

## 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](http://www.fondazioneallinearesanitaesalute.org)

La CMSi chiede dal 2021 un confronto scientifico/istituzionale, che si sta aprendo...



## Temi di questa presentazione:

- Mascherine per interrompere la diffusione dei virus respiratori; effetto netto non rilevante, ma: in quali circostanze utili, in quali **dannose**
- Terapie precoci e Paracetamolo come sintomatico di prima linea **ostacola le difese dell'organismo contro le infezioni** (febbre, glutazione...) e **ha perso tutti i confronti** con altri medicinali/interventi
- Ruolo delle vaccinazioni COVID nell'infezione e trasmissione del virus
- Le restrizioni hanno ridotto la mortalità complessiva (e da COVID)?
- Vaccinazioni COVID e mortalità da ogni causa

## Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses

Tom Jefferson, Liz Dooley, Eliana Ferroni, Lubna A Al-Ansary, Mieke L van Driel, Ghada A Bawazeer, Mark A Jones, Tammy C Hoffmann, Justin Clark, Elaine M Beller, Paul P Glasziou, ✉ John M Conly [Authors' declarations of interest](#)

Version published: 30 January 2023 [Version history](#)

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006207.pub6> 



È una rassegna sistematica delle sole ricerche di maggior validità (78 RCT). 12 RCT (2 in ambienti sanitari, 10 in comunità) hanno confrontato l'uso di maschere mediche (chirurgiche) vs il non uso, concludendo con moderata certezza che **probabilmente fanno poca o nessuna differenza: per sintomi da sindromi influenzali o COVID-19**. Rapporto di rischio 0,95 (cioè **-5%**, non statisticamente signif., n.s.). Per **influenza o SARS-CoV-2 con conferma in laboratorio 1,01 (+1%, n.s.)**.

Il confronto tra maschere chirurgiche e respiratori FFP2 (in contesti sanitari o in famiglia) mostra una tendenza al beneficio delle FFP2 per le sindromi influenzali (-18%, n.s.), ma **non con la più obiettiva conferma di laboratorio (+10%, n.s.)**, senza differenze neppure in ambiti sanitari, dove chirurgiche non risultano inferiori a FFP2

# Why observational studies shouldn't be used to assess respiratory virus interventions 8-2-23

Why use poor evidence when better quality evidence is available?

[Tom Jefferson](#) [Carl Heneghan](#)

[Why Observational Studies shouldn't be used to assess Respiratory Virus Interventions - Part 2 \(substack.com\)](#)

## 1) Usare il disegno di studio giusto

La rassegna dell'UKHSA aveva incluso studi **ecologici**, **descrittivi** e **di laboratorio**, esclusi nell'ultima versione, che dice di attenersi ai più alti livelli di prova, con studi di **coorte**, **caso-controllo** e **di prevalenza (cross sectional)**, oltre che **un paio di RCT** usati anche nella metanalisi di Jefferson.

Ma, se gli studi osservazionali non possono dimostrare causalità, ma solo mostrare **associazioni**, gli studi **di prevalenza (7!)** non possono neppure mostrare associazioni, mancando un gruppo di controllo.

## 2) I 23 studi osservazionali inclusi da UKHSA non hanno un protocollo

Dunque mancano di dettagli essenziali, come non distinguere casi di COVID-19 attivi in grado di infettare da casi con carica virale irrilevante, o addirittura non virus ma frammenti di mRNA emessi da chi ha da tempo eliminato i virus.



