

L'efficacia vaccinale COVID verso l'infezione diventa nel tempo negativa. Reazioni, effetti avversi e mortalità per stato vaccinale

Aosta 26-5-2024



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, fino a poco fa negato, ma...

5-6-2024



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, fino a poco fa negato, ma...



“Il Green Pass è una misura con cui gli italiani possono continuare ad esercitare le proprie attività, a divertirsi, ad andare al ristorante, a partecipare a spettacoli all'aperto e al chiuso, con la **GARANZIA** di trovarsi tra persone che **NON SONO CONTAGIOSE.**”

Mario Draghi, conferenza stampa a Palazzo Chigi, 22 Luglio 2021

Ma neppure
10 giorni dopo...

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 a censurare 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, ...⁴

[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.

in pursuit race and swim star Aurélie Rivard follows with another in 50-metre freestyle, A20

ONLY! BADBOY.CA

TORONTO STAR

WEATHER HIGH 33 C | CHANCE OF THUNDERSTORMS | MAP A22

THURSDAY, AUGUST 26, 2021

26 agosto 2021

If an unvaccinated person catches it from someone who is vaccinated, boohoo, too bad. I have no empathy left for the wilfully unvaccinated. Let them die. I honestly don't care

No job could mean no job for Air Canada employees

Simmering divide over who isn't vaccinated

It's a polarizing debate, but patience and understanding for those not getting shots is in short supply as we all look to heal from pandemic

if they die from COVID. Not even a little bit. Unvaccinated patients do not deserve ICU beds. At this

Workers without valid reason for an exemption have until Oct. 30 to be vaccinated

KAREN LIU AND SIMRAN SINGH
STAFF REPORTERS

Air Canada announced Wednesday it is mandating COVID-19 vaccines for all of its employees, following other airlines that have announced vaccine requirements for their workers. The airline announced that those who fail to apply or qualify for valid medical exemptions will be terminated.

In a press release, it stated that employees have to be fully vaccinated against COVID-19 by Oct. 30. The requirement for prospective employees of the company.

Under the mandatory vaccine policy, testing will not be a substitute. While Air Canada has a duty to accommodate its employees who for valid reasons, such as medical conditions, cannot be vaccinated to be fully vaccinated by

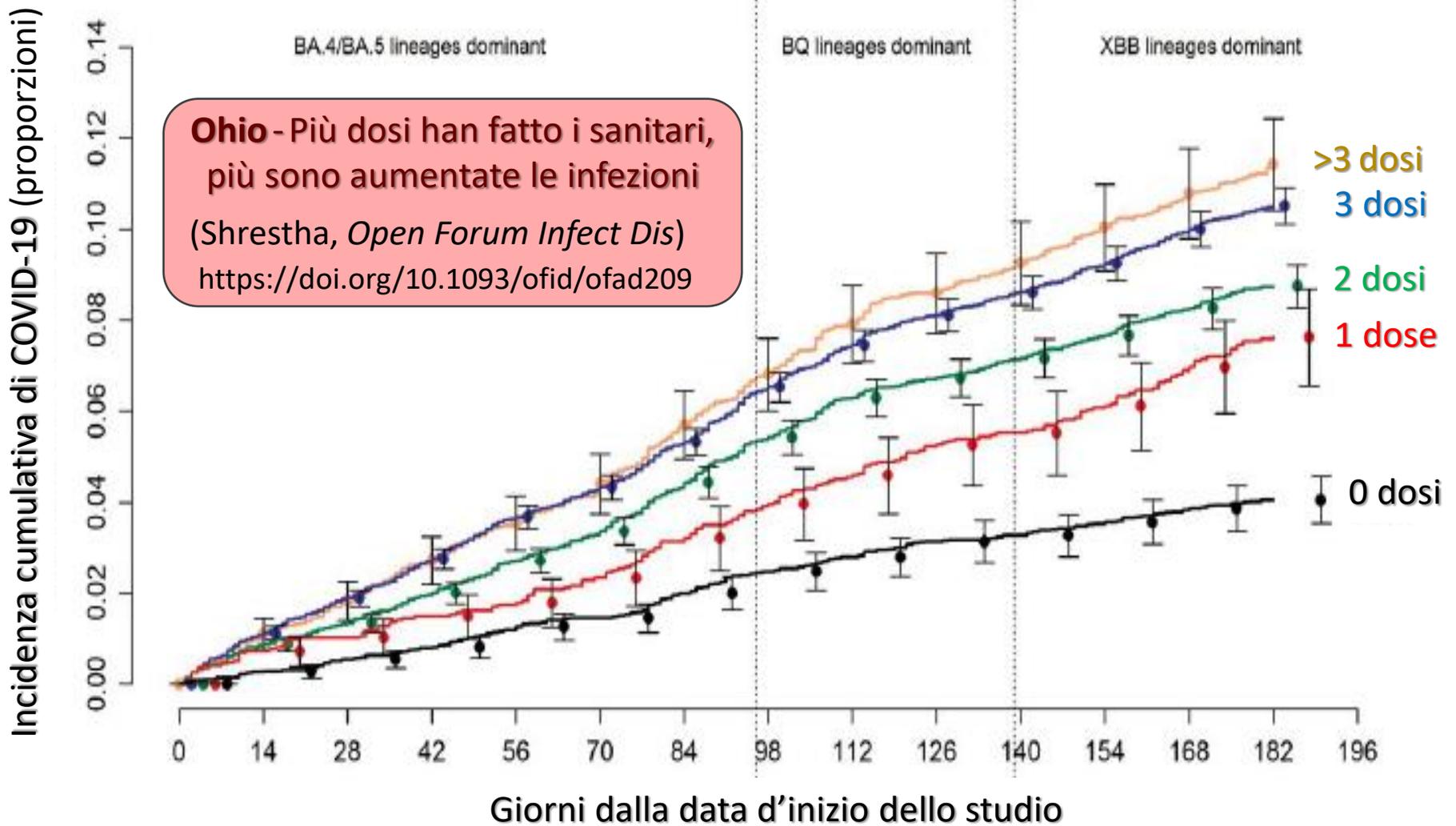


È in ritardo di 18 giorni su ben diverse dichiarazioni della Direttrice CDC...



Dal Min. 3:05 al 3:17

“The double vaccination (...) doesn’t protect you against catching the disease and it doesn’t protect you against passing it on ...”



Nos. at risk:

0 doses	5738	5653	5626	5593	5528	5505	5449	5406	5333	5260	5208	5156	5108	5007
1 dose	2309	2340	2333	2328	2334	2325	2322	2299	2268	2236	2214	2187	2157	2127
2 doses	13 784	13 693	13 654	13 758	13 757	13 787	13 714	13 569	13 381	13 200	13 058	12 907	12 751	12 597
3 doses	20 908	21 024	21 158	21 368	21 500	21 609	21 702	21 555	21 257	21 020	20 841	20 613	20 398	20 187
>3 doses	3634	3630	3631	3658	3665	3675	3642	3614	3548	3488	3452	3407	3368	3326

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

Effectiveness of the 2023-2024 Formulation of the Coronavirus Disease

2019 mRNA Vaccine against the JN.1 Variant → **Vaccino aggiornatissimo!** ma dopo sole 16 settimane protez. minima e...

Nabin K. Shrestha,¹ Patrick C. Burke,² Amy S. Nowacki,³ Steven M. Gordon¹

¹Department of Infectious Diseases, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA, ²Infection Prevention,



Table 2. Unadjusted and Adjusted Associations with Time to COVID-19

Variables	Unadjusted HR (95% CI)	P	<u>Adjusted HR^a</u> (95% CI)	P
<u>Number of prior vaccine doses</u> (ref: 0 or 1)				
2	1.58 (1.22-2.05)	<.001	1.46 (1.12-1.90)	.005
3	2.03 (1.58-2.60)	<.001	1.95 (1.51-2.52)	<.001
>3	2.29 (1.79-2.94)	<.001	2.51 (1.91-3.31)	<.001

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.

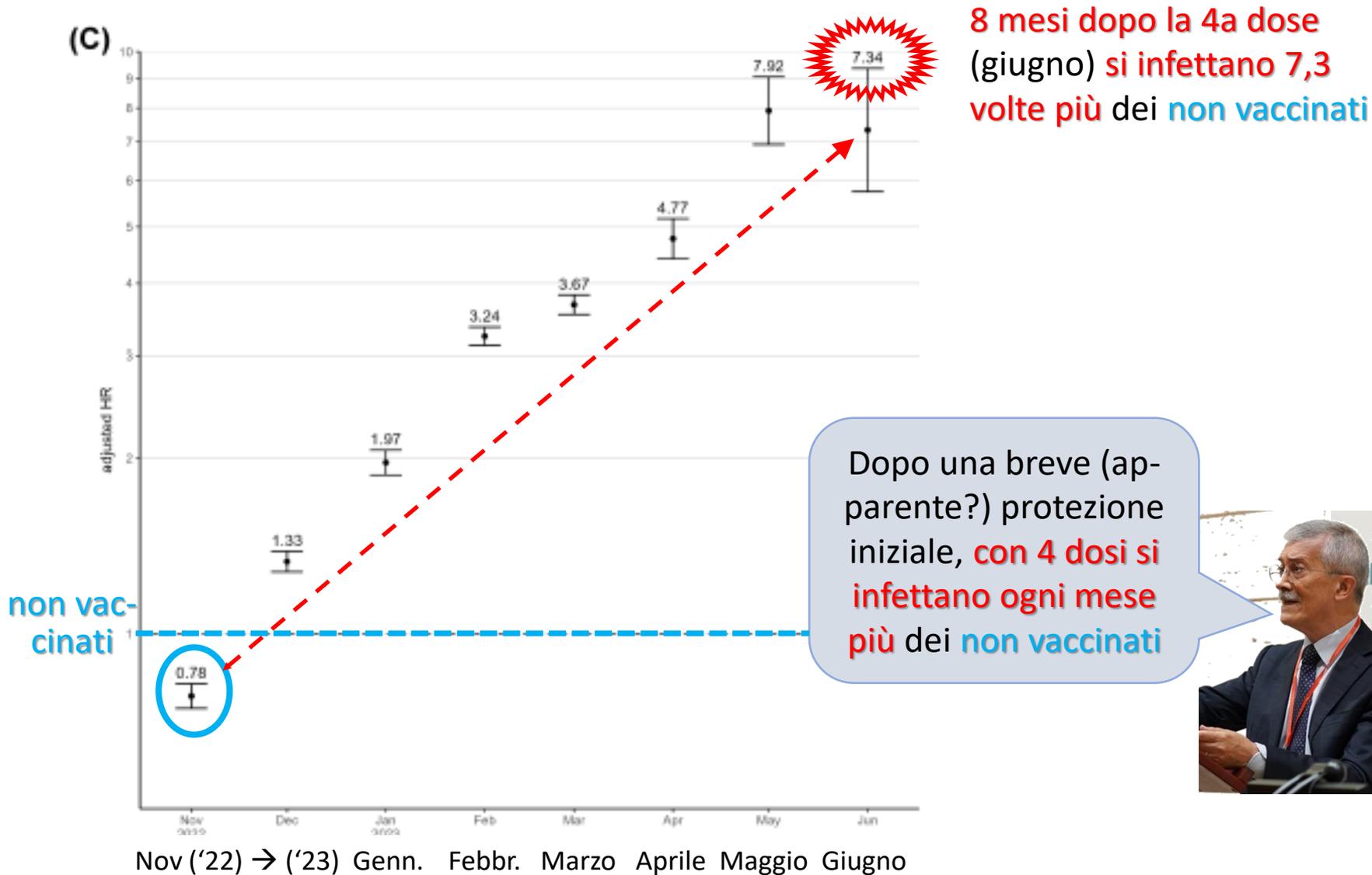


FIGURE 1 Age and gender adjusted hazard ratios (95% confidence intervals) of four versus less vaccine doses against SARS-CoV-2 infections shown for each month from November 2022 to June 2023. (A) Age and gender adjusted hazard ratios of four versus three vaccine doses. (B) Age and gender adjusted hazard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

■ La Asl di Lecce batte un colpo. Peggio per lei. Battute a parte, diamo atto al dottor **Alberto Fedele**, direttore del Dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria del capoluogo salentino, di aver voluto prendere posizione sulla vicenda degli studenti di infermieristica, esclusi dai tirocini in ospedale se non in regola con le dosi di vaccino anti Covid. Laddove la regola, per loro sfortuna, è quella che vige nella Repubblica autonoma pugliese, meglio nota come Emilianistan.

