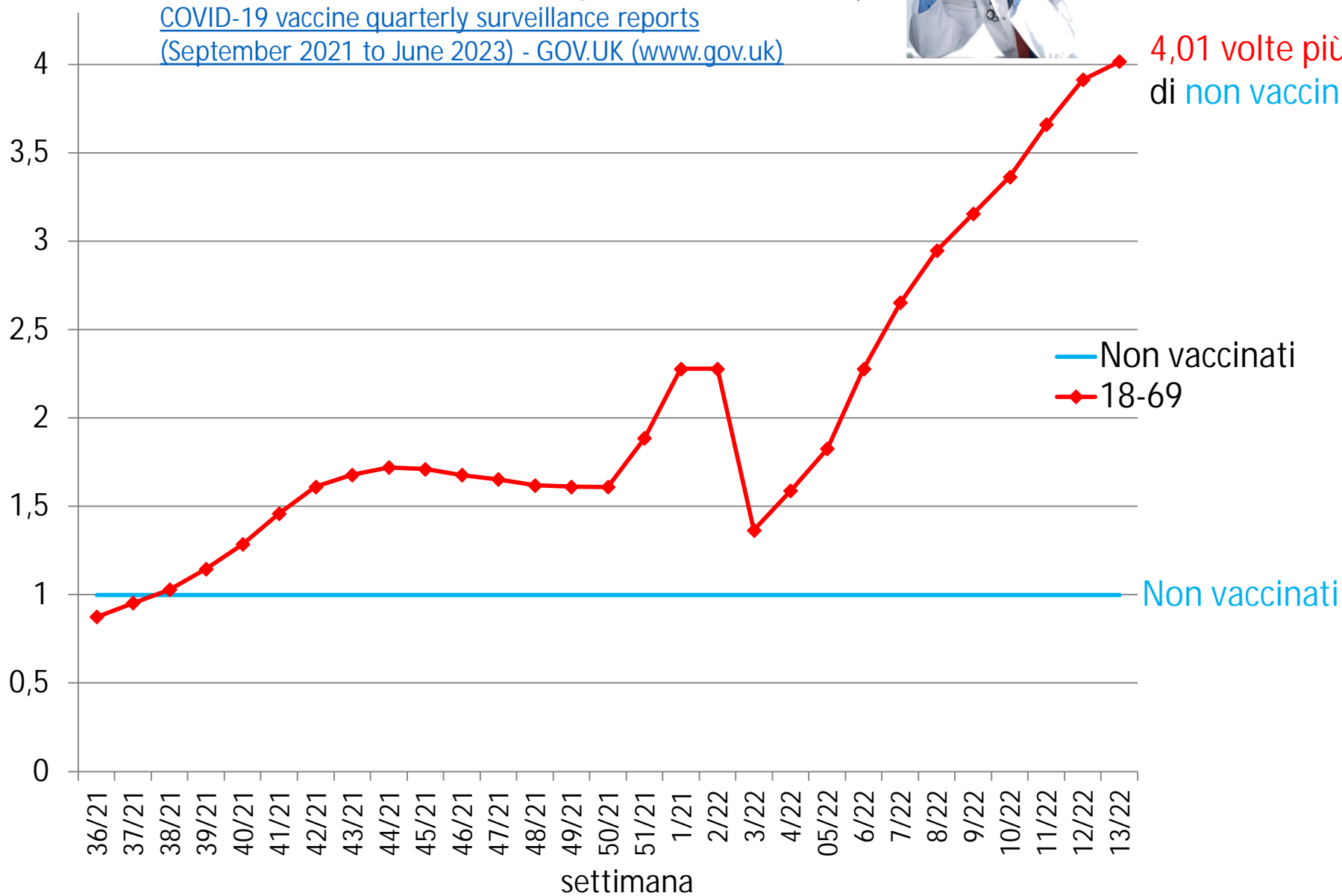
Inghilterra: RR età lavorativa (18-69 anni)* (vaccinati con 3+ dosi da sett. 3/'22) vs non vaccinati)

[COVID-19 vaccine quarterly surveillance reports \(September 2021 to June 2023\) - GOV.UK \(www.gov.uk\)](#)



4,01 volte più di non vaccin.

Rischio relativo/RR



* Rapporti standardizzati in base alla distribuzione per età della popolazione inglese 33

Short communication

Effectiveness of second booster compared to first booster and protection conferred by previous SARS-CoV-2 infection against symptomatic Omicron BA.2 and BA.4/5 in France | *Vaccine* 41 (2023) 2754–2760



Cynthia Tamandjou ^{*1}, Vincent Auvigne ¹, Justine Schaeffer, Sophie Vaux, Isabelle Parent du Châtelet

Direction des maladies infectieuses – Unité infections respiratoires et vaccination, Santé publique France, French National Public Health Agency, F-94475 Saint-Maurice, France

<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2023.03.031>

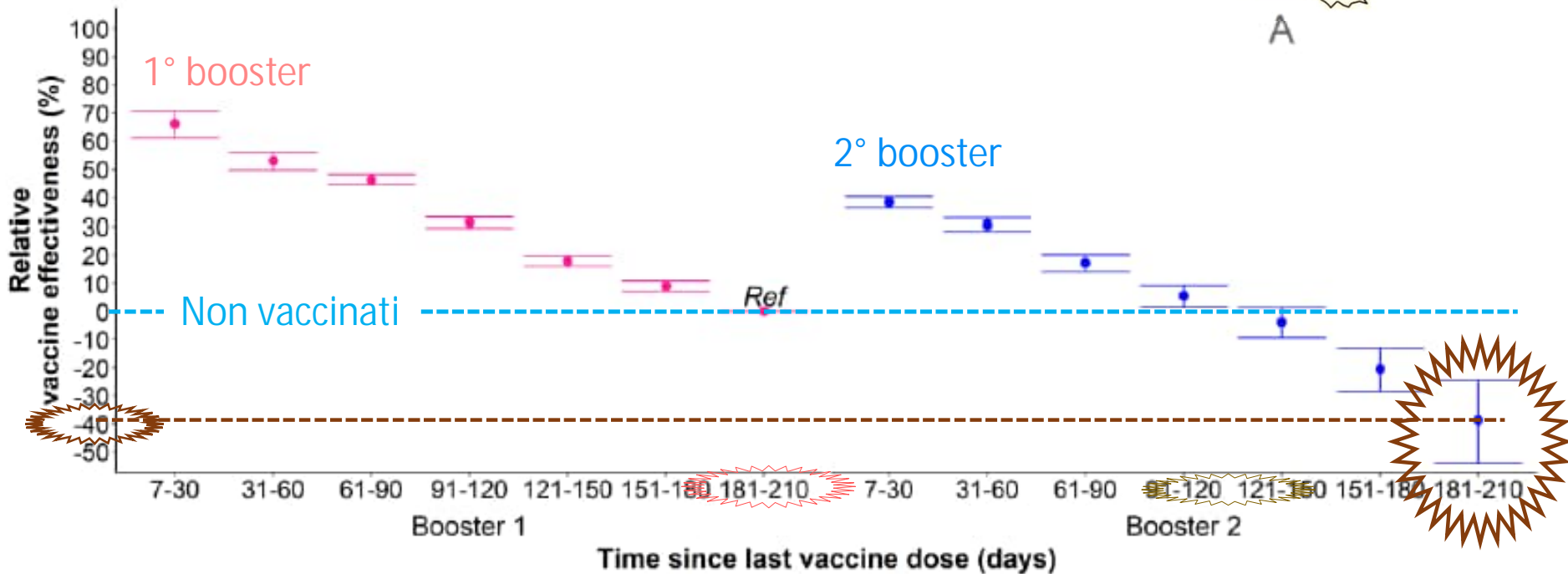
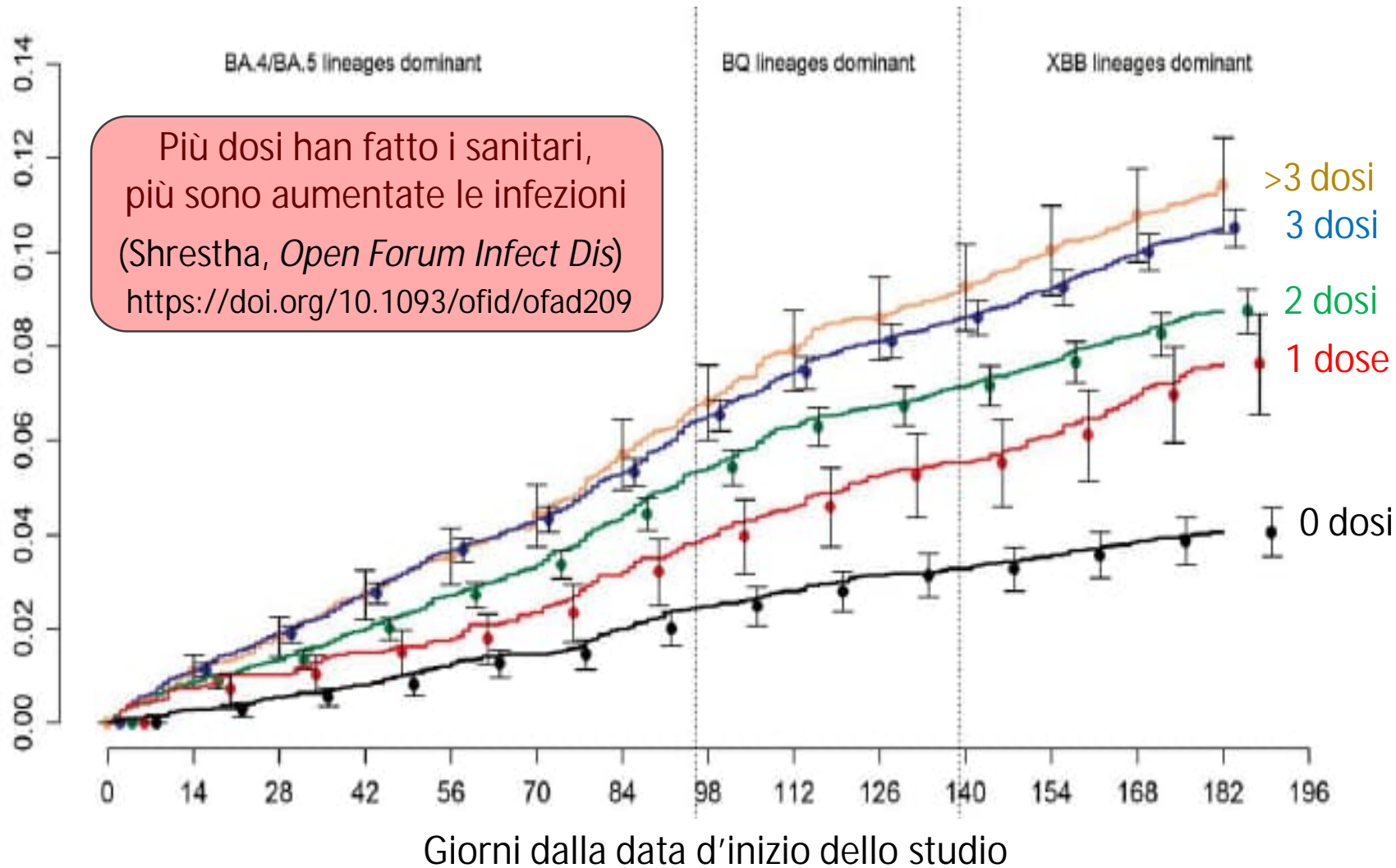