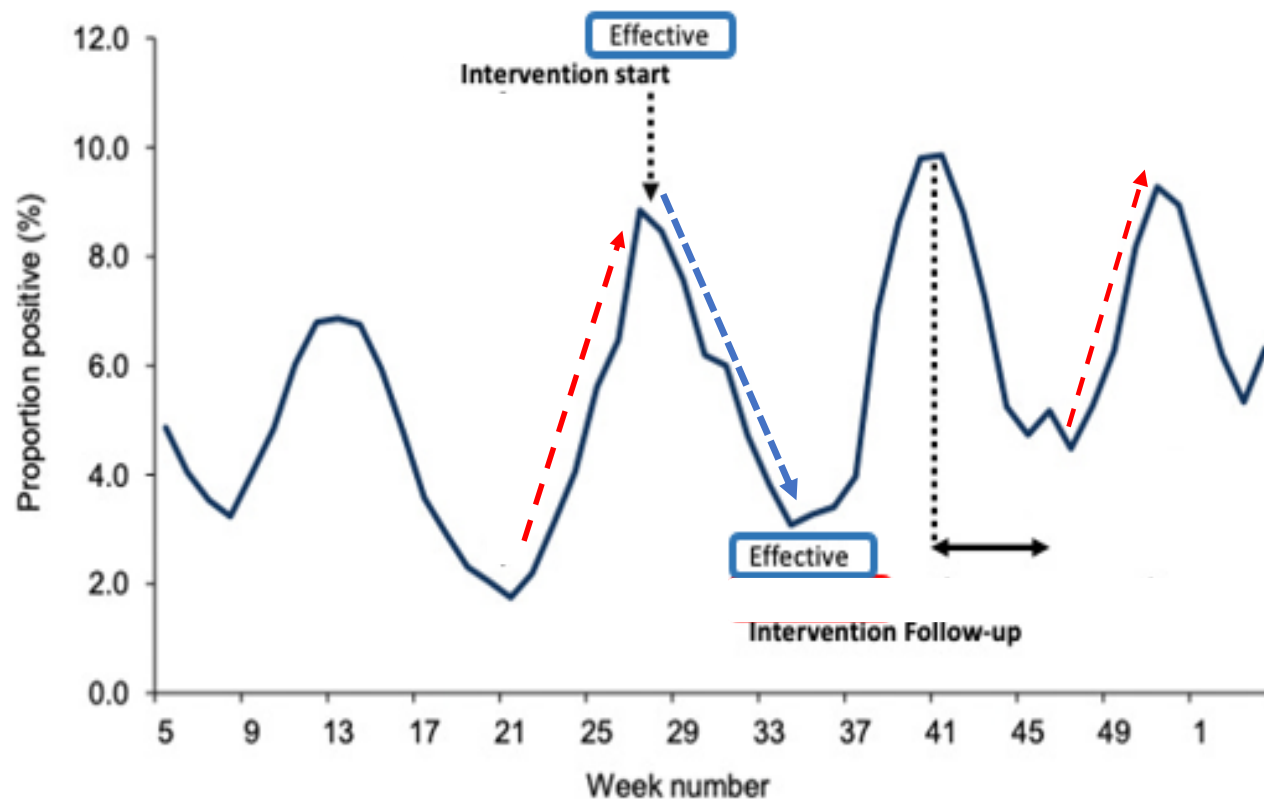
Progettazione di una sperimentazione clinica e stesura del protocollo



Senza protocollo, non si possono valutare cambiamenti che hanno portato ai risultati finali. Il tempo di osservazione dichiarato è a discrezione dei ricercatori, che **possono spostare la finestra di analisi nella posizione più favorevole a ciò che vogliono dimostrare**, e **nessuno lo potrà sapere**.

Ad es. posizionando l'analisi dell'intervento al picco epidemico, quando la positività è massima, e senza un follow-up lungo, si ha una relazione causale spuria!

**Figure 11: Respiratory DataMart weekly positivity (%) for SARS-CoV-2, England**



Oppure interrompendo il follow-up troppo presto, senza vedere che poi la curva risale...

## Oltre alla logica, ci sono prove (indirette) di possibile reinalazione virale!

L'Agenzia per l'Ambiente Provincia di Bolzano ha pubblicato un'importante ricerca su volontari:

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL  
Landesagentur für Umwelt und Klimaschutz  
Labor für Luftanalysen und Strahlenschutz



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO  
Agenzia provinciale per l'ambiente e la tutela del clima  
Laboratorio Analisi aria e radioprotezione

### Qualità dell'aria durante l'utilizzo di dispositivi di copertura di naso e bocca

Bolzano, settembre 2020

*Uno studio del Laboratorio Analisi aria e radioprotezione*



#### **Autori:**

Gianmaria Fulci

Clara Peretti

Luca Verdi

Richard Oberkalmsteiner

Laboratorio Analisi aria e radioprotezione

Agenzia provinciale per l'ambiente e la tutela del clima

Via Amba Alagi 5, 39100 Bolzano

*Allestimento delle prove sui dispositivi di copertura del naso e della bocca (Foto: Appa Bolzano)*