Come ci conferma il funzionario, l'accanimento su laureandi e laureande, in assenza di un obbligo vaccinale decretato dal ministero, affonda sal-



PROTAGONISTI

A destra, il presidente della Regione Puglia ed ex sindaco di Bari, Michele Emiliano
A sinistra, Pier Luigi Lopalco, consigliere regionale, ex virostar ed ex assessore alla Sanità
[Imagoeconomica]

Quarta dose agli infermieri L'Asl si incarta sui guariti e s'appiglia al «re» Emiliano

L'azienda leccese si trincerava dietro le leggi regionali per giustificare l'obbligo vaccinale. Poi mette in dubbio lo scudo dell'immunità naturale. Ma gli studi dicono il contrario

damente le radici nelle normative regionali: quella del 2018, che forzava il personale attivo nei reparti a sottoporsi a ogni tipo di profilassi indicata nel Piano nazionale; quella del 2021, che ha reso necessaria anche la vaccinazione contro il coronavirus; e le circolari del dicastero, che continuano a raccomandare pure le quarte dosi ad anziani, malati e operatori sanitari. Fin qui, quello che la legge permette. Ma poi sconcertano le considerazioni finali del dottor **Fedele** - un *non omen*, per un interprete tanto fedele dei dettami del suo governatore, **Michele Emiliano**.

«Le normative nazionale e regionale», scrive il dirigente, consentono «di valutare lo stato immunitario del lavoratore». Il riferimento dev'essere al caso, riportato dalla *Verità*,

di alcune studentesse: pur non essendosi vaccinate, sono state ammesse ai tirocini in quanto guarite dal Covid. «Tuttavia», aggiunge la nota, «il significato degli anticorpi neutralizzanti anti Sars-Cov-2 in termini di protezione non è ancora chiaro. Per questo motivo i medici del lavoro di Asl Lecce hanno posto specifico quesito all'organismo regionale che coordina le attività dei medici competenti (Sirgils)».

Se fossimo in una puntata dei *Griffin*, nella testa del pingue Peter si accenderebbe un campanellino: «Momento, momento, momento...». Sì, fedelissimo dottor **Fedele**, si fermi un momento, perché abbiamo un paio di domande.

Uno: se «il significato degli anticorpi neutralizzanti in termini di protezione» non vi è chiaro, come mai ad almeno due ragazze guarite - quelle con cui ha parlato *La Verità* - avete permesso di entrare in

corsia, mentre - come si leggeva sul sito dello Sportello dei diritti - ad altre, tridosate e poi scampate all'infezione, chiedete il quarto richiamo?

Due: se non esiste garanzia che chi possiede gli anticorpi per il coronavirus sia immune, per quale motivo sarebbe necessario vaccinarsi? O voi credete che gli anticorpi siano sempre anticorpi e, allora, che uno li abbia acquisiti ammalandosi, oppure sottoponendosi all'iniezione, non fa alcuna differenza. Altrimenti, alla Asl di Lecce sospettate che gli anticorpi da vaccino siano superiori a quelli naturali. E agite di conseguenza. A questo punto, l'organismo regionale interpellato dai medici del lavoro dovrebbe farvi notare che vi sbagliate. Ci permettiamo dunque di fornire al Sirgils qualche suggerimento biblio-

grafico, affinché elabori un parere ben informato.

Il 26 agosto 2021, *Science* pubblica un articolo ipervaccinista, nel quale però è costretta ad ammettere che «aver contratto una volta il Sars-Cov-2 conferisce un'immunità ben maggiore rispetto a un vaccino». A provarlo era un'indagine compiuta su un ampio campione in Israele, al tempo della comparsa della variante Delta, la più contagiosa fino all'arrivo di Omicron.

Il 25 ottobre 2022 - scenario Omicron conclamato - il *Journal of clinical medicine* ospita un contributo di vari scienziati attivi in Italia, tra San Benedetto del Tronto, Ancona, Ferrara, Mirandola, Reggio Emilia, Treviso, Padova e Milano. Nello studio si legge: «È stato dimostrato che l'immunità indotta dal vaccino decade più

velocemente dell'immunità naturale». Ne deriva un consiglio pratico: «La vaccinazione dei soggetti guariti dal Covid-19 non vaccinati potrebbe non essere indicata».

Il 16 febbraio 2023, *The Lancet* propone un'ulteriore analisi, il cui verdetto è che l'immunità naturale garantisce una protezione dal contagio «almeno equivalente, se non superiore, a quella fornita da due dosi di vaccini a mRNA». Si parla di ciclo primario. Ma nella migliore delle ipotesi, l'immunità dopo il secondo booster, alias quarta dose, dura quattro mesi. Lo certificano i Centers for disease control and prevention americani. Ai camici bianchi di Lecce la sentenza definitiva.

È vero quello che afferma il dottor **Fedele**: sebbene «in misura notevolmente inferiore

Chiederò un confronto

La Puglia nega il diritto allo studio agli infermieri senza quarta dose

Studenti e studentesse di Lecce esclusi dai tirocini in ospedale anche se si sono vaccinati per volte e volte grazie ai guariti del Covid. La Regione, infatti, impone il richiamo ai sanitari, che il sindacato emiliano a raccomandare

SCANDALO Il titolo della *Verità* sull'obbligo vaccinale per gli infermieri

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.

Cardiovascular Effects of the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine in Adolescents

Tailandia

Suyanee Mansanguan¹, Prakaykaew Charunwatthana², Watcharapong Piyaphanee², Wilanee Dechkhajorn³, 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.

Gli autori thailandesi citano un **precedente studio** con **4,6% di manifestazioni cardiache** in chi ha ricevuto vaccini COVID-19, sulla cui base hanno dimensionato il campione.

Altri studi riportano 12,6 casi di miocardite/pericardite per milione di 12-39enni che hanno ricevuto una 2^a dose di vaccino a mRNA (es. *Witberg NEJM 2021*). La posizione dei CDC e la narrazione corrente sono simili.

In contrasto, **questo studio thailandese ha trovato il 2,33% di casi di miocarditi o pericarditi** (tutti lievi) in 301 studenti di 13-18 anni sottoposti (**finalmente!**) a una **vera sorveglianza attiva**.

Ndr: si tratta di **~23.250 casi per milione**, oltre **1.800 volte più** di quanto sopra riportato.

Tuttavia gli autori concludono:

A loro scusante, si può supporre che questa sbalorditiva dichiarazione aumenti le chance di pubblicazione...

Overall, COVID-19 mRNA vaccination has an extremely favorable outcome, and should be recommended for adolescents.



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

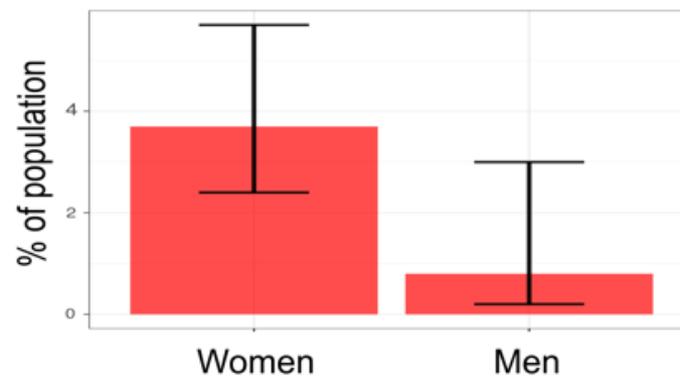
Natacha Buergin^{1*}, Pedro Lopez-Ayala^{1*}, Julia R. Hirsiger², Philip Mueller¹, Daniela Median¹, Noemi Glarner¹, Klara Rumora¹, Timon Herrmann¹, Luca Koechlin¹, Philip Haaf¹, Katharina Rentsch³, Manuel Battegay⁴, Florian Banderet^{5,6}, Christoph T. Berger^{2,7}, Christian Mueller¹

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!

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.



[Interim analysis of COVID-19 vaccine effectiveness against hospitalisation due to COVID-19 and death using electronic health records in eight European countries: first update \(europa.eu\)](https://www.europa.eu)

TECHNICAL REPORT 8 Apr 2024

**Interim analysis of COVID-19
vaccine effectiveness against
hospitalisation due to COVID-19
and death using electronic health
records in eight European
countries: first update**

April 2022 to July 2023

www.ecdc.europa.eu

Otto paesi europei
inclusa l'Italia...

Table 10. Relative* vaccine effectiveness (95% confidence intervals) in ≥ 80 years against COVID-19-related death of the first, second and third booster dose between April 2022 and July 2023

Study period	Complete primary vaccination + <u>first booster dose</u>				Complete primary vaccination + <u>two booster doses</u>				Complete primary vaccination + <u>three booster doses</u>			
	Overall	<12 weeks	12–24 weeks	>24 weeks	Overall	<12 weeks	12–24 weeks	>24 weeks	Overall	<12 weeks	12–24 weeks	>24 weeks
February 1 to March 28 2023	-5.7% (-67.8; 33.4)	-	-	-16.2% (-65.1; 18.2)	46.3% (-19.5; 75.9)	14.0% (-88.6; 60.8)	40.1% (-13.5; 68.4)	23.1% (-131.1; 74.4)	-5.5% (-51.5; 26.5)	-20.4% (-120.8; 34.4)	-25.2% (-160.5; 39.8)	-
March 1 to April 25 2023	-3.3% (-62.2; 34.2)	-	-	-7.4% (-74.4; 33.9)	33.1% (-47; 69.5)	-	41.0% (-9.2; 68.1)	7.0% (-154; 66)	12.1% (-56.6; 59.2)	-100.4% (-350.2; 10.8)	-14.4% (-338.3; 70.2)	-99.0% (-364.9; 14.8)
April 1 to May 26 2023	24.3% (-93.4; 70.4)	-	-	22.6% (-95.6; 69.4)	34.1% (-82; 76.2)	-	14.7% (-204; 76.1)	33.3% (-81.9; 75.5)	-4.2% (-77.9; 39)	-	-	-61.3% (-333.5; 40)
May 1 to June 25 2023	-11.9% (-158.5; 51.6)	-	-	-12.5% (-159.5; 51.2)	-10.6% (-159.5; 52.8)	-	-42.1% (-205.3; 33.9)	-13.7% (-167.5; 51.7)	11.1% (-39.7; 43.4)	-	-	14.0% (-42.6; 48.1)
June 1 to July 26 2023	-30.8% (-625.6; 76.4)	-	-	-32.2% (-622.7; 75.8)	-8.8% (-574.2; 82.4)	-	-	-11.8% (-579.1; 81.6)	-172.8% (-2170.8; 67.2)	-	-	-213.4% (-3242.4; 70.6)

* Relative vaccine effectiveness of first, second and third booster dose compared to complete primary vaccination series without booster administered ≥ 24 weeks ago

-30,8% (-625,6% ; 76,4%)

-172,8% (-2.170,8% ; 67,2%)

Table 12. Relative* vaccine effectiveness (95% confidence intervals) in those aged 50–64 years against COVID-19-related death of the first, second and third booster dose, April 2022 and July 2023

Study period	Complete primary vaccination + <u>first booster dose</u>				Complete primary vaccination + <u>two booster doses</u>			
	Overall	<12 weeks	12–24 weeks	>24 weeks	Overall	<12 weeks	12–24 weeks	>24 weeks
May 1 to June 25 2023	5.6% (-157.8; 65.4)	-	-	0.0% (-215.4; 68.3)	-7.4% (-210.1; 62.8)	-	-	-
June 1 to July 26 2023	-	-	-	-	-86.0% (-587.9; 49.7)	-	-	-

* Relative vaccine effectiveness of first, second and third booster dose compared to complete primary vaccination series without booster administered ≥ 24 weeks ago.

-86% (-587,9% ; 49,7%)

Conclusions

Results **clearly support** (?!?) the policy of **providing additional boosters periodically to maintain protection**, especially to those ≥ 80 years, as they have an increased risk of severe outcomes.



Research Article

Excess Mortality in Cyprus during the COVID-19 Epidemic

Eleftheria C Economidou¹, Nikolaos Markou², Kyriakos Prokopi³,
Demetris Avraam^{4*}, Elpidoforos S Soteriades^{5,6*}

¹Department of Pediatrics, Larnaca General Hospital, Larnaca, Cyprus

²Independent Researcher and Statistical Analyst, Nicosia, Cyprus

³Independent Researcher and Systems Analyst, Nicosia, Cyprus



Si è analizzato l'eccesso di mortalità in Cipro nei 7 anni 2016-2022, in base ai dati pubblici (Eurostat) del Ministero Salute, in relazione alle morti COVID-19 e alle dosi vaccinali, documentando un **sostanziale eccesso di mortalità totale, soprattutto negli anni 2021 e 2022**, anche dopo aver escluso le morti COVID.

Negli **ultimi due trimestri 2021** l'eccesso è stato **+34,1%** e **+11,8%**.

Nel **primo trimestre 2022** l'eccesso è stato **+30,7%**.