Figure S5: Adjusted relative vaccine effectiveness of the second booster of mRNA covid-19 vaccine against symptomatic Omicron BA.2 or Omicron BA.4/5 infection among A. 60-79 years old and B.

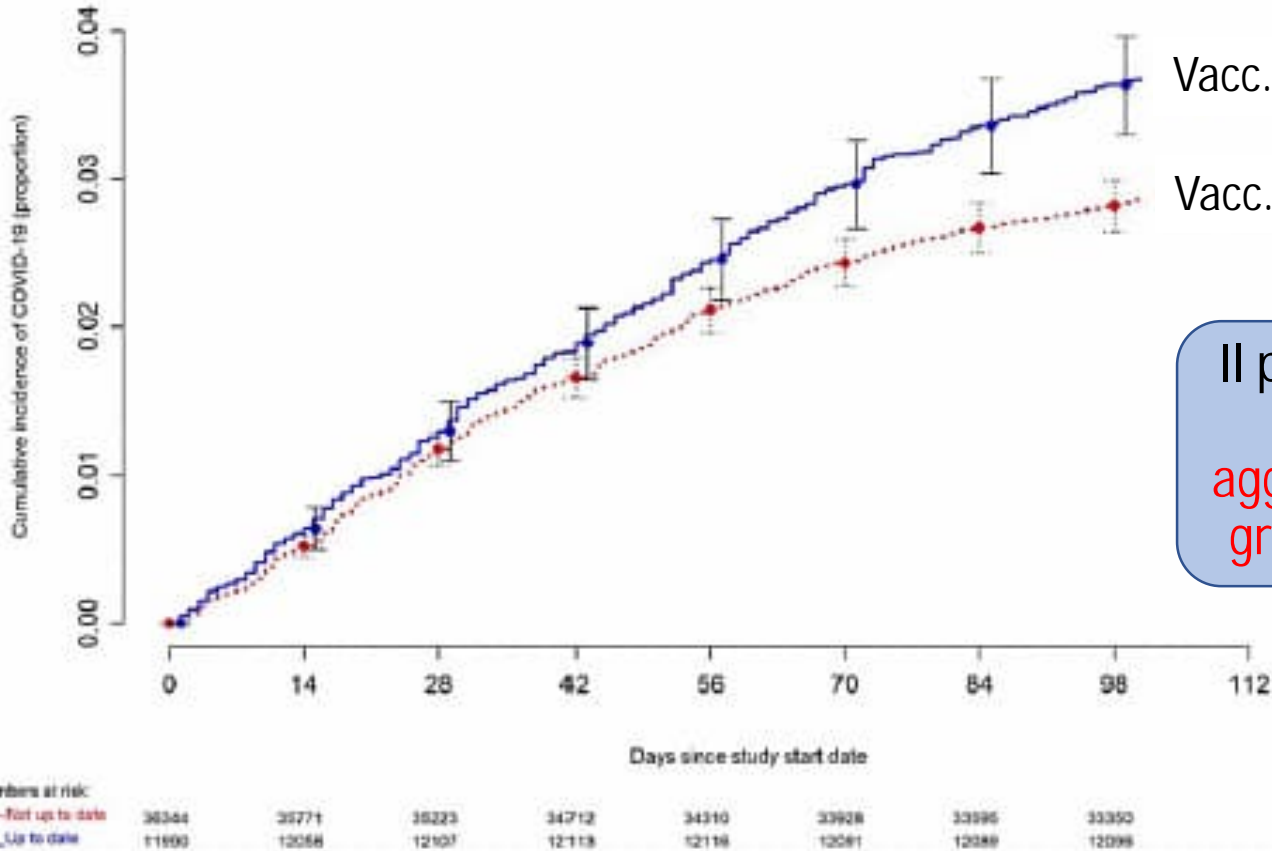
Incidenza cumulativa di COVID-19 (proporzioni)



Nos. at risk:

0 doses	3738	3683	3628	3583	3528	3483	3440	3406	3333	3260	3208	3158	3108	3067
1 dose	2300	2340	2333	2328	2334	2328	2322	2289	2308	2238	2214	2167	2157	2127
2 doses	13 784	13 860	13 884	13 788	13 787	13 787	13 714	13 569	13 361	13 200	13 088	12 907	12 751	12 597
3 doses	20 008	21 024	21 158	21 368	21 300	21 605	21 702	21 555	21 257	21 020	20 841	20 613	20 386	20 187
>3 doses	3814	3870	3831	3878	3885	3875	3843	3814	3748	3688	3685	3687	3688	3638

Figure 2. Cumulative incidence of COVID-19 for subjects stratified by the number of COVID-19 vaccine doses previously received. Day zero was 12 September 2022, the day the bivalent vaccine began to be offered to employees. Point estimates and 95% confidence intervals are jittered along the x-axis to



Vacc. COVID-19 **aggiornata**

Vacc. COVID-19 **non** aggiornata

Il personale della Clinica con **stato vaccinale aggiornato** si infetta progressivamente di più...!



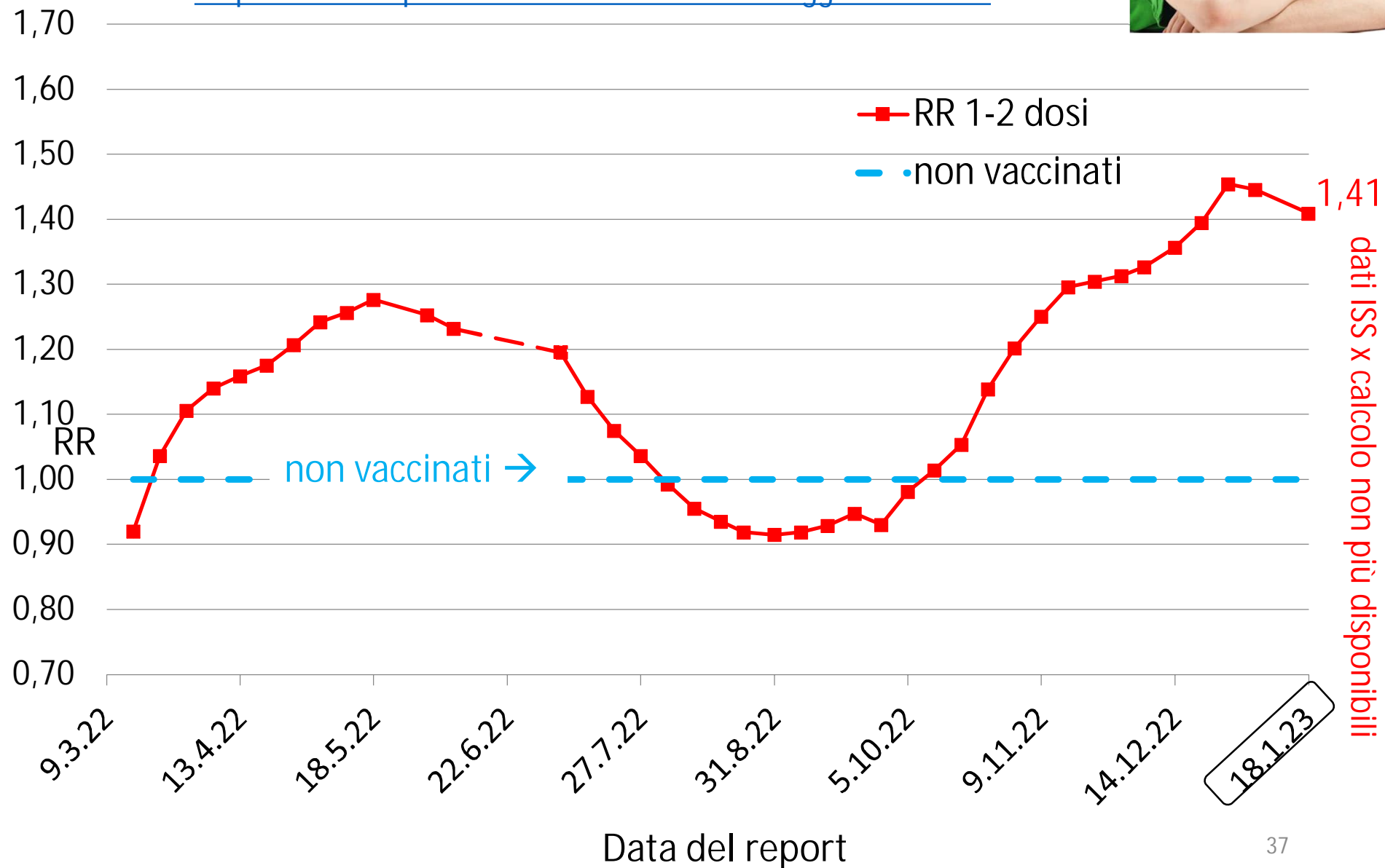
FIGURE 4: Cleveland Clinic study showing increased COVID-19 cases for subjects most "up to date" with mRNA vaccinations

Cleveland Clinic study comparing cumulative COVID-19 incidence between "up-to-date" and "not up-to-date" individuals based on CDC-defined vaccination status. The plot includes point estimates and 95% confidence intervals along the x-axis.