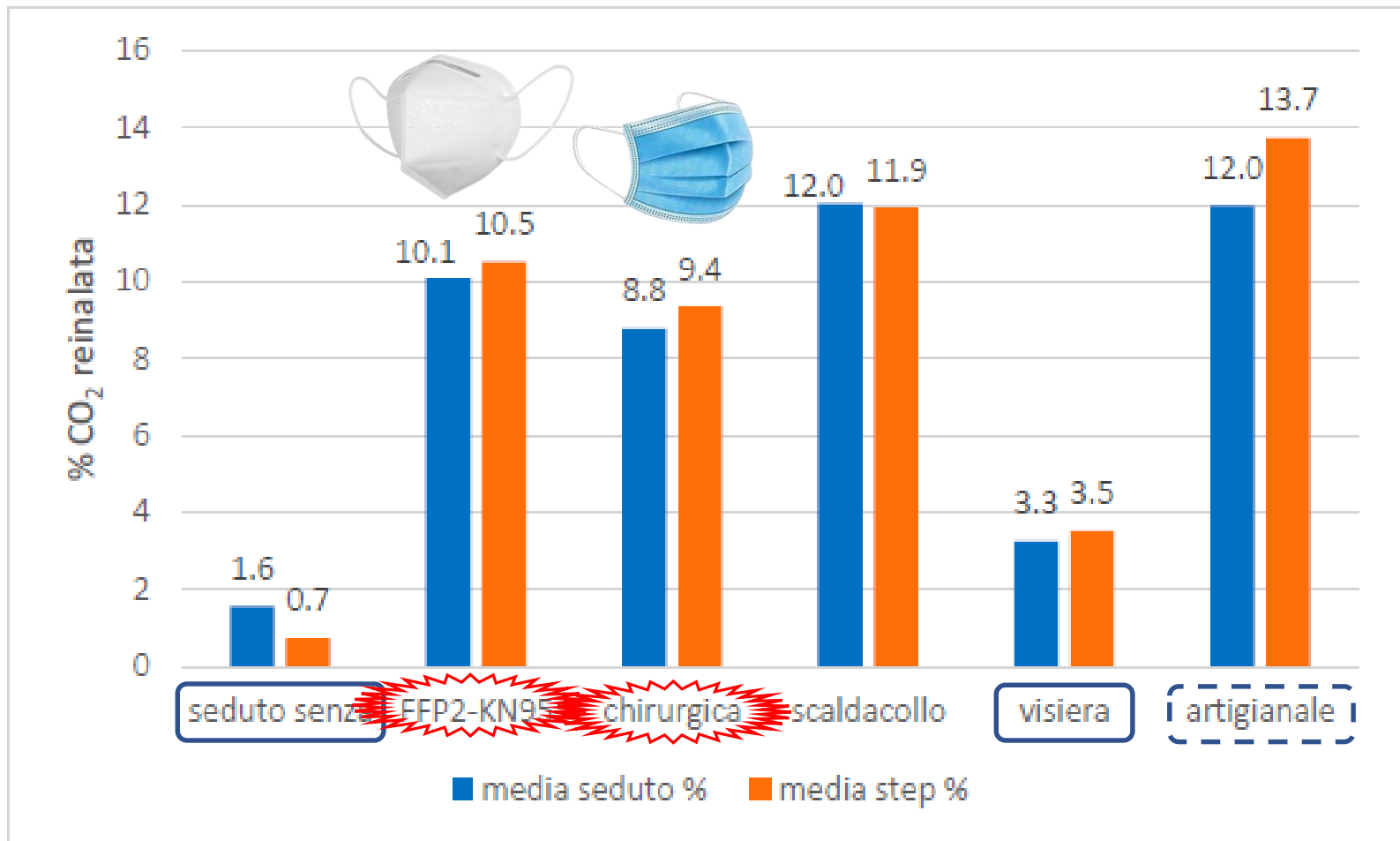


Figura 19. Percentuale di CO<sub>2</sub> reinalata al netto della CO<sub>2</sub> ambiente. Valori medi

Ma il virus SARS-CoV-2 è molto più grande della piccola molecola di CO<sub>2</sub>, si rischia di **reinalarne ben di più, 15-20 volte al minuto → aumento di carica virale!**

15 February 2021

- In households, the use of medical face masks is recommended for people with symptoms of COVID-19 or confirmed COVID-19 and for the people who share their household.

## Recommendations for the use of face masks for the prevention of COVID-19 in the community

In areas with community transmission of COVID-19, wearing a medical or non-medical face mask is recommended in confined public spaces (such as stores, supermarkets and public transport).