Occorre indagare questo preoccupante e inatteso eccesso di mortalità.

All causes deaths in Cyprus (Yearly data)

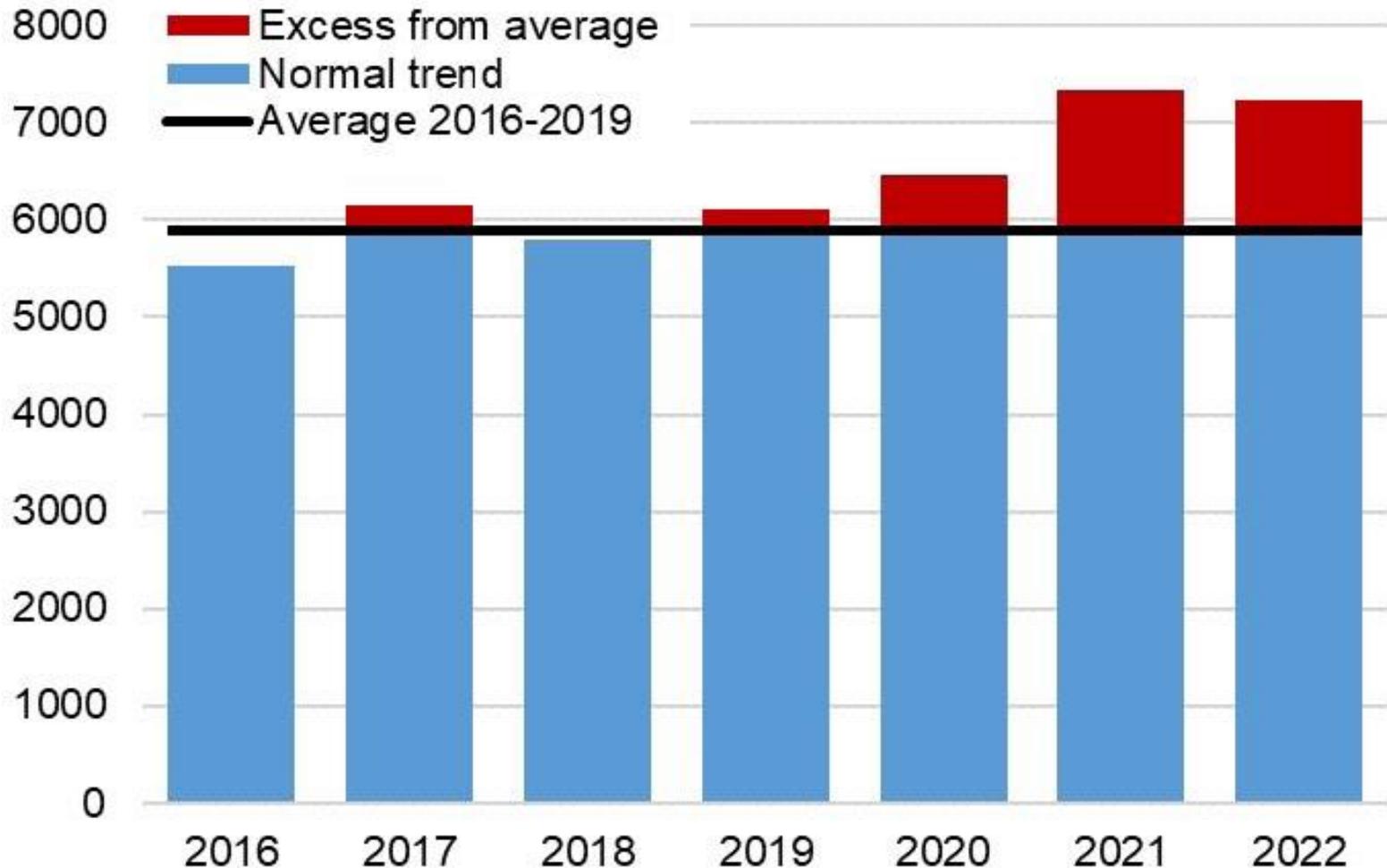


Figure 1: Total deaths from all causes presented on a yearly basis. Data obtained from the Eurostat dataset for the period between 2016 to 2022. The reference average line was generated using mortality data from 2016 to 2019. The average line is used to assess deviation from the pre-COVID-19 period. The excess deaths are shown in red.

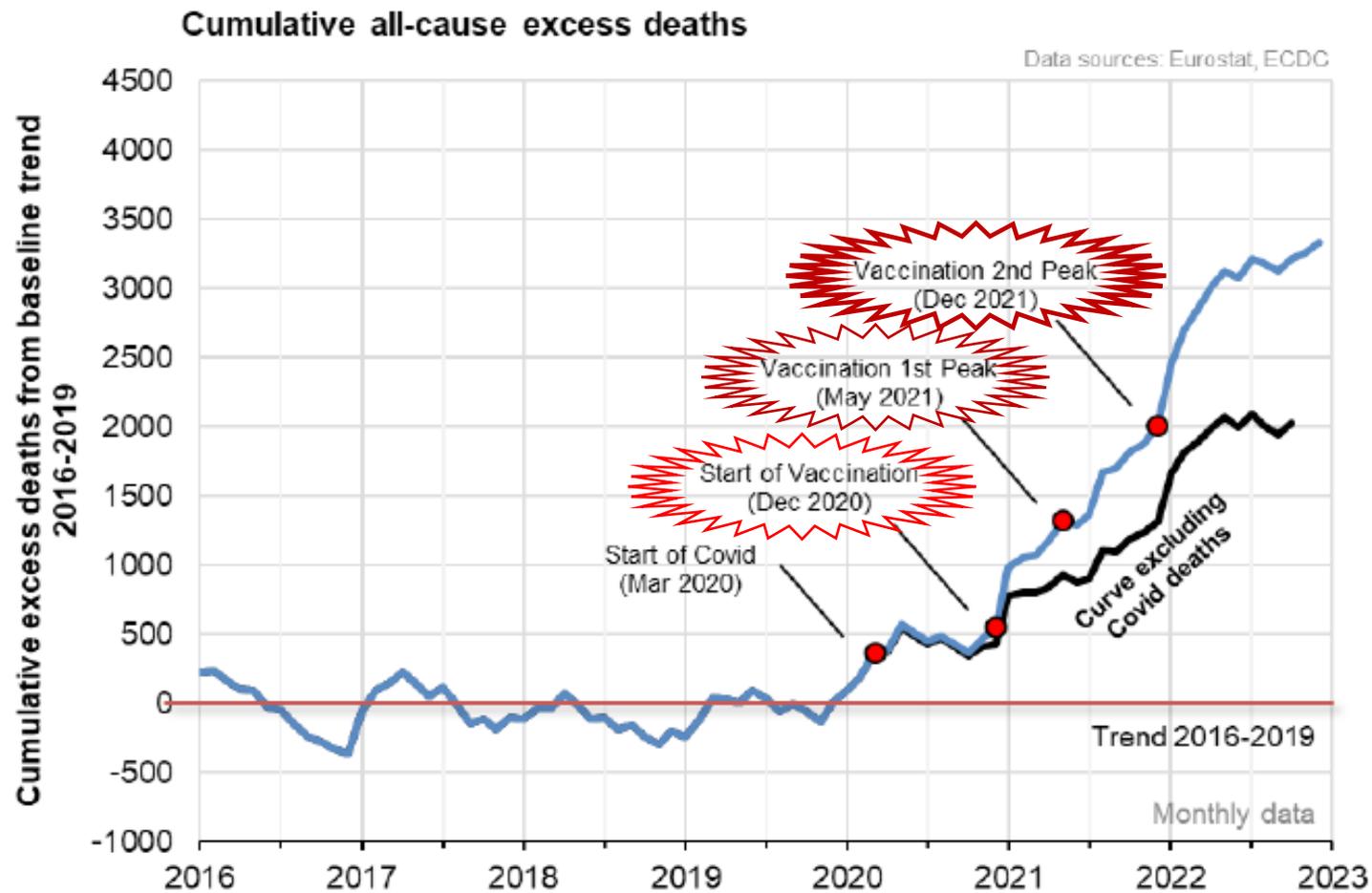


Figure 4: The mortality deviation from the average trend of years 2016 – 2019 is presented in the graph along with important key dates indicating the first COVID-19 cases reported in Cyprus on March 10th 2020, the start of the vaccination campaign on December 27th 2020 and the two identified peaks of total vaccination doses delivered in May and December of 2021, respectively. The overall curve represents the cumulative excess total deaths from all causes in Cyprus. We note that during the period between the start of SARS-CoV-2 epidemic in Cyprus and the start of the vaccination campaign, the mortality deviation is very low compared to the vaccination period that followed, which appears to increase drastically during the vaccination period and thereafter. The cumulative curve also suggests that the proposed assessment method of mortality trend can provide an unbiased result. Therefore, we are able to identify that the critical increased mortality occurring after December 2020 has led to about 3000 excess deaths within the years 2021-2022.

[A reanalysis of an Italian study on the effectiveness of COVID-19 vaccination suggests that it might have unintended effects on total mortality - E&P Repository \(epiprev.it\)](https://repo.epiprev.it/2862)

[A reanalysis of an Italian study on the effectiveness of COVID-19 vaccination suggests that it might have unintended effects on total mortality](https://repo.epiprev.it/2862)

Publication date: 11/04/2024 - **E&P Code:** repo.epiprev.it/2862

Authors: Alessandria M.¹, Malatesta G.², Donzelli A.³, Berrino F.⁴.

SOTTOMESSO A  EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

Abstract: Immortal-time bias (ITB) is known to be common in cohort studies and distorts the association estimates between treated and untreated groups. We used data from the last of two large studies in an Italian province on COVID-19 vaccines safety and effectiveness incurred this bias, and aligned the entire population on a single index date, to correct the ITB. We considered the "all-cause deaths" outcome to compare the survival curves between the unvaccinated group and the various vaccination statuses. The all-cause deaths Hazard Ratios in univariate analysis for unvaccinated (reference) versus vaccinated with 1, 2, 3/4 doses were 0.88 (CI₉₅: 0.78 -1.00; p-value 0.044), 1.23 (1.16-1.32; p-value ≤0.001) and 1.21 (1.14-1.29; p-value ≤0.001), respectively. The multivariate values were 2.40 (2.00-2.88; p-value <0.0001), 1.98 (1.75-2.24; p-value

<0.0001), 0.99 (0.90-1.09; ns). The possible explanations of the trend of the Hazard Ratios as vaccinations increase could be a harvesting effect; a calendar-time bias, accounting for seasonality and pandemic waves; a case-counting windows bias; a healthy-vaccinee bias, or some other common bias. With two and four doses the calculated Restricted Mean Survival Time and Restricted Mean Time Lost have shown a small but significant downside for the vaccinated populations.

Cite as: Alessandria M., Malatesta G., Donzelli A., Berrino F. (2024). A reanalysis of an Italian study on the effectiveness of COVID-19 vaccination suggests that it might have unintended effects on total mortality. E&P Repository

<https://repo.epiprev.it/2862> 

Topic: [COVID-19](#)

Key words: [all-cause deaths](#), [COVID-19 vaccines](#), [Healthy-vaccinee bias](#), [immortal-time bias](#).

AVVERTENZA. GLI ARTICOLI PRESENTI NEL REPOSITORY NON SONO SOTTOPOSTI A PEER REVIEW.



[A reanalysis of an Italian study on the effectiveness of COVID-19 vaccination suggests that it might have unintended effects on total mortality](https://repo.epiprev.it/2862)

SCARICA

Download 387.83 KB

Gli autori dello studio di Pescara han mantenuto l'impegno a fornirci il set di dati, consentendoci **un'analisi multi-variata**.

Questo ad oggi è forse il lavoro più avanzato al mondo, e mostra (nel biennio 2021-2022):

1 dose HR 2,40
2 dose HR 1,98
3 dose HR 0,99 (ma è probabile sia peggio, come spiegato)

Gli HR per le persone vaccinate con 2, o con ≥ 3 dosi potrebbero non essere accurati, e per questi due stati vaccinali abbiamo calcolato anche gli RMST e gli RMTL, confrontandoli con gli stessi indici dei non vaccinati.

Le **differenze negli RMST tra vaccinati e non vaccinati sono significative** per i gruppi sia a 2 dosi che a ≥ 3 dosi.

Possono sembrare irrilevanti (di pochi giorni), ma si riferiscono a un periodo di tempo limitato (739 giorni per i vaccinati con 2 dosi, 579 giorni per vaccinati con ≥ 3 dosi).