Image Credit: Shrestha et al., 2023 [100]; Open access, licensed under CC BY 4.0 Deed (Attribution 4.0 International)

RR: rischio relativo diagnosi COVID-19 bambini (5-11 anni) con **almeno 1 dose**, rispetto ai **non vaccinati**, in funzione del tempo (dati ISS)

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/aggiornamenti>

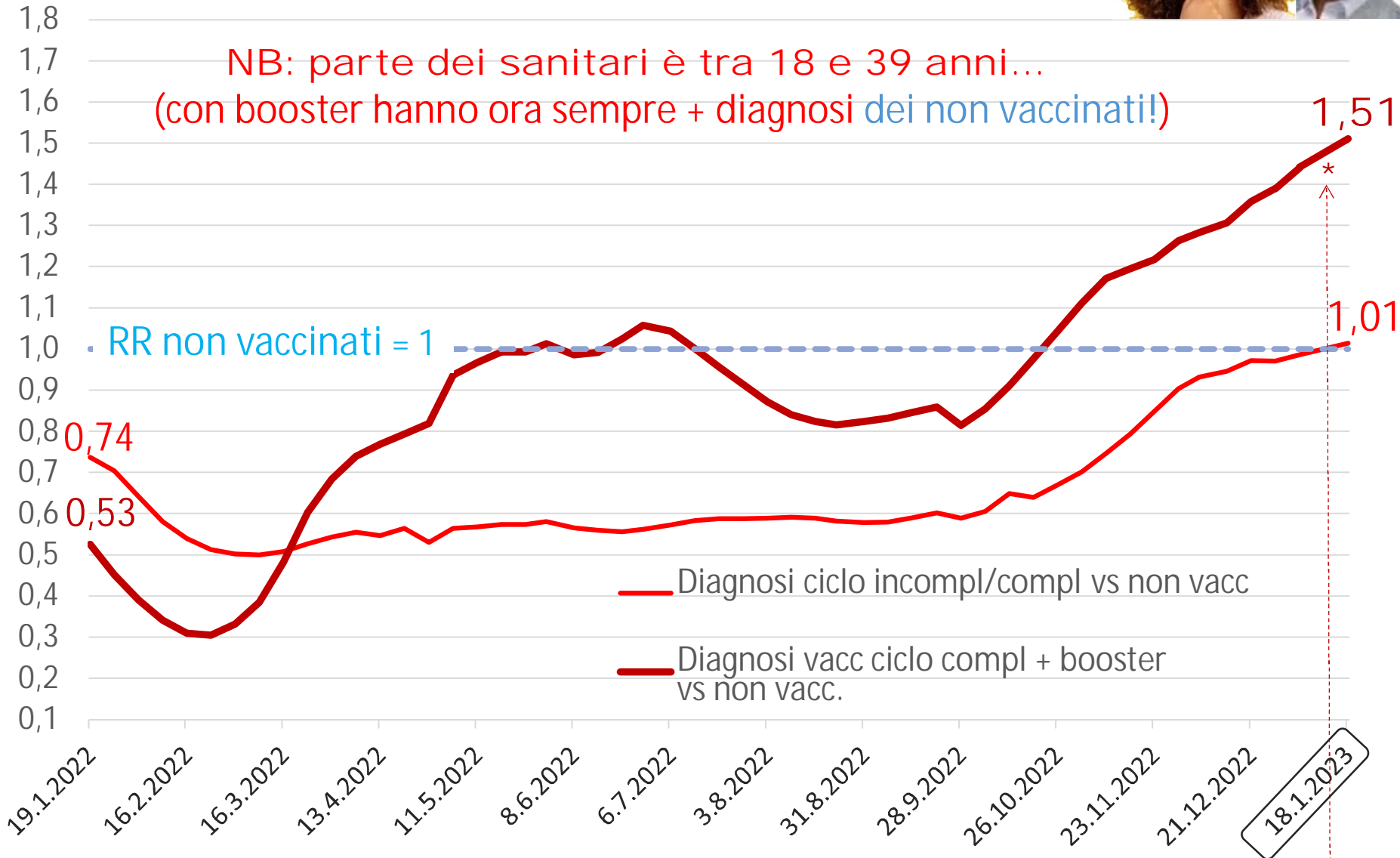


dati ISS x calcolo non più disponibili

RR: rischio relativo diagnosi COVID 12-39 anni vaccinati ciclo **com-pleto/incompleto** e **3 dosi** vs **non vaccinati**, nel tempo (dati ISS)



NB: parte dei sanitari è tra 18 e 39 anni...
(con booster hanno ora sempre + diagnosi dei non vaccinati!)

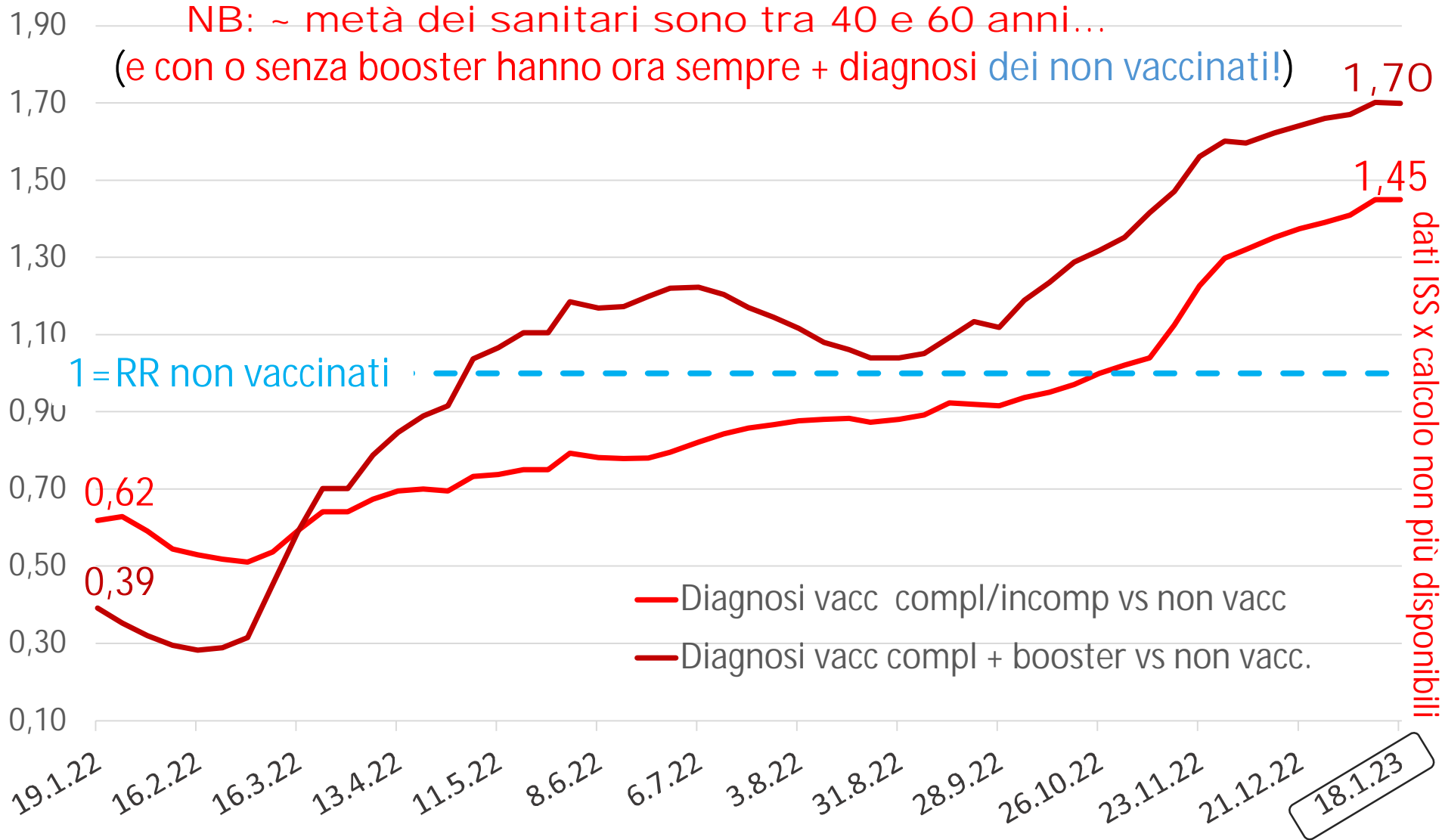


* Il dato dell'11/01/2023 presentava evidenti anomalie nella fascia 12-19 aa. per cui è stato omesso

RR: rischio relativo diagnosi COVID 40-59 anni vaccinati ciclo **com-pleto/incompleto** e **3 dosi** vs **non vaccinati**, nel tempo (dati ISS)



NB: ~ metà dei sanitari sono tra 40 e 60 anni...
 (e con o senza booster hanno ora sempre + diagnosi dei non vaccinati!)



Marcel de Graaff MEP
European Parliament
ASP 06E240
60, rue Wiertz / Wiertzstraat 60
B-1047 Brussels
Belgium

Email: marcel.degraaff@europarl.europa.eu

18 October 2023
EMA/451828/2023
European Medicines Agency

In realtà questi dati erano
chiari dall'agosto 2021...
(parola di Direttrice CDC)



Assenza di dati sulla trasmissibilità

Dear Honourable Members of Parliament Marcel de Graaff, Gilbert Collard, Francesca Donato,....
Thank you for your letter of 4 October 2023 in which you call for the suspension of the marketing authorisations of the mRNA COVID-19 vaccines Comirnaty and Spikevax.