The use of face masks can be considered in crowded outdoor settings.

For people vulnerable to severe COVID-19, such as the elderly or those with underlying medical conditions, the use of medical face masks is recommended as a means of personal protection in the above-mentioned settings.

In households, the use of medical face masks is recommended for people with symptoms of COVID-19 or confirmed COVID-19 and for the people who share their household, especially when isolation of the person with symptoms of or confirmed COVID-19 is not possible.

È espresso male! I sintomatici devono isolarsi e respirare senza barriera, indossando la mascherina solo in interazioni non evitabili con altri



**E in comunità** (cioè **fuori casa**)? È stato pubblicato un RCT di alta qualità in comunità (non «all'aperto»): <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-6817>

## Effectiveness of Adding a Mask Recommendation to Other Public Health Measures to Prevent SARS-CoV-2 Infection in Danish Mask Wearers

A Randomized Controlled Trial

[Henning Bundgaard, DMSc](#)

[Johan Skov Bundgaard, BSc](#) <https://doi.org/10.7326/M20-6817>



A metà di ~6.000 danesi si sono consegnate 50 mascherine chirurgiche, chiedendo di indossarle per un mese quando fuori casa tra altre persone; l'altra metà costituiva il gruppo di controllo (senza mascherine).

A un primo esame è parso che i risultati favorissero in modo non significativo il gruppo maschere, e molti, a partire da direttori editoriali ed editorialisti sugli *Ann Intern Med*, hanno subito detto che *dunque* tutti dovrebbero indossarle.

Invece a guardar bene vale il contrario. Infatti **i familiari del gruppo maschere** (che sono *grappoli* di fatto co-randomizzati) **hanno avuto in tendenza più Covid-19**, e la **somma infezioni + Covid** mostra un **lieve aumento nel gruppo maschere**.

Inoltre nel gruppo **con maschere il 40% ha ridotto l'attività fisica** nel mese di osservazione, e nessuno l'ha aumentata (v. tavole seguenti).



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



(DANMASK-19, 2020)  
Randomizzati per 1 mese



**CON mascherina (3000)**

Infezioni  
partecip.  
**1,8%**

Malattie  
familiari  
**2,1%**

**3,9%**

Un po' più  
infezioni +  
malattie

**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)



=



Comunque gli effetti avversi anche a breve dell'uso prolungato delle mascherine si sarebbero dovuti sapere da molto tempo, e di certo dal 2020!