Estrapolando il risultato all'intera aspettativa di vita dei pescaresi (82,6 anni, cioè 30.149 giorni), si avrebbe una **perdita media d'aspettativa di vita:**

- di **$\sim 3,6$ mesi** per i vaccinati **con 2 dosi**
- di **$\sim 1,3$ mesi** per i vaccinati **con ≥ 3 dosi**.

Per motivi illustrati in un nostro articolo, però, la perdita di aspettativa di vita per i plurivaccinati potrebbe essere maggiore.



angela camuso
@camuso_angela



Domanda:

ha senso proiettare gli effetti riscontrati con 3 dosi di vaccino sull'intera aspettativa di vita?

FOLLIA VAX IN BRASILE: LULA OBBLIGA DA GENNAIO I BEBE' A TRE DOSI DI VACCINO ANTI-COVID E STA INCRIMINANDO I GENITORI CHE SI OPPONGONO. TUTTO QUESTO IN ASSENZA DI UNA LEGGE. Guarda su [@byoblu](#) il servizio di Angela Camuso

Risposta:

anche sì, se si guarda a quanto accade nel mondo...



[\(4\) Italian study calculates Covid-19 vaccine reduces average life expectancy by four months \(substack.com\)](#)



Italian study calculates Covid-19 vaccine reduces average life expectancy by four months by adjusting for significant biases in observational data

[MARTIN NEIL NORMAN FENTON](#) APR 19, 2024

Background

One week ago, on 11th April, a pre-print paper appeared in the repository of "Epidemiology and Prevention", the in-house Journal of the Italian Association of Epidemiology. The



Selection biases addressed and unaddressed

What makes this paper interesting and exciting is that, **unlike almost all observational studies of vaccine effectiveness and safety, two critical sources of bias are avoided:**

Immortal time bias (ITB) (...) (Un)Healthy vaccinee effect

Conclusions

Even though the data suffers from the miscategorisation bias, as well as some other potential confounding effects, which they carefully note, **this is clearly the best quality study we have available on Covid-19 vaccination to date.**

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

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

CMSi:

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

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

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

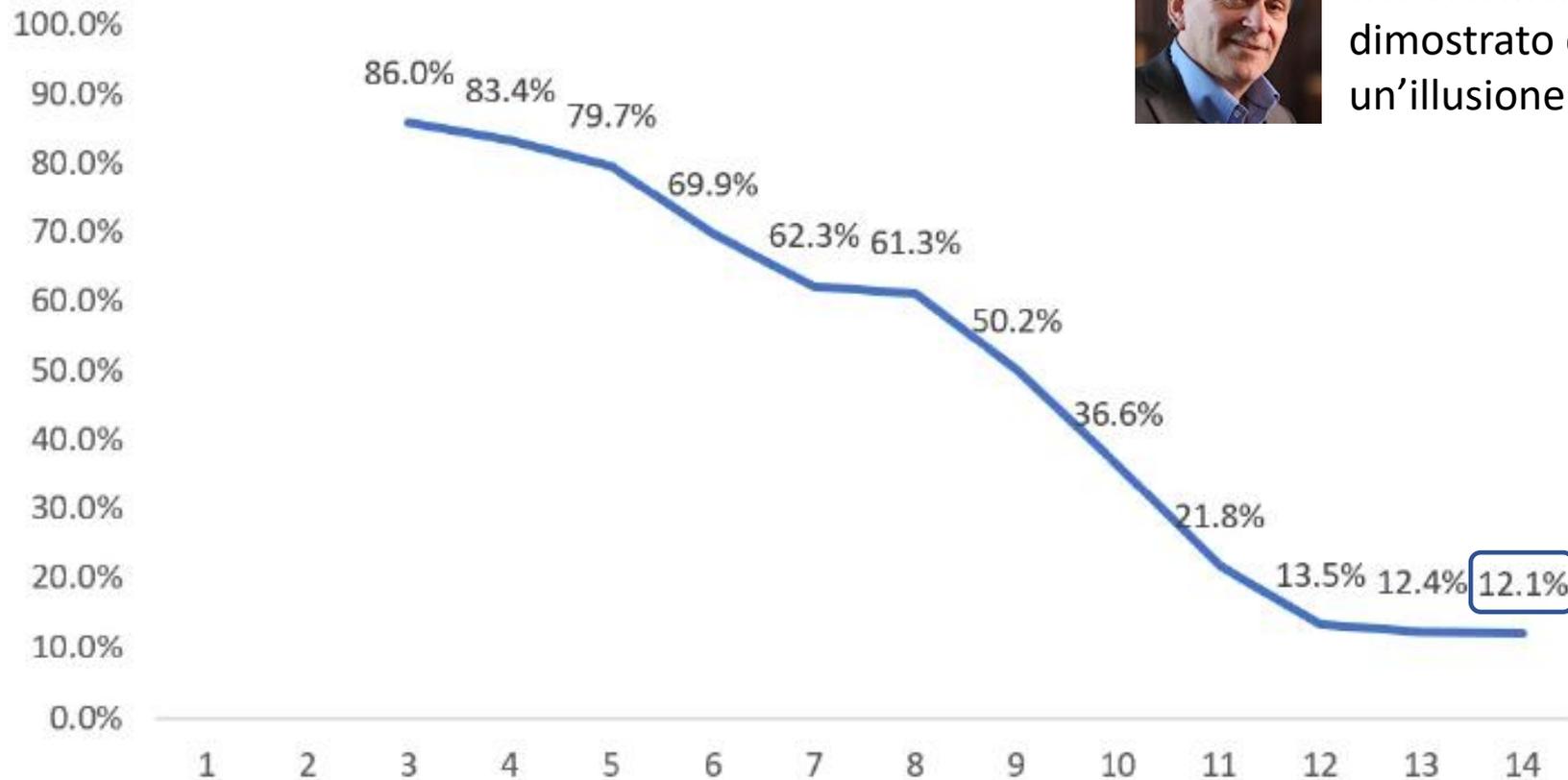
Nel caso di **valutazione di eventi avversi da vaccino** (es: shock anafilattico) la scelta di considerare la data di somministrazione della vaccinazione come il momento di inizio dell’esposizione è chiaramente condivisa.

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

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!**

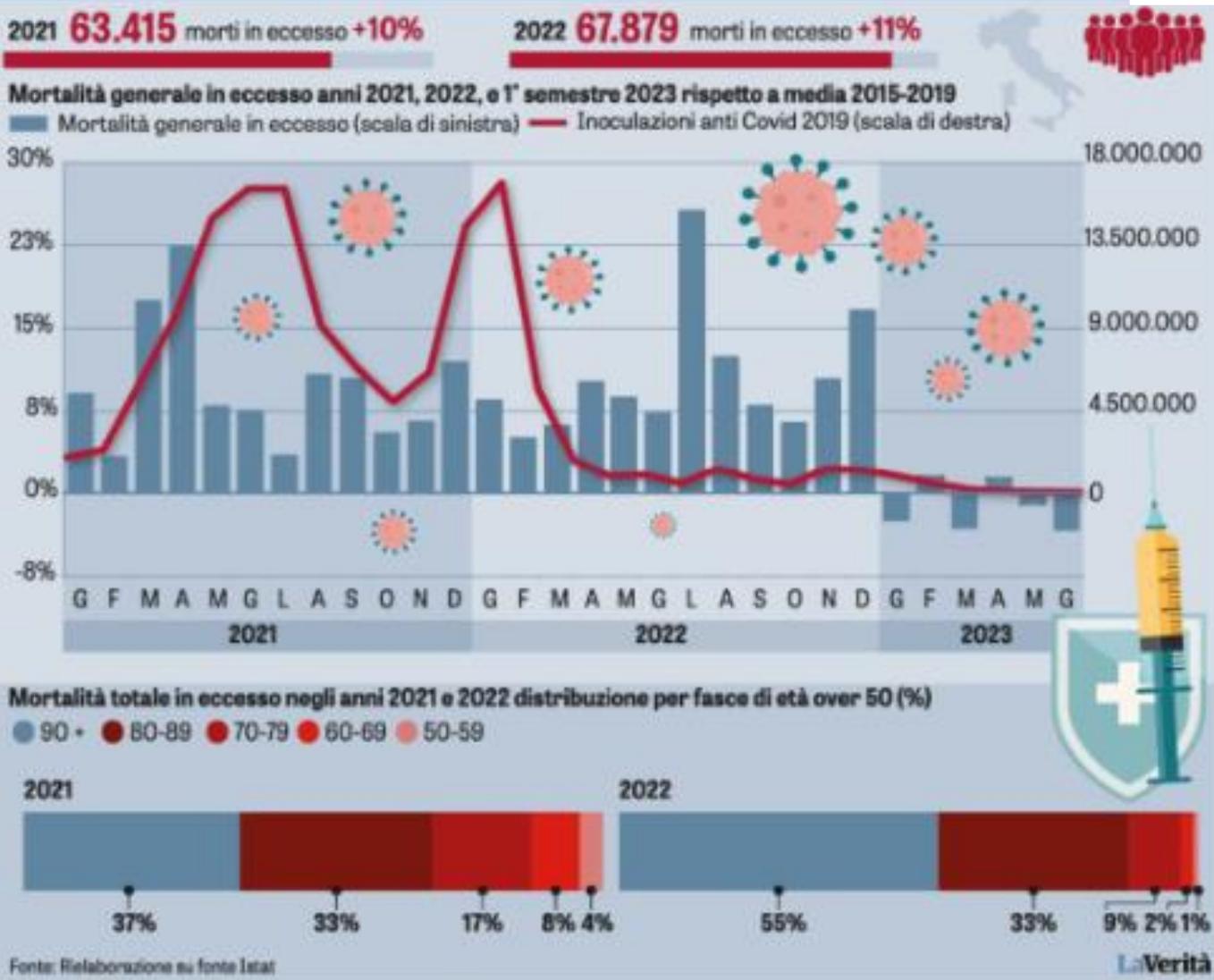
Questi risultati simulati sono molto simili ai tassi di efficacia nel mondo reale che si osservano nei primi tre mesi di un nuovo vaccino o richiamo.

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

I NUMERI DELL'ITALIA

LaVerità 31-3-24



In associazione con **crollò delle vaccinazioni**, nel 2023 la mortalità pare rientrata nei valori attesi

(certo altre associazioni *plausibili* saranno benvenute...)

di PATRIZIA FLODER REITTER

■ Google e l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) hanno lavorato insieme «per fare avere le giuste informazioni alle persone quando ne avevano più bisogno», in epoca Covid. Adesso, «aumenteremo il nostro impatto sulla salute per miliardi di persone», dichiara l'azienda statunitense sviluppatrice dell'omonimo motore di ricerca, annunciando un accordo di collaborazione pluriennale con l'Oms «per continuare a fornire informazioni sanitarie credibili», rispondendo «a problemi di salute pubblica emergenti e futuri».

Prospettiva rassicurante? Niente affatto. Non bastano i finanziamenti dati, per fornire garanzie. Google fa sapere di aver donato all'Oms oltre 320 milioni di dollari in pubblicità tramite Ad Grants, il programma per le no profit che permette di creare delle campagne sulla rete di ricerca. Si tratta della donazione più grande, in assoluto, fornita dall'azienda informatica. E, sempre Google, annuncia di avere stanziato altri 50 milioni di dollari per il 2023, sempre «per sostenere l'Oms nel continuare il suo lavoro di grande impatto nella sanità pubblica». In nome della scienza o dando voce solo a quello che si vuole propagandare in via ufficiale, come quando si è sostenuto il vaccino quale unico rimedio, senza contraddittorio?

Basta guardare l'esito della strategia messa in atto con l'Oms, racchiusa nel dossier *Il potere della collaborazione di fronte a la pandemia di Covid-19: Google e l'Organizzazione mondiale della sanità*. Vi si legge che, dall'inizio dell'emergenza sanitaria internazionale, le persone che si sono affidate a Google «centinaia di mi-

L'Oms intasca 370 milioni per appaltare a Google la tecnocensura sanitaria

Patto tra l'Organizzazione guidata da Tedros e il colosso delle Big tech per dare soltanto comunicazioni giudicate «credibili». Una stretta già vista in pandemia



SILENZIATORE Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità

[Ansa]

della ricerca presso Google, ha sostenuto: «Non importa quello che stai cercando, la nostra mission è darvi informazioni

al vaccino veniva esclusa dal motore di ricerca, è subito chiarito. Per quando riguarda Youtube, la piattaforma video

milioni di video correlati alla pericolosa disinformazione del coronavirus, bufale e fake news», nei primi due anni del-

nuare la collaborazione con l'Oms per «sostenere la trasformazione digitale in contesti con poche risorse», attra-

me è accaduto in epoca Covid?) e che nascono avvalendosi di sviluppatori specializzati nel settore sanitario come Ona, Iprd Solutions, Argusoft, Intellosoft, cui saranno fornite «le giuste informazioni di cui hanno bisogno, decisioni basate sull'evidenza per i loro pazienti». Quale evidenza? Quella che epura i contraddittori nel mondo scientifico?