....

You are indeed correct to point out that COVID-19 vaccines have not been authorised for preventing transmission from one person to another. The indications are for protecting the vaccinated individuals only.

The product information for COVID-19 vaccines clearly states that the vaccines are for active immunisation to prevent COVID-19. In addition, EMA's assessment reports on the authorisation of the vaccines note the lack of data on transmissibility. ←

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

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

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

Redazione ANSA

ROMA

06 settembre 2021
13:30
NEWS

Suggerisci

Facebook

Twitter

Altri

A+ A A-

Stampa



Care concittadine e cari concittadini italiani prendo finalmente atto delle dichiarazioni EMA e... mi scuso infinitamente con tutti!
(chiedo un'inchiesta su chi non ha avvisato!)

Redazione ANSA

ROMA

06 settembre 2021
13:30
NEWS

Suggerisci

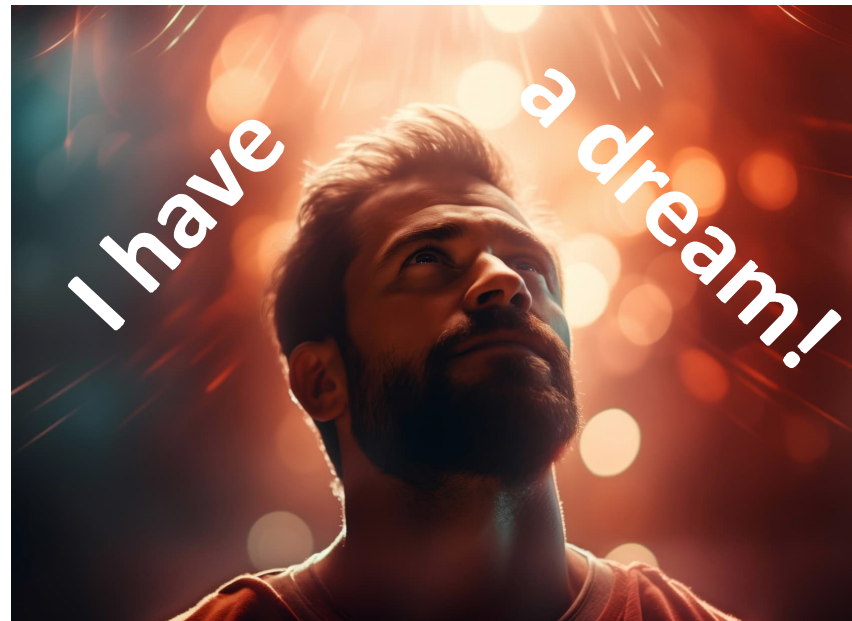
Facebook

Twitter

Altri

A+ A A-

Stampa



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

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

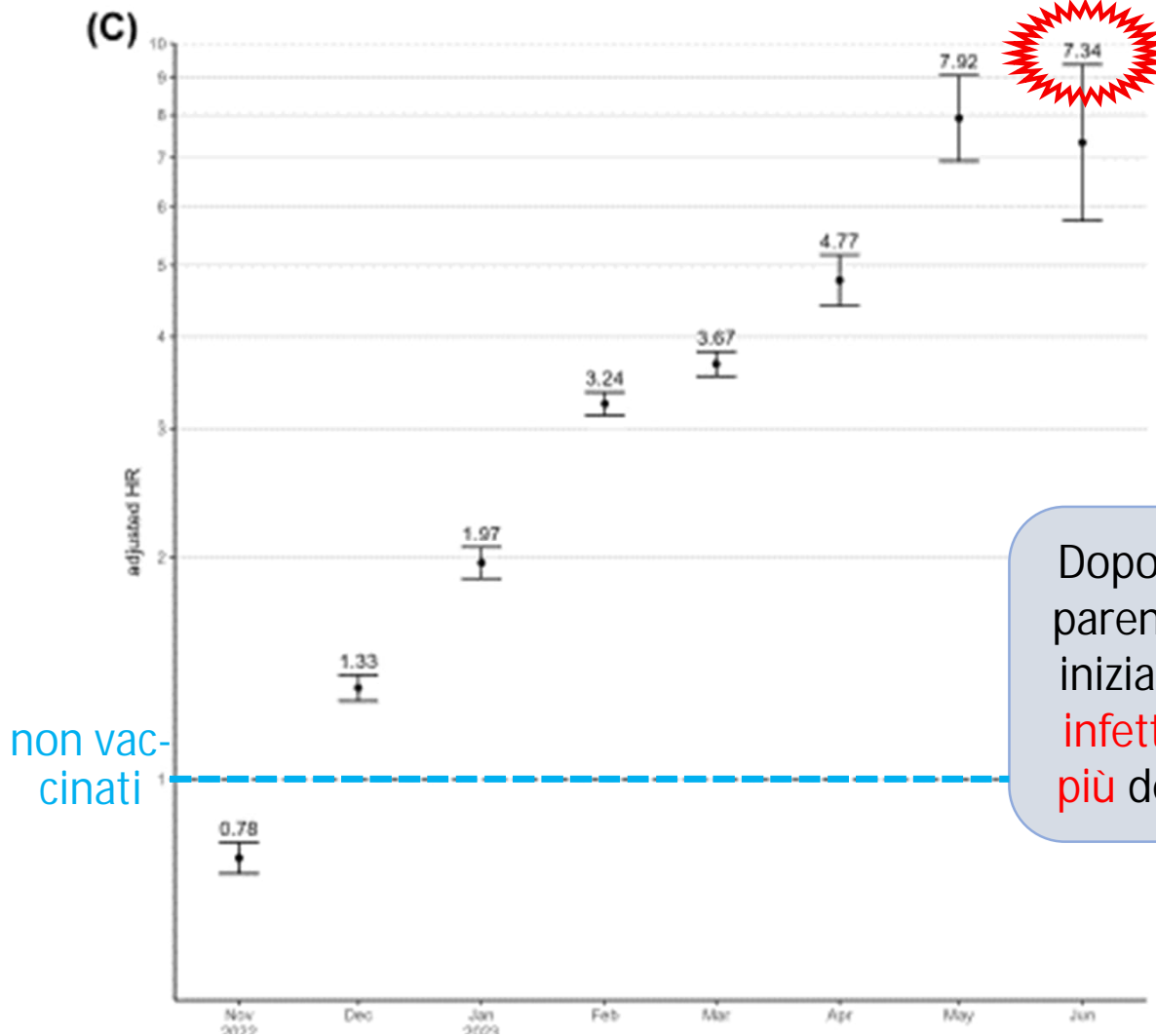


¹Institute for Surveillance & Infectious Disease Epidemiology, Austrian Agency for Health and Food Safety (AGES), Vienna, Austria

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

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

ma non correggono il cd *Cheap Trick* di 7 giorni...



8 mesi dopo la 4a dose (giugno) si infettano 7,3 volte più dei non vaccinati

non vaccinati

Dopo una breve (apparente?) protezione iniziale, con 4 dosi si infettano ogni mese più dei non vaccinati



Nov ('22) → ('23) Genn. Febr. Marzo Aprile Maggio Giugno

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

E se si consiglia di non continuare a vaccinarsi?

Nella Francia della "Liberté..." un PdL

del Partito di Macron, respinto dal Senato

ma poi approvato in *Assemblée Nationale*,

preveda le gravissime sanzioni descritte

nell'Art. 4: **un anno di carcere e € 30.000 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...

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 la CMSi, ben consapevoli del valore delle prove e ben in grado di distinguerle dalle *bufale*.

LIBERTÉ
ÉGALITÉ
FRATERNITÉ



La sentenza n. 258/94 (Corte Costituzionale 1994) della Corte Costituzionale spiega che le **leggi che prevedono l'obbligatorietà delle vaccinazioni sono compatibili con l'art. 32 della Costituzione alle tre condizioni indicate:**

a) **“se il trattamento sia diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri**

b) **se vi sia “la previsione che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato, salvo che per quelle sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiano normali di ogni intervento sanitario e, pertanto, tollerabili” (ivi);**

c) **se** nell'ipotesi di danno ulteriore alla salute del soggetto sottoposto al trattamento obbligatorio – ivi compresa la malattia contratta per contagio causato da vaccinazione profilattica – sia prevista comunque la corresponsione di una “equa indennità” in favore del danneggiato

È rispettata la condizione b? **No, niente affatto!**

Prima di parlare di mortalità, breve cenno a effetti avversi

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



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.