ISSN: 2474-3658



Journal of  
Infectious Diseases and Epidemiology

Rosner. J Infect Dis Epidemiol 2020; 6:130

DOI: 10.23937/2474-3658/1510130

Volume 6 | Issue 3

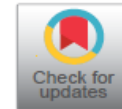
Open Access

SURVEY

## Adverse Effects of Prolonged Mask Use among Healthcare Professionals during COVID-19

Elisheva Rosner, MSN, RN-C\*

Morgan Stanley Children's Hospital of New York-Presbyterian, USA

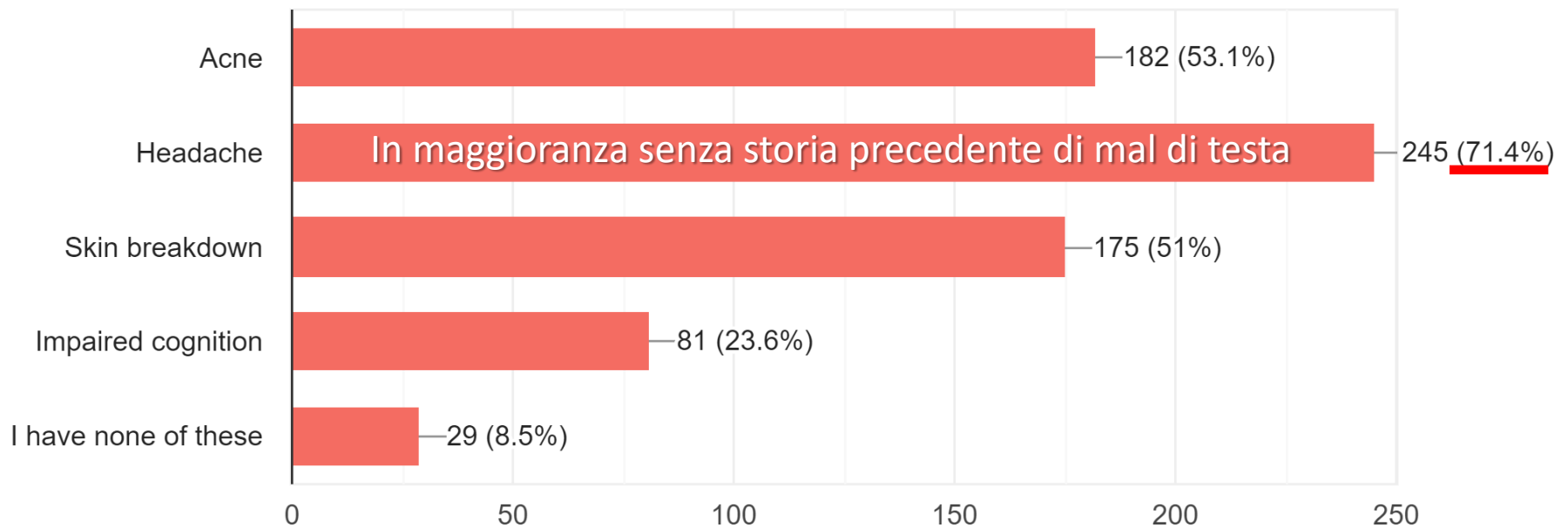


Studio di prevalenza su 343 sanitari in New York City, per 2/3 bianchi, soprattutto donne, che hanno lavorato nell'ospedale durante la pandemia da COVID-19.

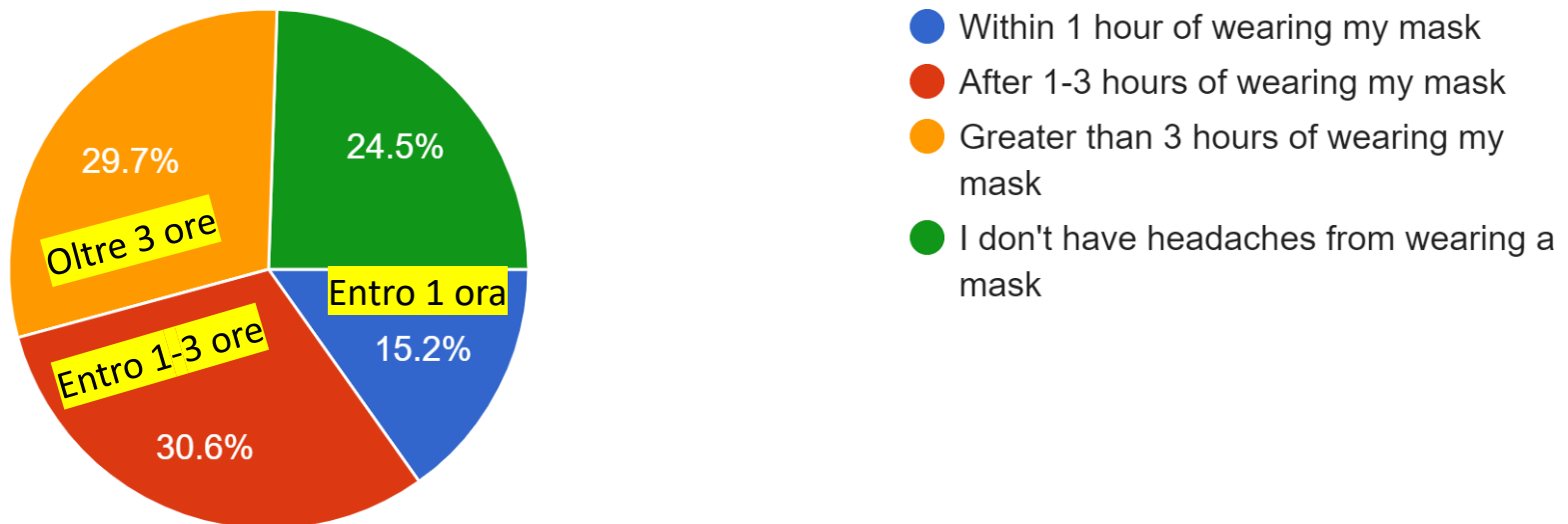
In un questionario di 21 domande, il **91,5% ha riportato effetti avversi**.