Il tutto, grazie a partnership con multinazionali come Samsung. Salute sì, forse, ma anche tanto business con la benedizione dell'Oms. Google dichiara pure l'obiettivo di «preparare le comunità per future minacce alla salute pubblica», rivelando una presunzione assoluta nel fornire strumenti adeguati, sempre d'intesa con l'Oms, «per un positivo impatto sulla vita delle persone», fa sapere la dottoressa **Karen DeSalvo**, responsabile sanitario dell'azienda informatica.

Non più solo sul Covid: Ad Grants sarà usato per tematiche quali salute mentale, influenza, vaiolo delle scimmie, Ebola, con oltre 28 milioni di annunci di servizio pubblico in sei lingue. Quest'anno arriveranno altri 50 milioni di dollari per sostenere la versione gratuita di Google Ads, marketing digitale, grazie alla quale l'Oms metterà in contatto «il maggior numero possibile di persone con informazioni autorevoli».

Molti dubbi rimangono sull'effettiva autorevolezza dei contenuti forniti a così tanti utenti e sull'oscurazione, invece, di questioni scomode ma fondamentali di salute pubblica. Anche perché **Andy Pattison**, responsabile dei canali digitali dell'Organizzazione mondiale della sanità, sostiene che «il lavoro svolto durante la pandemia ci ha permesso di dare informazioni importanti a così tante persone che ne

E i Regolamenti Sanitari Internazionali in votazione a fine maggio pretendono che gli Stati censurino ciò che contraddice l'OMS, accomunato a disinformazione

sposta alle esigenze degli utenti». **Hema Budaraju**, direttore senior dell'impatto sociale

classificarli come fake news. Il metodo adottato, grazie al quale ogni opinione contraria

da autorità sanitarie credibili». È proprio l'azienda a vantarsi di aver rimosso «oltre 1,5

mainstream. Ma non basta, per il gigante della ricerca online, che afferma di voler conti-

India e nel Sud Est asiatico. App che seguirebbero le raccomandazioni dell'agenzia (co-

Covid, non fa sperare in molto di buono.

© REPRODUZIONE RISERVATA

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. Perciò sarà animato

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



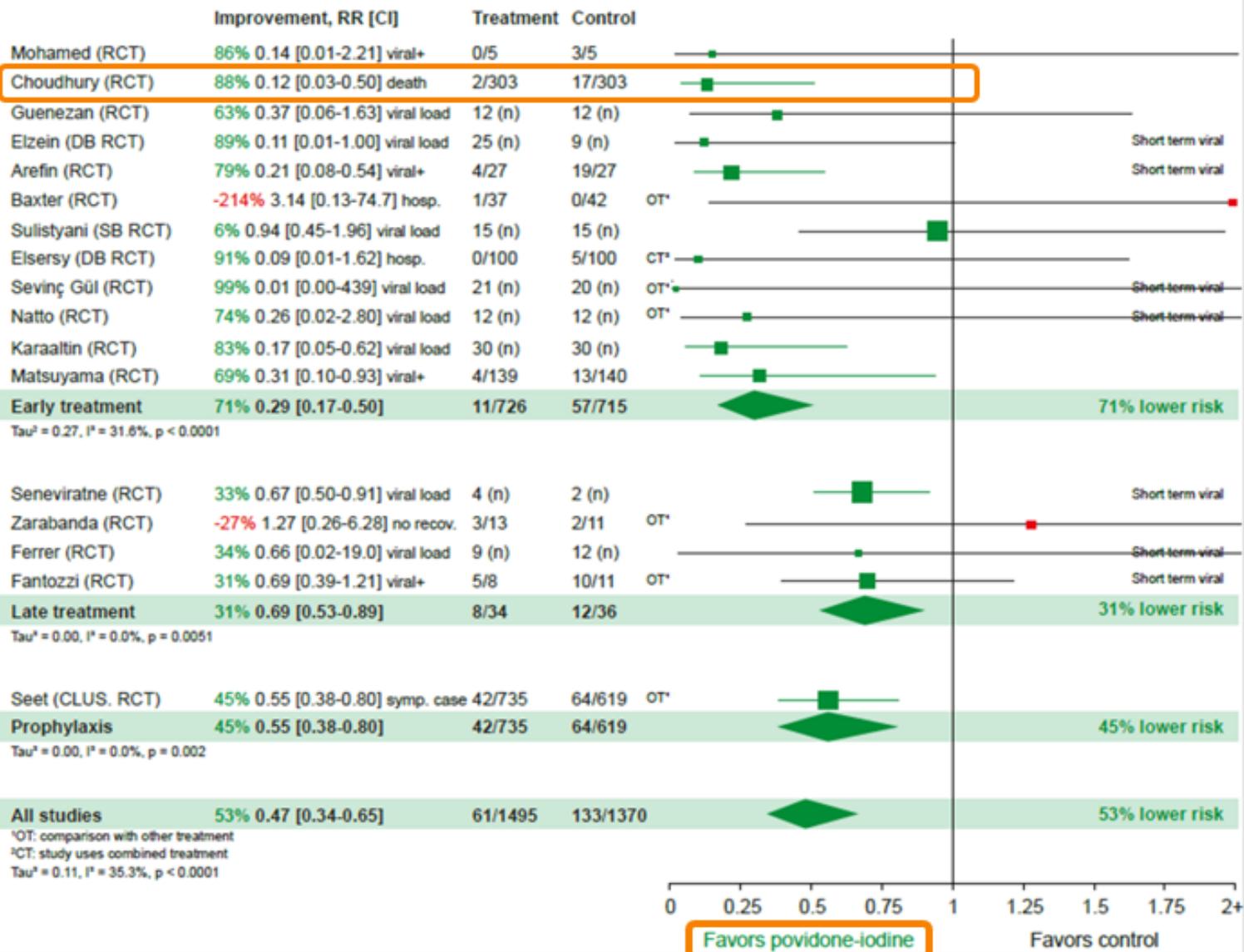
Per COVID-19 non grave l'OMS ad oggi¹ raccomanda pochi farmaci ad alto costo (piuttosto tossici...), come **remdesivir** (da € 1662 a >4500 per SSN, + sconto confidenziale), solo per pz ad alto rischio di ricovero; o come **nirmatrelvir-ritonavir** (Pfizer, € 1206, e sconto confidenziale), purché entro 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...

Occorre anche altro...! Requisiti:

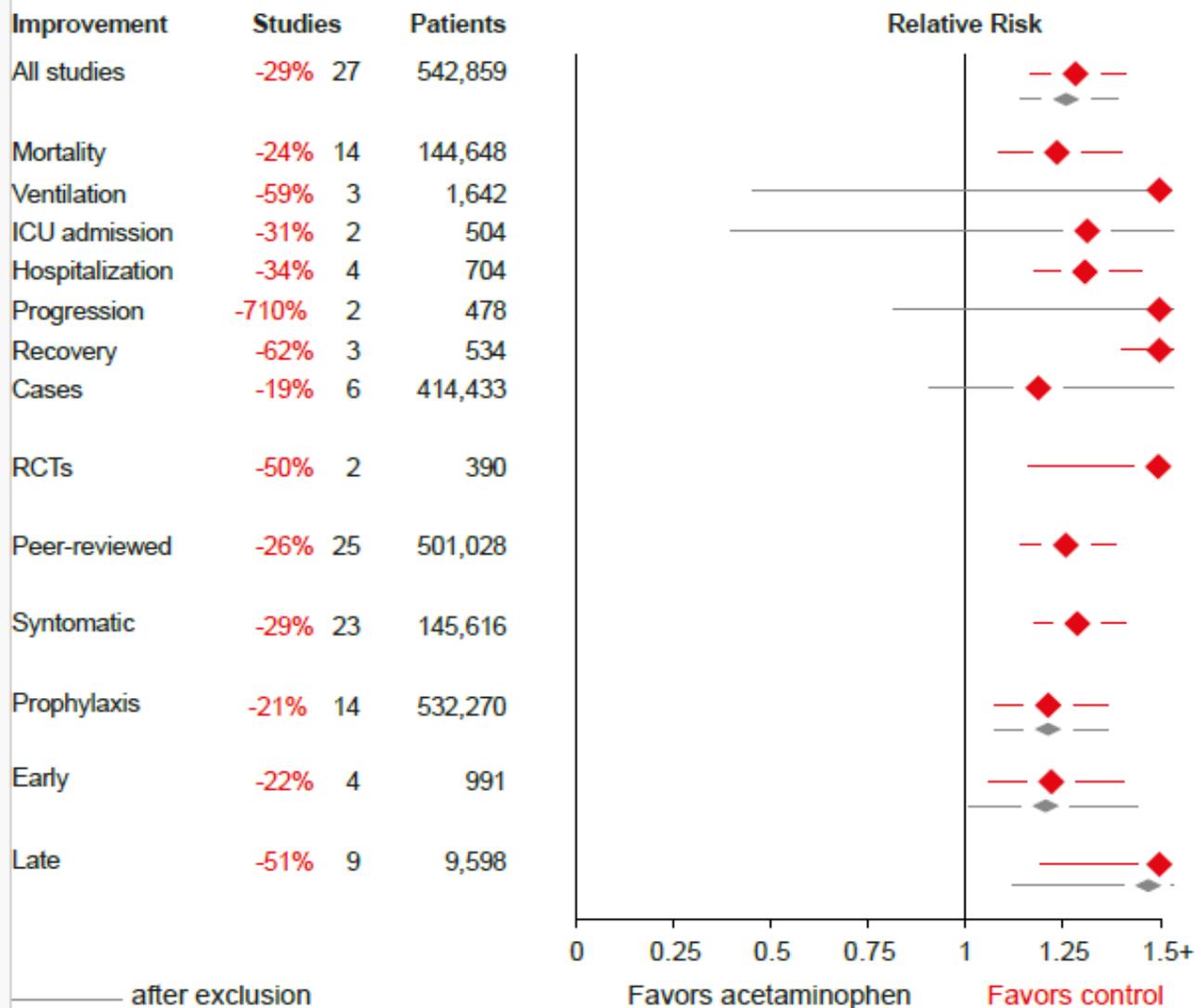


17 povidone-iodine COVID-19 Randomized Controlled Trials



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: +24% [9-40%], e l'analisi aggregata che usa gli esiti più gravi riportati mostra un rischio più alto: +29% [17-42%].

LIBERTÉ
ÉGALITÉ
FRATERNITÉ

NB: qualche modifica e interpretazione costituzionale potrebbe attenuarla...

Si sta ad es. a credere che nella Repubblica
Francese... un articolo di legge
del Partito di Macron, l'Assemblea
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.: non
ci è chiara la definizione di questi effetti...*), le pene aumentano
a **3 anni di reclusione ed € 45.000 di multa.**



Purtroppo non è solo un indiretto "obbligo di cura" individuale, ma una gravissima intimidazione. Con la scusa di colpire *derive settarie*, 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, che han chiaro
il valore delle **prove** e ben in grado di distinguerle dalle *bufale*.



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 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, potrebbe rischiare 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?!

Es. condizioni OMS per dichiarare un'emergenza sanitaria pubblica internazionale...

EXAMPLES FOR THE APPLICATION OF THE DECISION INSTRUMENT FOR THE ASSESSMENT AND NOTIFICATION OF EVENTS THAT MAY CONSTITUTE A PUBLIC HEALTH EMERGENCY OF INTERNATIONAL CONCERN

The examples appearing in this Annex are not binding and are for indicative guidance purposes to assist in the interpretation of the decision instrument criteria.

DOES THE EVENT MEET AT LEAST TWO OF THE FOLLOWING CRITERIA?

I. Is the public health impact of the event serious?	
Is the public health impact of the event serious?	1. Is the number of cases and/or number of deaths for this type of event large for the given place, time or population?
	2. Has the event the potential to have a high public health impact?
THE FOLLOWING ARE EXAMPLES OF CIRCUMSTANCES THAT CONTRIBUTE TO HIGH PUBLIC HEALTH IMPACT:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Event caused by a pathogen with high potential to cause epidemic (infectiousness of the agent, high case fatality, multiple transmission routes or healthy carrier). ✓ Indication of treatment failure (new or emerging antibiotic resistance, vaccine failure, antidote resistance or failure). ✓ Event represents a significant public health risk even if no or very few human cases have yet been identified. ✓ Cases reported among health staff ✓ The population at risk is especially vulnerable (refugees, low level of immunization, children, elderly, low immunity, undernourished, etc.). ✓ Concomitant factors that may hinder or delay the public health response (natural catastrophes, armed conflicts, unfavourable weather conditions, multiple foci in the State Party). ✓ Event in an area with high population density. ✓ Spread of toxic, infectious or otherwise hazardous materials that may be occurring naturally or otherwise that has contaminated or has the potential to contaminate a population and/or a large geographical area. 	
IS THE PUBLIC HEALTH IMPACT OF THE EVENT SERIOUS?	
Answer "yes" if you have answered "yes" to questions 1, 2 or 3 above.	