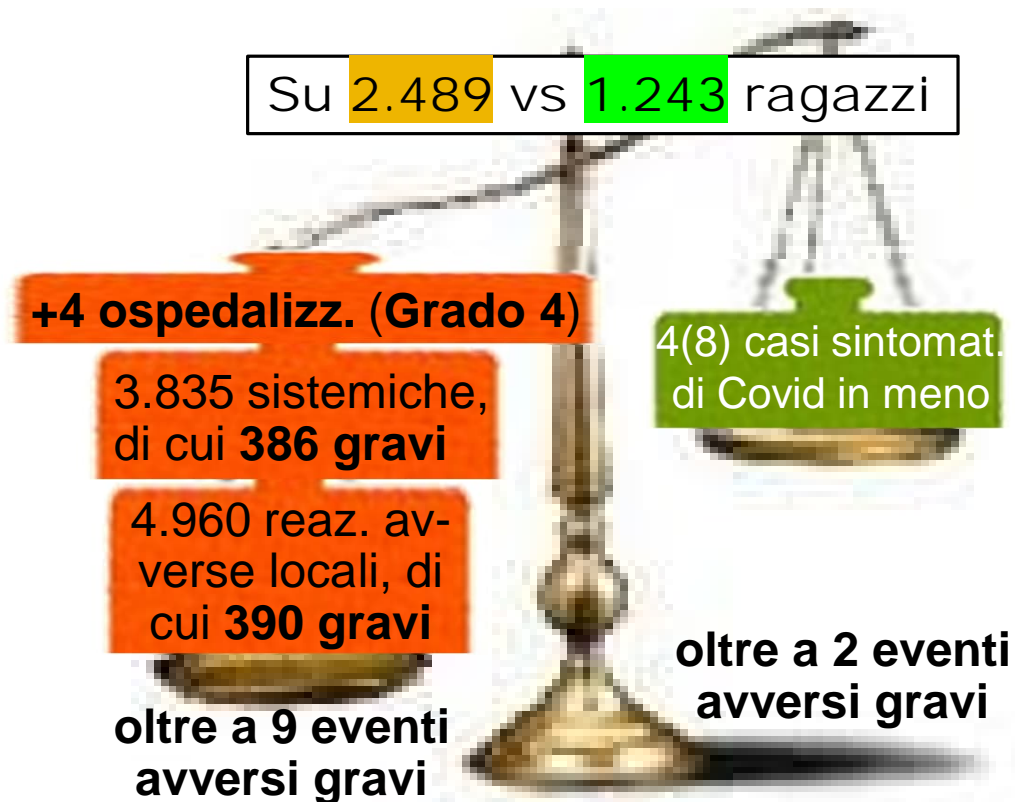
Se si valutano danni e benefici **con sorveglianza attiva** (es. in RCT sui ragazzi)

Evaluation of mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine in Adolescents

Kashif Ali, M.D., Gary Berman, M.D., Honghong Zhou, Ph.D.,
Weiping Deng, Ph.D., Veronica Faughnan, B.S., Maria Coronado-Voges, M.S.,
Baoyu Ding, M.S., Jacqueline Dooley, B.A., Bethany Girard, Ph.D.,
William Hillebrand, M.S., Rolando Pajon, Ph.D., Jacqueline M. Miller, M.D.,
Brett Leav, M.D., and Roderick McPhee, M.D., Ph.D.

[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 regolatori | CMSi \(cmsindipendente.it\)](#)

N Engl J Med 2021;385:2241-51.
DOI: 10.1056/NEJMoa2109522



Cardiovascular Effects of the BNT162b2 mRNA COVID-

19 Vaccine in Adolescents Thailand

Copyright: open access article under [Creative Commons Attribution License](#) which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

Suyanee Mansanguan¹, Prakaykaew Charunwatthana², Watcharapong Piyaphanee², Wilanee Dechkajorn³, Akkapon Poolcharoen⁴ and Chayasin Mansanguan^{2*} doi:10.20944/preprints202208.0151.v1



Studio prospettico di coorte su 301 studenti sani di 13-18 anni che hanno ricevuto la 2a dose di Pfizer (dopo una 1a senza problemi). I dati hanno incluso sintomi, ECG, ecocardiografia ed enzimi cardiaci alla baseline, e ai giorni 3, 7 e 14 (opzionale) → vera sorveglianza attiva.

Il 29% ha avuto effetti cardiovascolari, da tachicardia a miopericardite.

- Tachicardia 7,64 %
- Respiro corto 6,64 %
- Palpitazioni 4,32 %
- Dolore al petto 4,32 %
- Ipertensione 3,99 %
- Prolasso valvola mitralica 3,99 %
- ≥1 marcatore cardiaco elevato o **valutazione di laboratorio positiva 2,33 %**
- 1 miocardiopericardite confermata, 2 pericarditi sospette (minima effusione pericardica, RM compatibile), 4 miocarditi subcliniche sospette (**troponina 15-39 ng/L, ECG anormali**, ma asintomatici), tutti maschi → 2,33 % (e **2 ricoveri**)

Tutti completa risoluzione entro 14 gg, la miopericardite senza esiti RM a 5 mesi.

Sex-specific differences in myocardial injury incidence after COVID-19 mRNA-1273 Booster Vaccination

Brief Title: Myocardial Injury after COVID-19 mRNA-1273 Booster Vaccination

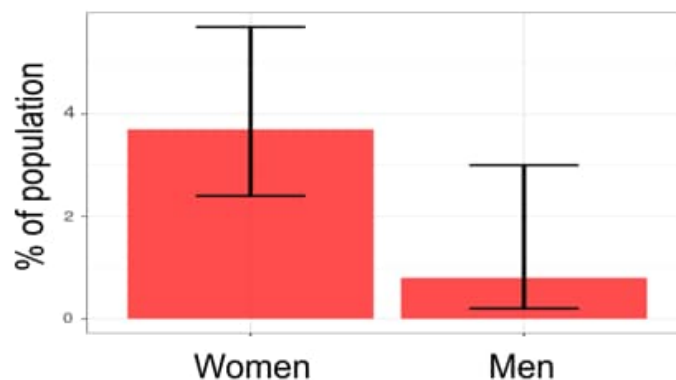
Natacha Buergin^{1*}, Pedro Lopez-Ayala^{1*}, Julia R. Hirsiger², Philip Mueller¹, Daniela Median¹, Noemi Glarner¹, Klara Rumora¹, Timon Herrmann¹, Luca Koechlin¹, Philip Haaf¹, Katharina Rentsch³, Manuel Battegay⁴, Florian Banderet^{5,6}, Christoph T. Berger^{2,7}, Christian Mueller¹

¹Department of Cardiology and Cardiovascular Research Institute Basel (CRIB), University Hospital Basel, University of Basel, Basel; ²Department of Biomedicine, Translational Immunology, University of Basel, Basel; ³Department of Laboratory Medicine, University Hospital Basel, University of Basel, Basel; ⁴Department of Infectious diseases & Hospital Epidemiology, University Hospital Basel, University of Basel, Basel; ⁵Department of Internal Medicine, Medical Outpatient Unit, University Hospital Basel, Basel; ⁶Employee health service, University Hospital Basel, Basel Switzerland, ⁷University Center for Immunology, University Hospital Basel, Basel

*Both have contributed equally and should be considered first author

Word count: 3321 (max. allowed 3500)

Incidence rate of myocardial injury
(30 days post-vaccine)



Miocarditi in
adulti (3^a dose)
2,8%, non
x 100 mila!

Address for correspondence:

Prof. Christian Mueller, Cardiovascular Research Institute Basel (CRIB) and Department of

Studio Svizzero di sorveglianza attiva su 777 sanitari Ospedale di Basilea (70% donne), conferma **l'incidenza di miocarditi subcliniche: 2,8% a 3^a dose (Moderna), 3 ordini di grandezza più di quanto riconosciuto in studi sorveglianza passiva.**

Più frequenti in donne (3,7%!), in apparenza lievi (no MACE entro 30 gg), solo aumento a 3 gg da inoculo di hs-cTnT oltre i limiti superiori sesso-specifici.

ECDC ed efficacia vaccino vs COVID-19 grave che si negativizza



L'ha ammesso anche l'ECDC!

TECHNICAL REPORT

Interim analysis of COVID-19 vaccine effectiveness against Severe Acute Respiratory Infection due to laboratory-confirmed SARS-CoV-2 among individuals aged 20 years and older, ECDC multi-country study – fourth update

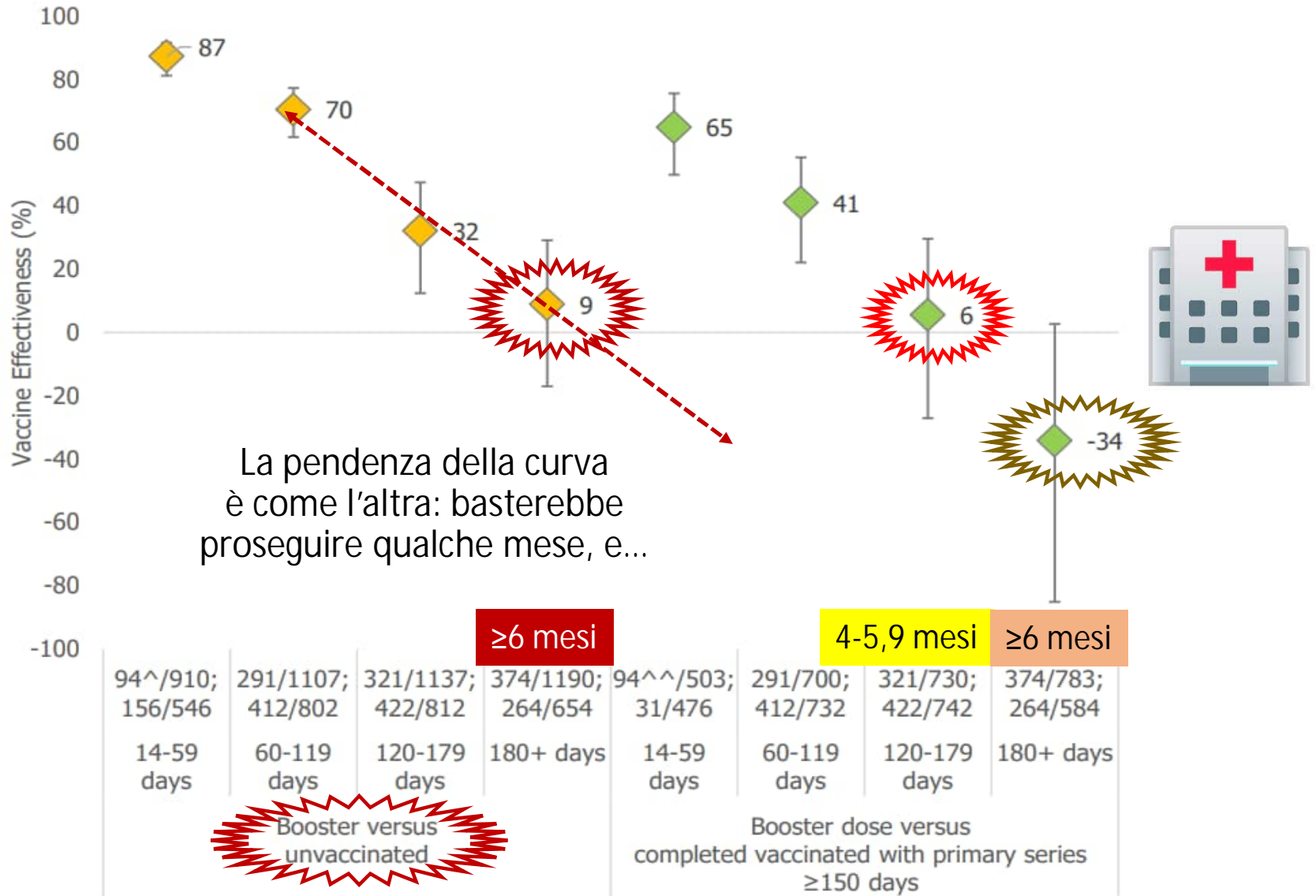
16 March 2023

Eleven EU countries including Germany, France, Spain...

Key facts

- The adjusted vaccine effectiveness of first booster dose vaccination in preventing SARI hospitalisations associated with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection was moderate at 54% (95% CI: 45–61%), and relative to complete primary series vaccination adjusted relative effectiveness of the first booster dose was 29% (95% CI: 14–42%).
- The results presented in this report suggest a lower relative vaccine effectiveness for the first booster dose vaccination among younger adults (20–59 years of age) compared with older adults (60–79 and ≥80 years), albeit with wide overlapping confidence intervals.
- Vaccine effectiveness and relative vaccine effectiveness of the first booster dose vaccination remained high in the first four months after vaccination, but reduced substantially after four months. A similar pattern was observed for 60–79 and ≥80 years of age groups. Limited sample size did not allow vaccine

Figure 5 (alternative). Adjusted* vaccine effectiveness and relative vaccine effectiveness of COVID-19 mRNA booster vaccine against laboratory-confirmed SARS-CoV-2 among hospitalised SARI patients aged 20 years and older, by time since vaccination, seven EU/EEA countries, 21 December 2021–30 September 2022 (n = 4 700†)**



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

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

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

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

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

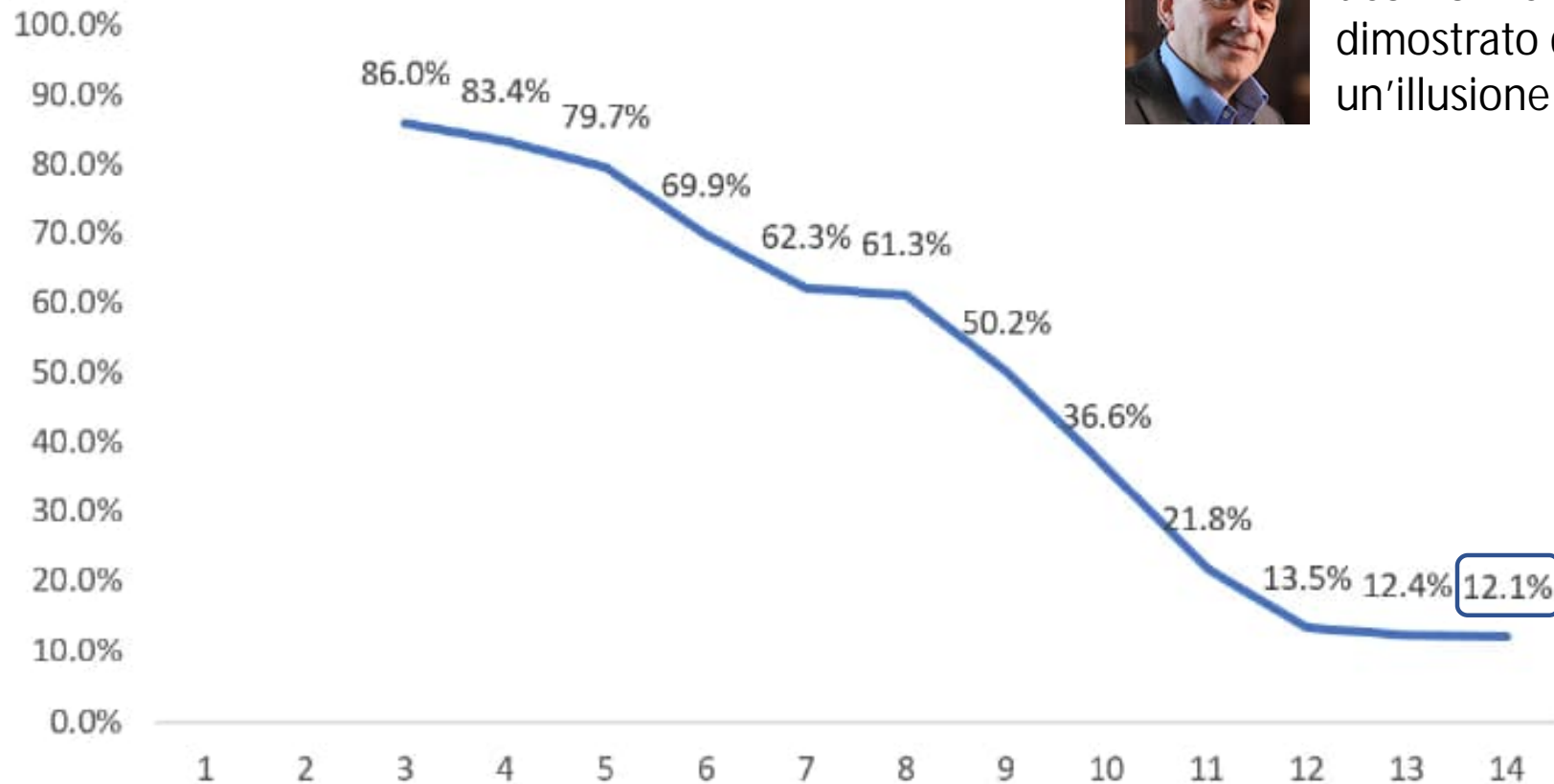
Nel caso di **valutazione di eventi avversi da vaccino** (es: shock anafilattico) la scelta di considerare la data di somministrazione della vaccinazione come il momento di inizio dell’esposizione è chiaramente condivisa.

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

Weekly efficacy reported



Il matematico e informatico Norman Fenton ha dimostrato che ciò crea un'illusione statistica...



Con lo shift dei 14 giorni, un vaccino del tutto inutile (con efficacia vera 0%) **sembra avere efficacia molto alta nelle prime settimane**. Pur diminuendo di continuo, è ancora superiore al 50% alla settimana 9. Entro la settimana 14 l'efficacia è ancora positiva ma solo del 12,1%... da qui la **necessità di una nuova dose di richiamo!**

Questi risultati simulati sono molto simili ai tassi di efficacia nel mondo reale che si osservano nei primi tre mesi di un nuovo vaccino o richiamo.

The Office for No More Statistics on Deaths by Vaccination Status

Like a spoilt brat while losing the ONS decide to take their ball away and stop the game



NORMAN FENTON AND MARTIN NEIL
28 AGO 2023

UK



Notice

25 August 2023

We have identified an issue with the way person years are summed when incorporating fourth vaccination doses. Please do not use this data. We are working urgently to correct this issue.

Apologies for any inconvenience.

25 August 2023

We will no longer be updating the Deaths by vaccination status analysis, England series. The last edition was for April 2021 to May 2023, published on 25 August 2023.

This publication was created during the coronavirus (COVID-19) pandemic to answer important questions around mortality by vaccine status in a timely manner.

Contact:

[Owen Gethings, Dorothee Schneider, Joshua Davidson-Morgan,](#)

Release date:

25 August 2023

Next release:

To be announced

INTERVENTI

COVID-19 vaccination and all-cause and non-COVID-19 mortality. A reevaluation of a study carried out in an Italian Province

Vaccinazione COVID-19 e mortalità per tutte le cause e non COVID-19.

Rivalutazione di uno studio condotto in una provincia italiana

Franco Berrino,¹ Alberto Donzelli,² Paolo Bellavite,³ Giovanni Malatesta⁴

¹ Department of predictive and preventive medicine, Fondazione IRCCS Istituto nazionale dei tumori (retired), Milan (Italy)

² President of Foundation "Allineare Sanità e Salute", Milan (Italy)

³ Department of Medicine, Verona medical school (retired), Verona (Italy)

⁴ Scientific Committee Foundation "Allineare Sanità e Salute", Pistoia (Italy)

Corresponding author: Alberto Donzelli; info@fondazioneallinearesanitaesalute.org