Se si risponde Sì a due dei criteri seguenti l'evento può costituire emergenza sanitaria pubblica di preoccupazione internazionale:

Criterio I (Gravità):

- 1) il n. di **casi e/o** di morti per questo tipo d'evento è grande?
il **raffreddore** non fa tanti morti, ma un gran numero di **casi** sì...



- 2) ha il potenziale di avere alto impatto sulla salute pubblica?

- ... ha **multiple vie di trasmissione**? ➤ Il raffreddore? **Sì!**
- ... ha **portatori sani**? ➤ Il raffreddore? **Sì!**
- ci sono **casi tra il personale sanitario**? ➤ Il raffreddore? **Sì!**
- ... in un'**area con alta densità di popolazione**? ➤ Il raffreddore? **Sì!**

Così, saremmo **già** ora
in un'emergenza sanitaria pubblica
di preoccupazione internazionale!

Sottoscrivendo questi Regolamenti
Sanitari Internazionali OMS,
ci troveremmo immersi
in emergenze sanitarie permanenti...

Doshi P. *The elusive definition of pandemic influenza*. Bull World Health Organ. 2011 Jul 1;89(7):532-8. doi: 10.2471/BLT.11.086173.



Since **2003**, the top of the **WHO Pandemic Preparedness homepage** has contained the following statement:

*“An influenza pandemic occurs when a new influenza virus appears, against which the human population has no immunity, resulting in several simultaneous epidemics worldwide **with enormous numbers of deaths and illness.**”*⁶

However, on **4 May 2009**, one month before the H1N1 pandemic was declared, the web page was altered...⁷

The phrase **“enormous numbers of deaths and illness” had been removed** and the revised web page simply read as follows:

*“An influenza **pandemic** may occur **when a new influenza virus appears against which the human population has no immunity.**”*

Months later, the **Council of Europe would cite this alteration as evidence that WHO changed its definition** of pandemic influenza to enable it to declare a pandemic without having to demonstrate the intensity of the disease...³

⁶. Pandemic preparedness [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 Feb 2. Available from: <http://web.archive.org/web/20030202145905/http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/> [access 7 Apr '11].



Ma voi conoscete la seria sfida posta dagli anti-vaxxer, penso che ci serva una strategia per respingerli, perché i vaccini funzionano, **i vaccini interessano gli adulti e noi abbiamo la scienza**, le prove dalla nostra parte.

Credo che **sia ora di essere più aggressivi nel respingere gli anti-vaxxer**. Penso che usino la COVID come una opportunità e voi **sapete tutti i disastri che stan creando**. Forse questo è uno dei messaggi che vorrei accludere a tutto quello che ho detto.



Thomas Jefferson

espose il concetto di una società tollerante nel suo discorso inaugurale.

Su chi potrebbe destabilizzare affermava:

"... lasciateli indisturbati come simboli della **sicurezza con cui le opinioni sbagliate possono essere tollerate dove la ragione è lasciata libera di combatterle**". [5]

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**, in particolare se le modifiche prevedono concrete cessioni di sovranità
- 2) impegno **subito** a **rigettare** la prima bozza circolata di *Piano Nazionale di Pre- parazione e Risposta a pandemie respiratorie* (v. [Comunicato CMSi 12](#)), che impegnerebbe l'Italia a fare ciò che l'OMS sta cercando di far passare 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 l'incitamento alla violenza fisica.

Invitiamo per il voto Europeo a **considerare solo i Partiti che prendano chiari e non ambigui impegni programmatici su questi tre punti.**

Cerca

Q Search



Newsletter CMSi

Iscriviti alla nostra newsletter e resta aggiornato.

Inserisci il tuo indirizzo email per iscriverti*

EMAIL

Indica il tuo indirizzo email per iscriverti. Es. abc@xyz.com

Accetto le condizioni generali e di ricevere la newsletter

Puoi annullare l'iscrizione in qualsiasi momento utilizzando il link incluso nella nostra newsletter.

Utilizziamo Sendinblue come nostra piattaforma di marketing. Cliccando qui sotto per inviare questo modulo, sei consapevole e accetti che le informazioni che hai fornito verranno trasferite a Sendinblue per il trattamento conformemente alle loro condizioni d'uso

ISCRIVITI

Appello ai Partiti e ai candidati alle elezioni europee

Appello ai Candidati alle Elezioni Europee

(chi ha risposto è via via inserito sotto l'Appello, con lista di afferenza)

Gentile candidato alle elezioni europee,

la Commissione Medico-Scientifica indipendente ha inviato vari Comunicati (Comunicati CMSi | CMSi (cmsindipendente.it)) ai membri del Governo, ai Parlamentari e ai Consiglieri Regionali, e i candidati che fanno anche parte di tali istituzioni li hanno già ricevuti.

L'ultimo Comunicato, il n. 13 (CS 13 del 12 Mag 2024: *Insidie palesi e nascoste nel Nuovo Trattato Pandemico OMS e negli emendamenti ai Regolamenti Sanitari Internazionali (RSI 2005). Rischi per la sovranità nazionale e la democrazia | CMSi (cmsindipendente.it)*), fa espresso riferimento anche alle elezioni europee, nella parte finale qui riprodotta:

«Appello ai Partiti e ai candidati alle elezioni europee

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

Le Elezioni Europee di giugno consentono di esplicitare nei programmi e negli impegni dei candidati alcuni punti, e riteniamo **irrinunciabili** questi, che chiamiamo i Partiti, o almeno i singoli candidati a sottoscrivere (inviandone copia alla CMSi: info@cmsindipendente.it)

1. impegno programmatico a **non aderire a un Nuovo Trattato Pandemico né agli emendamenti ai Regolamenti Sanitari internazionali OMS, o quanto meno ad annunciare un voto contrario se non sarà posposto il voto di almeno 4 mesi** (come da RSI in vigore) **per una seria valutazione e pubblica discussione delle modifiche proposte**
2. impegno **subito a rigettare** la prima bozza circolata di *Piano Nazionale di Preparazione e Risposta a pandemie respiratorie* (v. [Comunicato CMSi 12](#)), che impegnerebbe l'Italia a fare in sostanza ciò che l'OMS sta cercando di far passare in Maggio. L'approvazione, senza affrettate forzature, di un testo riformulato con l'apporto anche di esperti indipendenti, non implicati nella passata gestione della pandemia, andrebbe preceduta da un ampio dibattito pubblico, cui la CMSi si candida a partecipare

1. impegno programmatico a **non aderire a un Nuovo Trattato Pandemico** né agli emendamenti ai Regolamenti Sanitari internazionali OMS, o quanto meno ad annunciare un voto contrario se non sarà posposto il voto di almeno 4 mesi (come da RSI in vigore) per una seria valutazione e pubblica discussione delle modifiche proposte
2. impegno **subito a rigettare** la prima bozza circolata di *Piano Nazionale di Preparazione e Risposta a pandemie respiratorie* (v. [Comunicato CMSi 12](#)), che impegnerebbe l'Italia a fare in sostanza ciò che l'OMS sta cercando di far passare in Maggio. L'approvazione, senza affrettate forzature, di un testo riformulato con l'apporto anche di esperti indipendenti, non implicati nella passata gestione della pandemia, andrebbe preceduta da un ampio dibattito pubblico, cui la CMSi si candida a partecipare
3. impegno a **garantire la libertà di espressione e di informazione**, e a **promuovere confronti scientifici aperti**, contrastando norme internazionali (di qualsiasi provenienza: OMS, Europa o altri Organismi) o nazionali che li ostacolano, con il pretesto di impedire la cosiddetta «*disinformazione*».

La *disinformazione* dev'essere soggetta a discussione, e va tenuta ben distinta da quanto può essere da censurare, come un effettivo incitamento alla violenza fisica.

Inviteremo per il voto Europeo a **considerare solo Partiti o almeno i candidati che sottoscrivano questi tre punti**, dandocene notizia (info@cmsindipendente.it), cui daremo una tempestiva e ampia diffusione.» giornaliera sul nostro sito: [**www.cmsindipendente.it**](http://www.cmsindipendente.it)

[Coronavirus disease \(COVID-19\): Serology \(archive.org\)](#)

What is herd immunity? (WHO Q&A 9 giugno 2020)

Herd immunity is the indirect protection from an infectious disease that happens when a **population is immune** either through **vaccination** or **immunity developed through previous infection**.

DEGENERAZIONE



What is herd immunity? (WHO Q&A 13 novembre 2020)

‘Herd immunity’, also known as ‘population immunity’, **is a concept used for vaccination, in which a population can be protected from a certain virus if a threshold of vaccination is reached.**

Herd immunity is achieved by protecting people from a virus, **not by exposing them to it**. *Read the Director-General’s [12 October media briefing speech](#).*

Vaccines train our immune systems to develop antibodies, just as might happen when we are exposed to a disease but – **crucially** – **vaccines work without making us sick**.

COVID-19 and mandatory vaccination: Ethical considerations

Policy brief
30 May 2022



Introduction

....

1. Necessity and proportionality

Mandatory vaccination should be considered only if it is necessary for, and proportionate to, the achievement of one or more important societal or institutional objectives (typically but not exclusively public health objectives, which may also be in service of social and economic objectives). Among others, such objectives may include interrupting chains of viral transmission, preventing morbidity and mortality, protecting at-risk populations and preserving the capacity of acute health care systems or other critical infrastructure. If such

....

harms—their concerns should be addressed, proactively if possible. If addressing such concerns is ineffective, and those concerns remain a barrier to the achievement of important objectives, and/or if low vaccination rates in the absence of a mandate put others at significant risk of serious harm, a mandate may be considered necessary. In this case, those proposing the mandate should communicate the reasons for the mandate to the

Es. le condizioni per dichiarare un'emergenza sanitaria pubblica internazionale...

EXAMPLES FOR THE APPLICATION OF THE DECISION INSTRUMENT FOR THE ASSESSMENT AND NOTIFICATION OF EVENTS THAT MAY CONSTITUTE A PUBLIC HEALTH EMERGENCY OF INTERNATIONAL CONCERN

The examples appearing in this Annex are not binding and are for indicative guidance purposes to assist in the interpretation of the decision instrument criteria.

DOES THE EVENT MEET AT LEAST TWO OF THE FOLLOWING CRITERIA?

<p>Is the public health impact of the event serious?</p>	<p>I. Is the public health impact of the event serious?</p>
	<p>1. Is the number of cases and/or number of deaths for this type of event large for the given place, time or population?</p>
	<p>2. Has the event the potential to have a high public health impact?</p>
<p>THE FOLLOWING ARE EXAMPLES OF CIRCUMSTANCES THAT CONTRIBUTE TO HIGH PUBLIC HEALTH IMPACT:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Event caused by a pathogen with high potential to cause epidemic (infectiousness of the agent, high case fatality, multiple transmission routes or healthy carrier). ✓ Indication of treatment failure (new or emerging antibiotic resistance, vaccine failure, antidote resistance or failure). ✓ Event represents a significant public health risk even if no or very few human cases have yet been identified. ✓ Cases reported among health staff ✓ The population at risk is especially vulnerable (refugees, low level of immunization, children, elderly, low immunity, undernourished, etc.). ✓ Concomitant factors that may hinder or delay the public health response (natural catastrophes, armed conflicts, unfavourable weather conditions, multiple foci in the State Party). ✓ Event in an area with high population density. ✓ Spread of toxic, infectious or otherwise hazardous materials that may be occurring naturally or otherwise that has contaminated or has the potential to contaminate a population and/or a large geographical area. 	
<p>IS THE PUBLIC HEALTH IMPACT OF THE EVENT SERIOUS? Answer "yes" if you have answered "yes" to questions 1, 2 or 3 above.</p>	