Keypoints

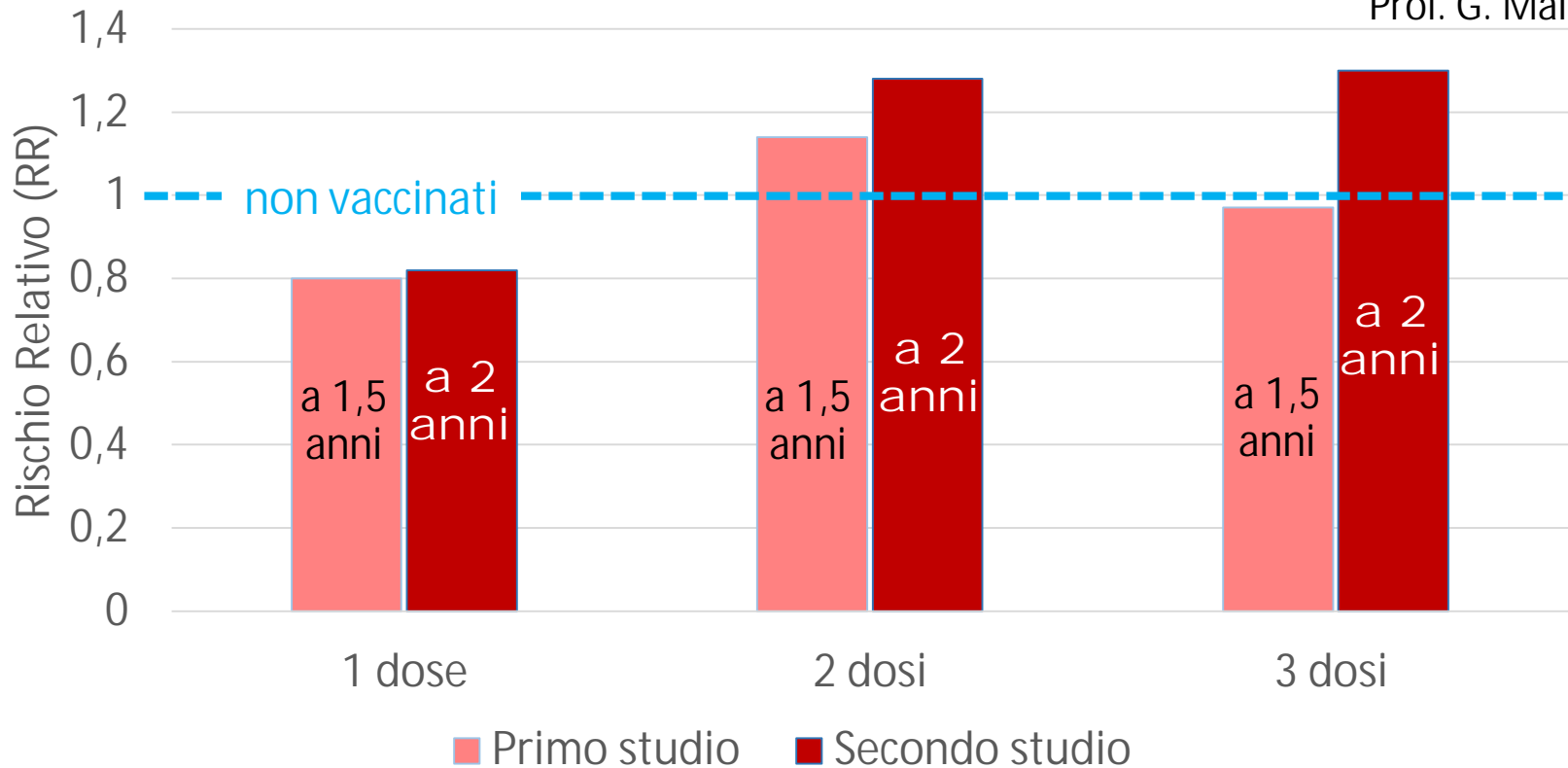
- **COVID-19 vaccination prevents specific mortality; well-planned population studies are needed to evaluate the overall effectiveness of vaccination programmes.**
- **A study carried out in the province of Pescara allows to illustrate the systematic errors that can influence these studies.**
- **First of all, it is discussed the lack of consideration of the immortal time bias, which overestimates the mortality of the unvaccinated, such as of those who have received only one/two vaccine doses. It is also discussed the confounding by indication bias, the healthy-vaccinees bias and the bias of not considering the evolution of risk over time.**

Al contrario di quanto gli autori dello studio originario credevano di aver trovato, correggendo solo il loro maggior errore metodologico, abbiamo documentato che a 1,5 anni di follow-up **i vaccinati non sono morti affatto meno dei non vaccinati!** E prolungando di soli 6 mesi →



Prof. G. Malatesta

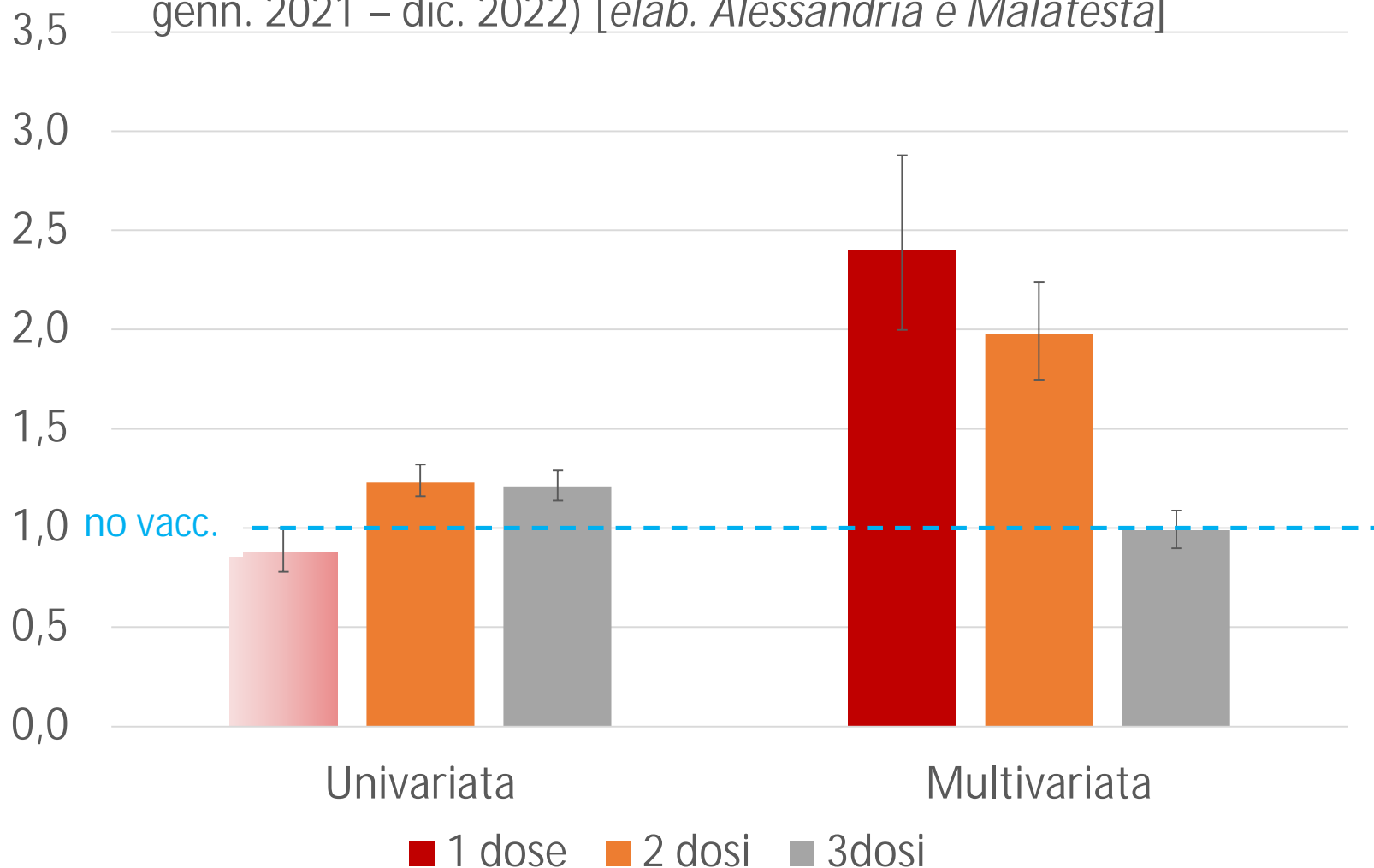
Analisi univariata: confronto 1° studio e 2° studio
Rischio relativo di morte per tutte le cause nella provincia di Pescara, con i dati ricalcolati con i tempi-persona corretti



Nel confronto tra Rischi Relativi (RR), allungando il periodo d'osservazione **crece il rischio di morte per tutte le cause per i vaccinati** vs i **non vaccinati** (linea azzurra).

I RR non tengon conto delle «covariate», cioè di altre variabili che possono incidere sull'esito, ma la popolazione è la stessa, e **la tendenza a peggiorare è già chiarissima**.

HR di mortalità totale x stato vaccinale (prov. Pescara
genn. 2021 – dic. 2022) [elab. Alessandria e Malatesta]



Nell'**analisi multivariata** gli HR hanno tenuto conto di varie covariate, cioè di variabili associate sia ad esito che ad esposizione (benché, essendo studio non randomizzato, vi possono essere fattori di confondimento non misurati o non misurabili...)

Ancora giallo sui dati dei morti post vaccino

Un rappresentante dell'Iss inglese gela due epidemiologi: «Sono informazioni “commercialmente sensibili”». Studio italiano rileva un eccesso di decessi nella fascia di popolazione obbligata a porgere il braccio. Ma per l'Istat le cause sono il «caldo» e l'influenza