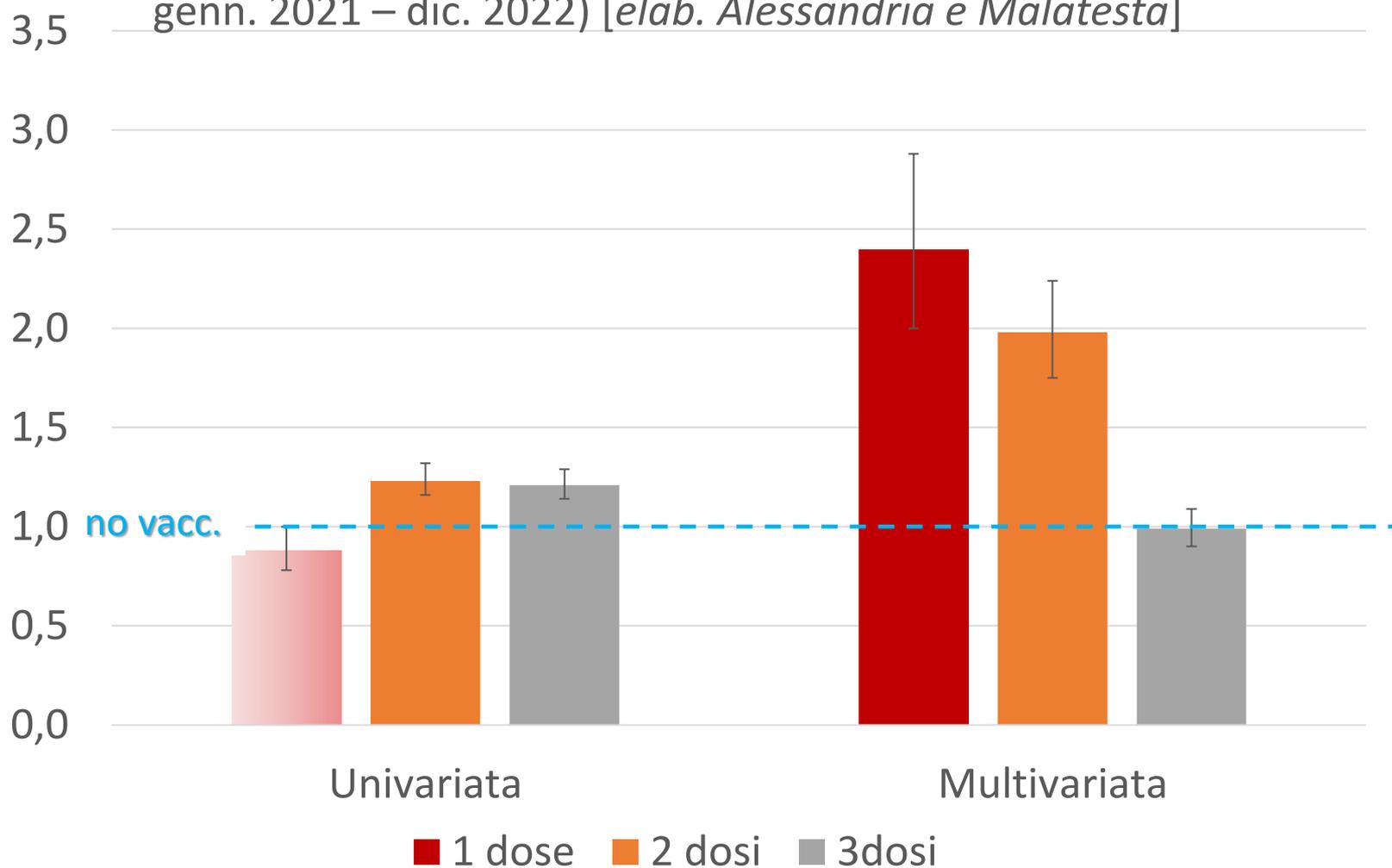
Risk of international restrictions?	IV. Is there a significant risk of international travel or trade restrictions?
	8. <i>Have <u>similar events in the past resulted in international restriction on trade and/or travel?</u></i>
	9. <i>Is the source suspected or known to be a food product, water or any other goods that might be contaminated that has been exported/imported to/from other States?</i>
	10. <i>Has the event occurred in association with an international gathering or in an area of intense international tourism?</i>
	11. <i>Has the event caused requests for more information by foreign officials or international media?</i>
	IS THERE A SIGNIFICANT RISK OF INTERNATIONAL TRADE OR TRAVEL RESTRICTIONS?
	Answer "yes" if you have answered "yes" to questions 8, 9, 10 or 11 above.

States Parties that answer "yes" to the question whether the event meets any two of the four criteria (I-IV) above, shall notify WHO under Article 6 of the International Health Regulations.

Così, saremmo **già** ora in un'emergenza sanitaria pubblica di preoccupazione internazionale!

Sottoscrivendo questi RSI, ci troveremmo immersi in emergenze sanitarie permanenti...

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 delle covariate, cioè di altre variabili che possono influenzare l'esito (benché, essendosi uno studio non randomizzato, vi possono essere fattori di confondimento non misurati o misurabili⁵¹.)



Milano, 4th June 2023

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
Director General
World Health Organization
Geneva
Director-General@who.int

Subject: Request for an open discussion about the questionable perseverance in advocating repeated anti-COVID-19 vaccinations.

Sir,

the letter dated January 4, 2023 we addressed to you and then to the relevant officers of your cabinet remained unanswered. We are perfectly aware of how busy international officers may be. However, we consider your silence not only unpolite but strikingly unaccountable to the people whose health you have the mandate to promote and protect.

(→ 6 pagine)

Long-term COVID-19 booster effectiveness by infection history and clinical vulnerability and immune imprinting: a retrospective population-based cohort study *Lancet Infect Dis* 2023

Hiam Chemaitelly, Houssein H Ayoub, Patrick Tang, Peter Coyle, Hadi M Yassine, Asmaa A Al Thani, Hebah A Al-Khatib, Mohammad R Hasan, Zaina Al-Kanaani, Einas Al-Kuwari, Andrew Jeremijenko, Anvar Hassan Kaleeckal, Ali Nizar Latif, Riyazuddin Mohammad Shaik, Hanan F Abdul-Rahim, Gheyath K Nasrallah, Mohamed Ghaith Al-Kuwari, Adeel A Butt, Hamad Eid Al-Romaihi, Mohamed H Al-Thani, Abdullatif Al-Khal, Roberto Bertolini, Jeremy Samuel Faust, Laith J Abu-Raddad

Figure S6: Booster effectiveness relative to primary series against SARS-CoV-2 infection by month since the start of the follow-up for each of (A) BNT162b2 and (B) mRNA-1273 vaccines.

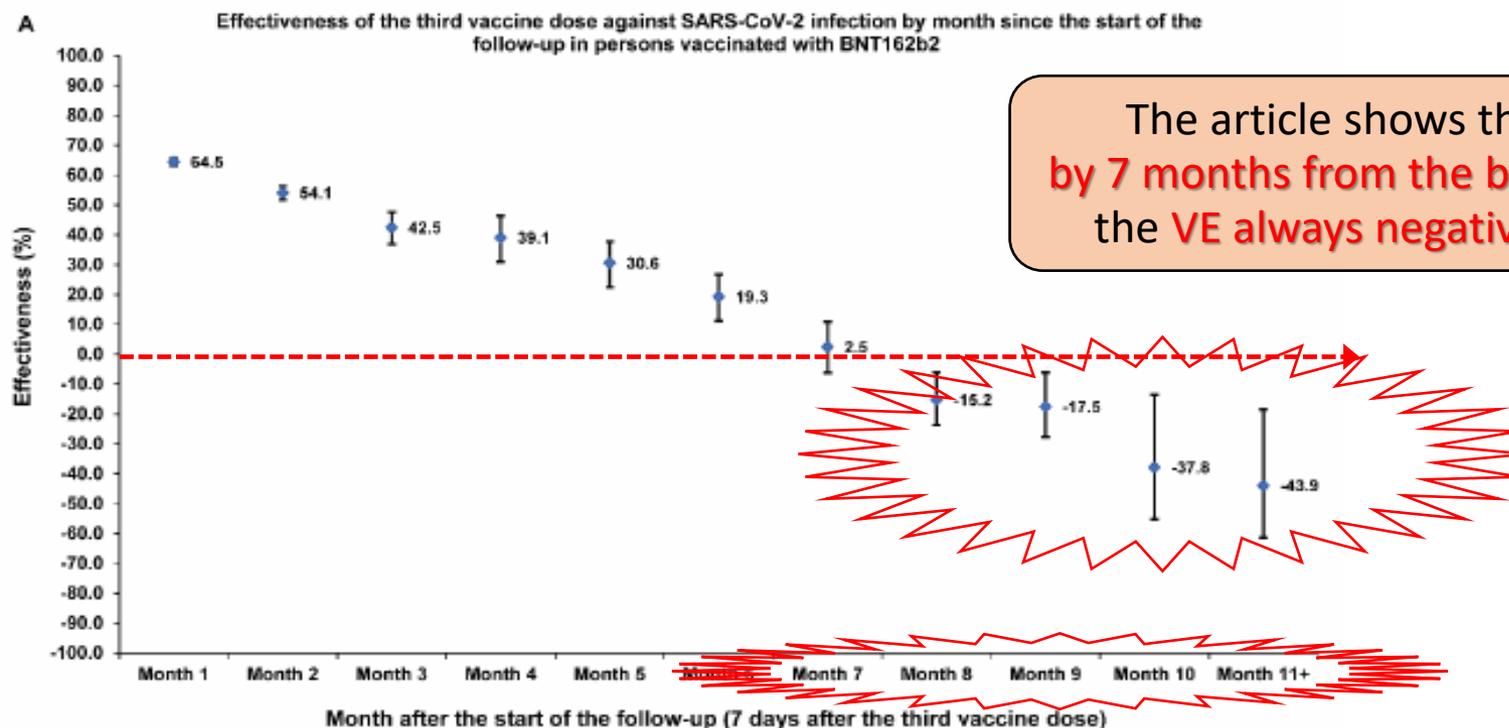
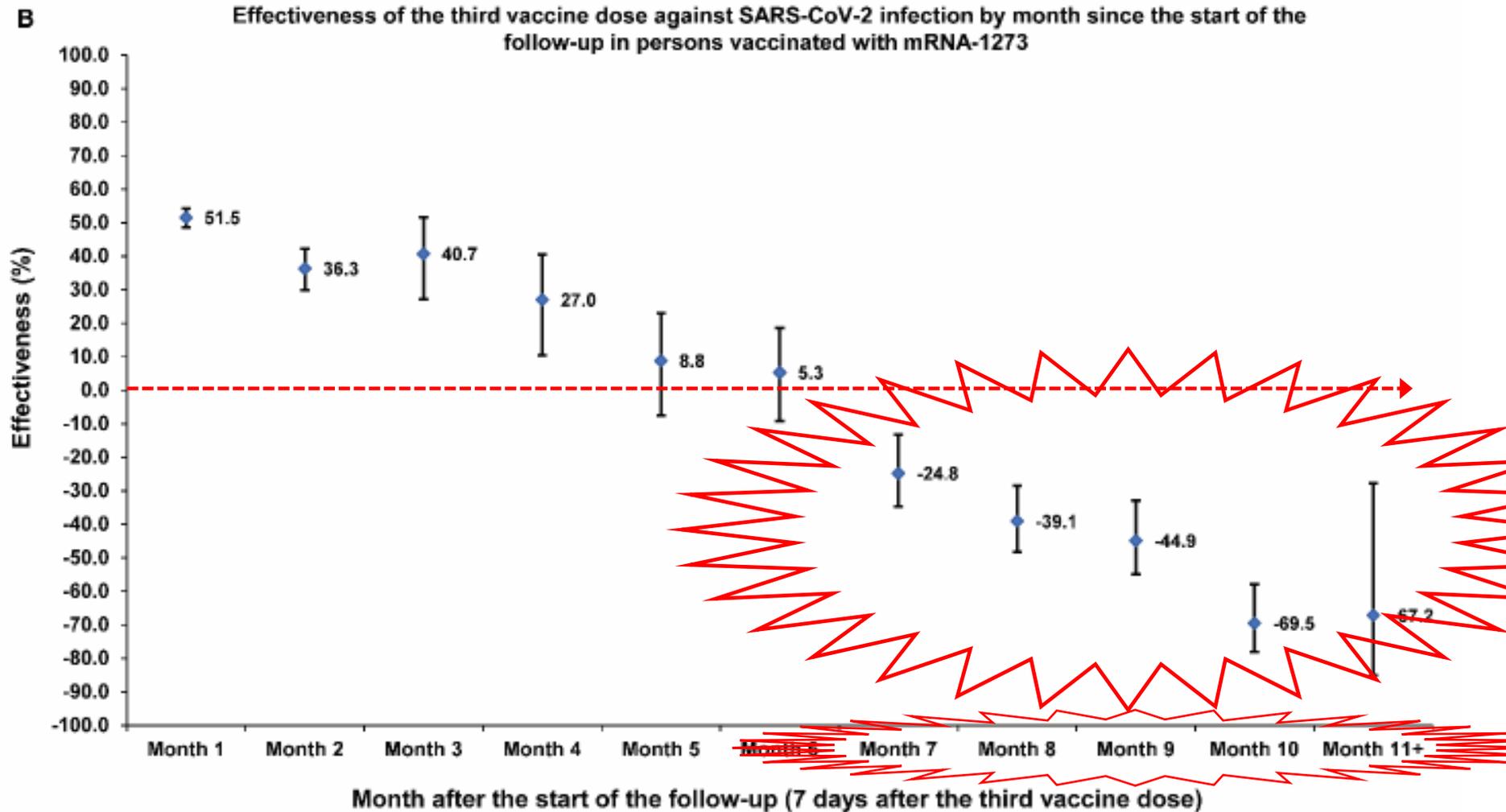
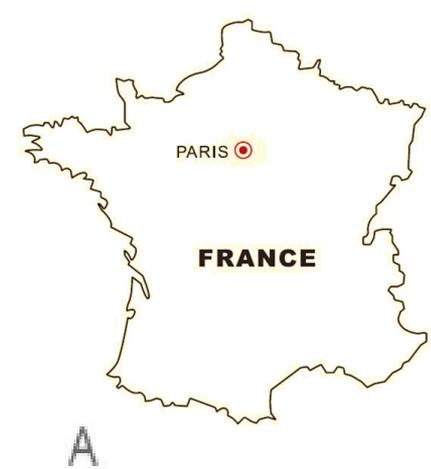


Figure S6: Booster effectiveness relative to primary series against SARS-CoV-2 infection by month since the start of the follow-up for (B) mRNA-1273 vaccines.