LaVerità 31-3-24

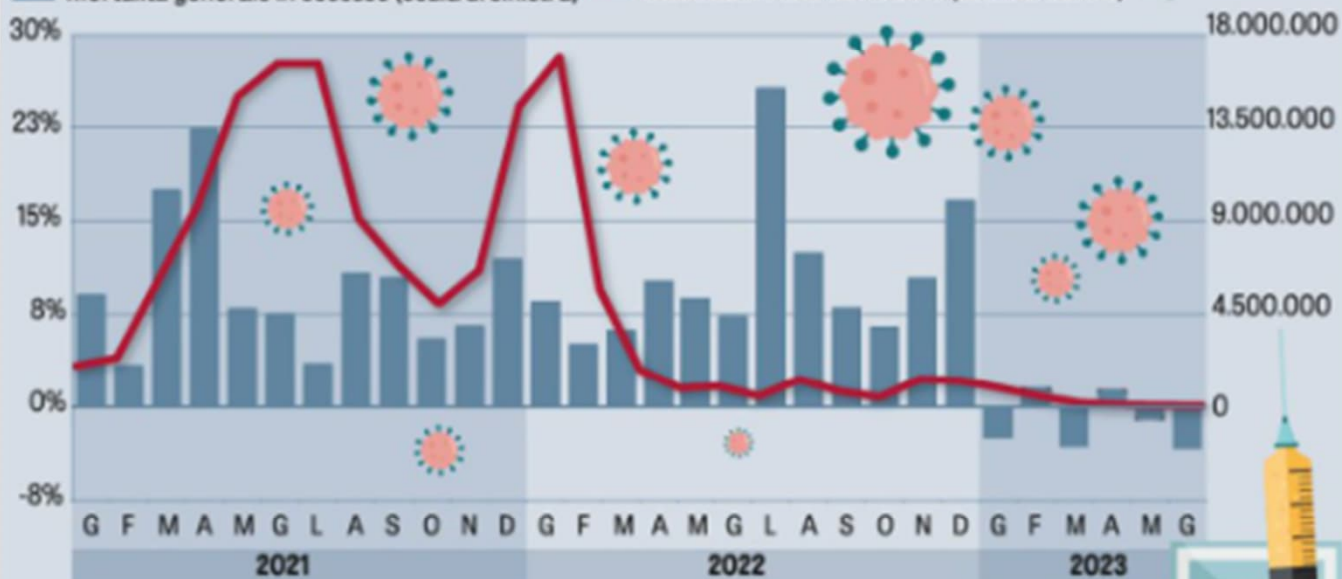
I NUMERI DELL'ITALIA

2021 **63.415** morti in eccesso **+10%**

2022 **67.879** morti in eccesso **+11%**

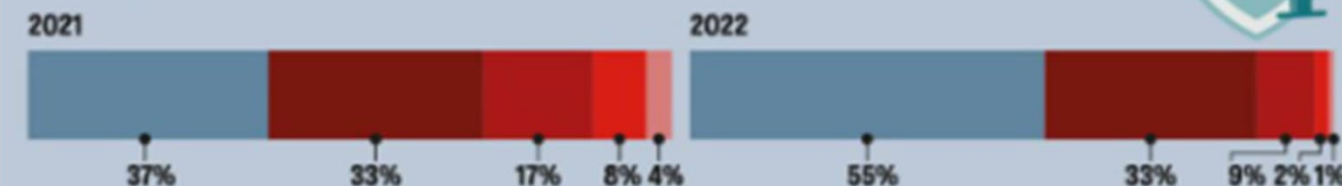
Mortalità generale in eccesso anni 2021, 2022, e 1° semestre 2023 rispetto a media 2015-2019

■ Mortalità generale in eccesso (scala di sinistra) — Inoculazioni anti Covid 2019 (scala di destra)



Mortalità totale in eccesso negli anni 2021 e 2022 distribuzione per fasce di età over 50 (%)

● 90+ ● 80-89 ● 70-79 ● 60-69 ● 50-59



Fonte: Rielaborazione su fonte Istat

LaVerità

In associazione con crollo delle vaccinazioni, nel 2023 la mortalità pare rientrata nei valori attesi (certo altre associazioni plausibili saranno benvenute...)

La CMSi ha un ruolo scientifico e offre apporti coerenti anche su politiche sanitarie, ma non ha certo alcun ruolo partitico.

Per altro, le Elezioni Europee di giugno consentono di esplicitare nei programmi alcuni punti, e riteniamo irrinunciabili questi tre:

- 1) impegno programmatico a **non** aderire a un **Nuovo Trattato Pandemico** né a **modifiche dei Regolamenti Sanitari internazionali OMS** (dunque attenersi a quelli in vigore dal 2005), in particolare se le modifiche rendono **vincolanti** le *raccomandazioni* dell'OMS e prevedono concrete cessioni di sovranità
- 2) Impegno **subito** a **rigettare** l'incredibile bozza di Piano Nazionale di Preparazione e Risposta a pandemie respiratorie, che **impegna l'Italia a fare in sostanza ciò che l'OMS cerca di imporci in Maggio!**
- 3) impegno a **garantire la libertà di espressione e di informazione**, e a **promuovere confronti scientifici aperti**, contrastando norme internazionali (da **OMS**, Europa o altri Organismi) o nazionali che li ostacolano, con il pretesto di impedire la cosiddetta «*disinformazione*».

La *disinformazione* che è **soggetta a discussione**, e va tenuta ben distinta da quanto può esser giusto censurare, come incitamento all'odio o alla violenza

Invitiamo per il voto Europeo a **considerare solo Partiti o almeno i candidati che prendano chiari e non ambigui impegni pubblici scritti su questi tre punti.**

Apro una parentesi su una nuova grandiosa lezione dalla Thailandia
Per COVID-19 a domicilio l'OMS ad oggi¹ **raccomanda pochi farmaci ad alto costo (piuttosto tossici...)**, come **remdesivir** (da € 1662 a >4500 per SSN, + sconto confidenziale), solo per pz ad alto rischio di ricovero; o come **nirmatrelvir-ritonavir** (Pfizer, € 1206, e sconto confidenziale), purché entro 5 giorni dai sintomi e solo se a rischio di progressione a COVID grave. O **molnupiravir**, MS&D, ancor meno efficace, **mutageno**, sospeso da EMA e AIFA. E **paracetamolo** come sintomatico...

Servirebbe anche altro...! Requisiti:



Early treatment with fluvoxamine, bromhexine, ciproheptadine, and niclosamide to prevent clinical deterioration in patients with symptomatic COVID-19: a randomized clinical trial

eClinicalMedicine 2024;70: 102517



Dhammika Leshan Wannigama^{a,b,c,d,ef,at,++} Cameron Hurst^{g,m} Phatthranit Phattharapomjaroen^{h,i,++} Parichart Hongsing^{jk,m}

In Thailand, fino a giugno 2022, su ~1.000 adulti con COVID-19 (Alfa, Delta, e soprattutto Omicron) entro 48 ore dai sintomi:

- **Fluvoxamina** (antivirale e antinfiammat.) ~50+100 mg x 14 gg
~7 €
- **Bromexina** (mucolitico e immunomodulatore) 8+8 mg x 10 gg
<6 €
- **Ciproheptadina** (antiserotonina e immunomodulatore) 4+4+4 mg x 14 gg
~6 €
- **Niclosamide** (antielmintico, antivirale, controllo infiammazione) 1000+1000 mg x 10 gg
~14 €



Wannigama, Bangkok

Treatment group as number (%) of person in each follow-up day

(efficacia)

Outcomes; clinical status on 6-point scale

1: Death 2: Hospitalised, requiring invasive mechanical ventilation or extracorporeal membrane oxygenation 3: Hospitalised, requiring non-invasive ventilation or high-flow oxygen 4: Hospitalised, requiring low-flow supplemental oxygen 5: Hospitalised, not requiring supplemental oxygen; requiring ongoing medical care (COVID-19-related or otherwise) 6: Not hospitalised, not requiring supplemental oxygen or ongoing medical care (other than per-protocol drug administration)

Day	Treatment group	1: Death	2: Hospitalised, requiring invasive mechanical ventilation or extracorporeal membrane oxygenation	3: Hospitalised, requiring non-invasive ventilation or high-flow oxygen	4: Hospitalised, requiring low-flow supplemental oxygen	5: Hospitalised, not requiring supplemental oxygen; requiring ongoing medical care (COVID-19-related or otherwise)	6: <u>Not hospitalised, not requiring supplemental oxygen or ongoing medical care (other than per-protocol drug administration)</u>
Day 9	Standard care	0 (0.0)	19 (5.7)	28 (8.3)	70 (20.8)	110 (32.7)	109 (32.4)
	Fluvoxamine	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	162 (100)
	Fluvoxamine + Bromhexine	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	178 (100)
	Fluvoxamine + Cyproheptadine	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	147 (100)
	Niclosamide + Bromhexine	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	172 (100)
Day 14	Standard care	0 (0.0)	8 (7.3)	11 (10.1)	14 (12.8)	19 (17.4)	57 (52.3)
	Fluvoxamine	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	162 (100)
	Fluvoxamine + Bromhexine	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	178 (100)
	Fluvoxamine + Cyproheptadine	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	147 (100)
	Niclosamide + Bromhexine	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	172 (100)
Day 28	Standard care	0 (0.0)	5 (8.9)	7 (12.5)	9 (16.1)	21 (37.5)	14 (25)
	Fluvoxamine	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (5.6)	0 (0.0)	153 (94.4)
	Fluvoxamine + Bromhexine	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	178 (100)
	Fluvoxamine + Cyproheptadine	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	147 (100)
	Niclosamide + Bromhexine	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	172 (100)

le nuove combinazioni tutte efficaci al 100%

Table 3: Clinical outcomes on a 6-point ordinal scale by study days 9, 14, and 28. 1 missing value in standard care on day 28.

Adverse events

(eventi avversi)

No. of participants with event (%)

Event details	Standard care (n = 336)	Fluvoxamine (n = 162)	Fluvoxamine + Bromhexine (n = 178)	Fluvoxamine + Cyproheptadine (n = 147)	Niclosamine + Bromhexine (n = 172)
<u>Serious adverse events</u>	23 (6.8)	1 (0.6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Other adverse events (people in each group had at least one non-serious AE)	173 (51.5)	75 (46.3)	67 (37.6)	43 (29.3)	47 (27.3)

Table 4: Adverse event summary.



	Standard care (n = 336)	Fluvoxamine (n = 162)	Fluvoxamine + Bromhexine (n = 178)	Fluvoxamine + Cyproheptadine (n = 147)	Niclosamide + Bromhexine (n = 172)
Myalgia (%)	333 (99.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Cognitive symptoms/Headache (%)	324 (96.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pain (%)	277 (82.4)	50 (30.9)	14 (7.9)	11 (7.5)	5 (2.9)
Anxiety/Depression/Fatigue (%)	327 (97.3)	61 (37.7)	14 (7.9)	11 (7.5)	5 (2.9)
Abdominal symptoms (%)	313 (93.2)	69 (42.6)	52 (29.2)	47 (32.0)	13 (7.6)
Abnormal breathing (%)	281 (83.6)	95 (58.6)	79 (44.4)	69 (46.9)	52 (30.2)
Chest/Throat pain (%)	283 (84.2)	60 (37.0)	14 (7.9)	27 (18.4)	22 (12.8)
Any ^a (%)	336 (100.0)	87 (59.9)	87 (48.9)	76 (51.7)	70 (40.7)

^aAny of the symptoms in the above rows.

Table 5: PASC symptoms summary.
(sintomi Long-COVID)

2 volte
meno

2 volte
meno

2,5 volte
meno