Moderna vaccine: severe VE loss, less than zero as an annual average... 54



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



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-94415 Saint-Maurice, France

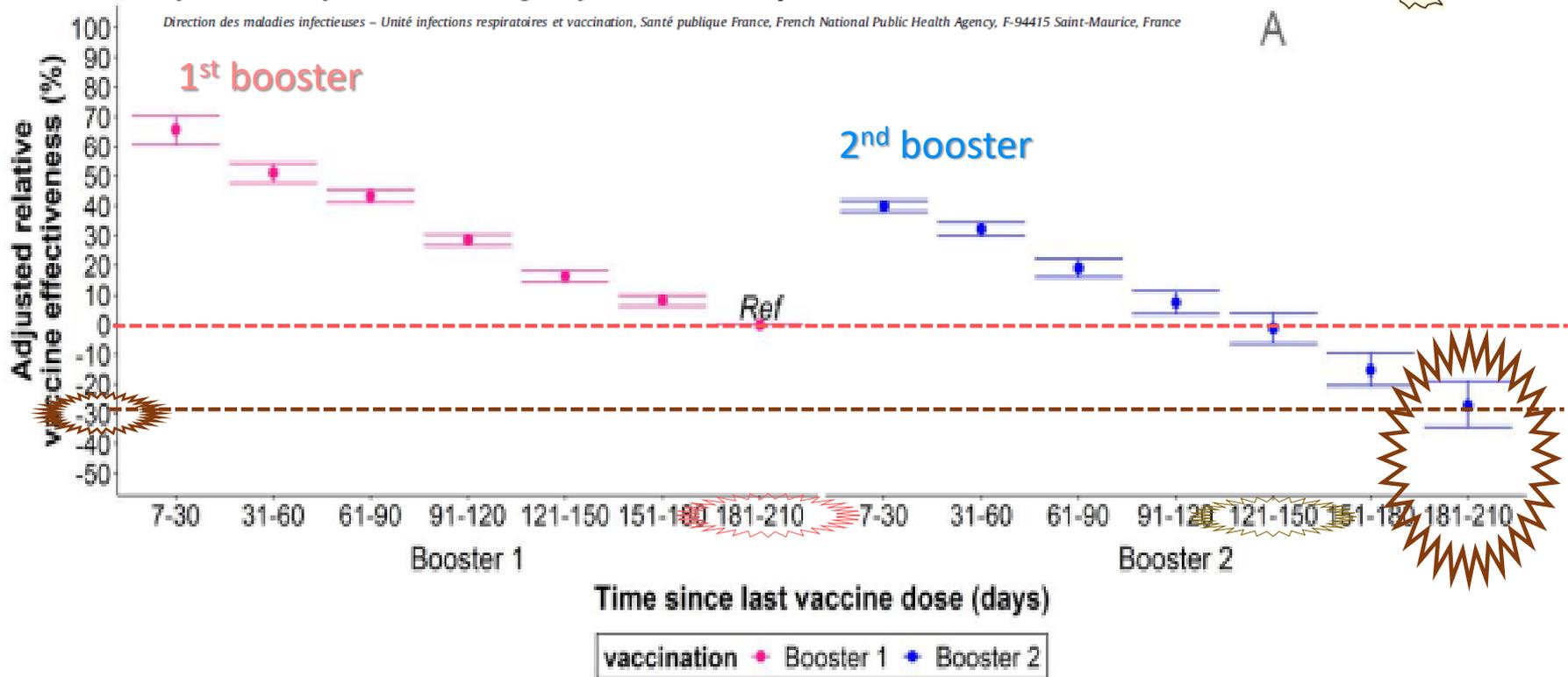


Figure S5: Adjusted relative vaccine effectiveness of the second booster of mRNA covid-19 vaccine against symptomatic Omicron BA.2 or Omicron BA.4/5 infection, relative to those who received the first booster dose 181-210 days ago, among **A. 60-79 years** old. Error bars = 95% confidence intervals of the estimates

3. Compiacimento occidentale

«di certo le nostre società democratiche, civili e aperte non potrebbero mai trovarsi con governi ed enti sanitari pubblici che lavorano contro gli interessi dei loro cittadini...!»

Come descritto in modo eloquente dal dottor David Bell (un medico della sanità pubblica ed ex stratega dell'OMS), l'accettazione di questa premessa è un ostacolo importante all'opposizione attiva alle agende globaliste:

«La nostra società in Occidente è costruita sulla fiducia e su un sentimento di superiorità: abbiamo costruito le istituzioni che governano il mondo e loro, e noi, siamo bravi.

Ci consideriamo umanitari, sostenitori della salute pubblica, unificatori, amanti della libertà antifascista. Riteniamo che il nostro sistema sia migliore delle alternative: siamo “progressisti”»

Gli occidentali possono accettare che storici regimi, e le attuali amministrazioni comuniste in luoghi remoti come Russia e Cina, abbiano sfruttato le masse per scopi ignobili, ma per molti c'è un blocco mentale quando si tratta di guardare allo stesso modo alle nostre stesse istituzioni.





Le ultime bozze del Trattato Pandemico OMS e degli emendamenti ai Regolamenti Sanitari Internazionali eliminano le maggiori criticità?



Working Group on Amendments to the International Health Regulations (2005) (WGIHR)

Proposed Bureau's text for Eighth WGIHR Meeting, 22–26 April 2024

17 April 2024

Additions to and deletions of the current IHR text appear in bold and strike-through respectively.

In apparenza sì, ma restano molte criticità sostanziali... Un esempio ormai Inaccettabile, dopo quanto l'OMS ha dimostrato di voler ottenere: →

(le precedenti analoghe erano state senza risposta) evidenziando alcune criticità emerse su efficacia e sicurezza dei vaccini anti-Covid, documentando in modo minuzioso le nostre argomentazioni basate sull'*evidence*.

In data **30 Giugno** abbiamo ricevuto risposta dall'OMS, consultabile a [questo link](#)

Purtroppo l' OMS non è entrata nel merito delle nostre argomentazioni, invitandoci a consultare gli studi che sta raccogliendo in modo sistematico su efficacia e sicurezza di questi vaccini, assicurando che i suoi esperti seguono i più alti standard di *evidence* nel valutare la documentazione disponibile, e dichiarando di aver comunque già allentato le precedenti raccomandazioni vaccinali.

In data **23 Luglio** 2023 la CMSi ha fornito **un'articolata risposta di merito**, che si allega anche in versione tradotta in italiano per facilitarne la diffusione,

documentando che le nostre critiche erano confermate anche dai dati delle 10 più recenti pubblicazioni segnalate proprio dall'OMS, cui ne abbiamo aggiunte altre due, ancor più recenti, con dati sempre nella stessa direzione

[link alla versione in inglese](#)

Gli «esperti» OMS non allentano la presa... 19 July 2023

WHO Interim Recommendations^a for the optimal use of COVID-19 vaccination: primary series and booster doses in the context of Omicron and high population-level immunity

HIGH priority-use groups

Target population	Primary series and booster ^b	Additional booster doses	Remarks
Groups with the highest risk of death from COVID-19			
Older adults ^c Younger adults with significant comorbidities or severe obesity	Recommended	Recommended (12 months after previous dose)	Most efficient use of COVID-19 vaccines with greatest impact on reducing deaths.
Subgroup of older adults: Oldest adults ^d Older adults with multiple significant comorbidities	Recommended	Recommended (6 months after previous dose)	
Groups with special considerations for vaccination			
Adults, adolescents and children 6 months and older with moderate to severe immunocompromising conditions	Recommended as extended primary series ^e	Recommended (Approximately 6 months after previous dose; optimal time interval should be discussed with the treating physician)	Vaccine effectiveness is lower for persons with immunocompromising conditions. For additional protection, personal protective measures, vaccinating close contacts, and early treatment in case of a SARS-CoV-2 infection is recommended.
Pregnant adults and adolescents ^f	Recommended	Recommended once during a pregnancy (If previous dose was >6 months ago)	Rationale for immunization during pregnancy is three-fold: to protect the pregnant person, the foetus, and the infant up to age 6 months.
Frontline health workers	Recommended	Recommended (12 months after previous dose)	Rationale is to maintain health care system resilience.



WHO Interim Recommendations^a for the optimal use of COVID-19 vaccination: primary series and booster doses in the context of Omicron and high population-level immunity

MEDIUM priority-use groups

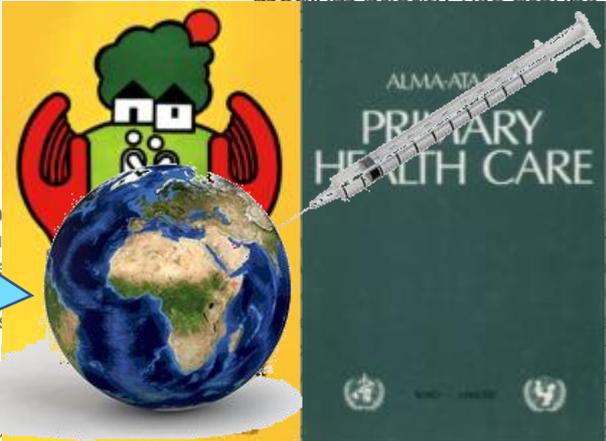
Target population	Primary series and booster ^b	Additional booster doses	Remarks
Healthy younger adults ^a Children and adolescents aged 6 months to 17 years with severe obesity or comorbidities that put them at higher risk of severe COVID ⁱ	Recommended	Not routinely recommended. ^h	Benefit of additional boosters is marginal.

LOW priority-use groups

Target population	Primary series and booster ^b	Additional booster doses	Remarks
Healthy children and adolescents aged 6 months to 17 years ⁱ	Countries could consider based on disease burden, cost effectiveness, and other health or programmatic priorities and opportunity costs.	Not routinely recommended. ^h	Benefit and cost-effectiveness of vaccinating healthy children and adolescents is substantially lower compared to high and medium priority-use groups and compared to preventable diseases

a. These recommendations are time-limited and apply only to the current situation and may change. WHO currently does not recommend regular annual boosters on a long-term basis 6-12 months after the completion of the primary series. b. Extended primary series means one or more additional doses. c. Use in pregnancy may differ by vaccine product. d. Vaccines are not recommended for inclusion in national immunization schedules unless they may be offered in individual circumstances with the exception of booster doses. This recommendation acknowledges that some countries may elect to offer booster doses for health priorities. e. Regulatory approvals or WHO EUL for the age indication differ by vaccine.

Evoluzione OMS da Alma Ata...



or the epidemiology recommended 6-12 months after the completion of the primary series; often it is 75 or 80% of the population. WHO EUL for the "extended" means that such decisions are based on disease epidemiology, burden, and opportunity costs. However, vaccination is associated with additional disease epidemiology, burden, and opportunity costs.

(Upton Sinclair) È difficile far sì che qualcuno capisca, quando il suo stipendio dipende dal fatto che non capisca



Se però il DG WHO questa volta avesse risposto alla Lettera aperta CMSi, e soprattutto se ci avesse provato di aver ragione, saremmo stati (e saremmo) pronti a prenderne atto pubblicamente.

Purtroppo, **a distanza di oltre 9 mesi, aspettiamo ancora una risposta...** che **però WHO (e UE) continua a dare al Mondo, con gli atti e nei fatti**