**Conclusione:** l'uso prolungato di N95 o mascherine chirurgiche da parte di sanitari ha causato effetti avversi come **mal di testa, eruzioni cutanee, acne, rotture della pelle, peggioramento cognitivo** (anche escludendo chi già ne soffriva).

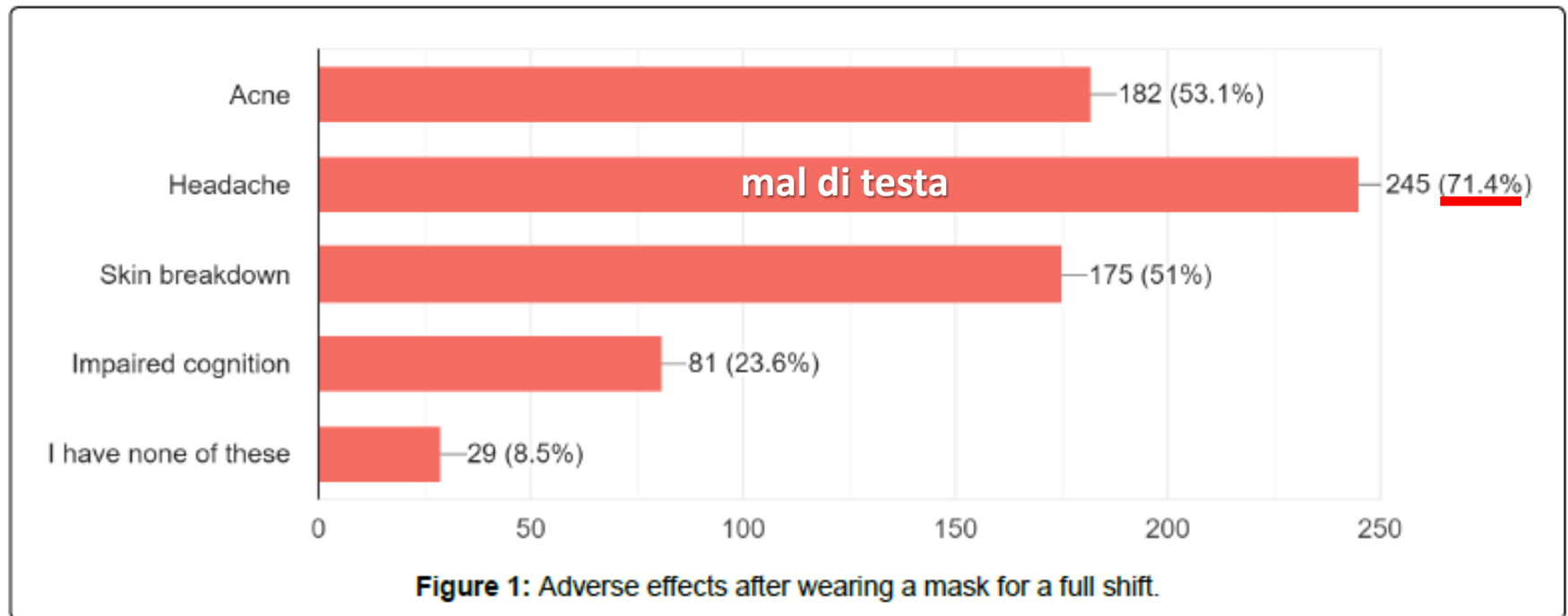




## Effetti avversi dopo aver indossato una maschera per un turno



Dopo quante ore dall'aver indossato una maschera si lamenta **mal di testa**



Dopo aver tolto le maschere, i mal di testa (risultati i disturbi più frequenti) si sono risolti:

- nel 14% dei rispondenti entro 30 minuti,
- nel **33,8% dopo 1 ora**,
- mentre nel **28% hanno richiesto farmaci** per risolvere la cefalea (**FANS**, soprattutto **ibuprofene**, e **paracetamolo**)



15 February 2021

~~In households, the use of medical face masks is recommended for people with symptoms of COVID-19 or confirmed COVID-19 and for the people who share their household.~~

## Recommendations for the use of face masks for the prevention of COVID-19 in the community

In areas with community transmission of COVID-19, wearing a medical or non-medical face mask is recommended in confined public spaces (such as stores, supermarkets and public transport).

The use of face masks can be considered in crowded outdoor settings.

For people vulnerable to severe COVID-19, such as the elderly or those with underlying medical conditions, the use of medical face masks is recommended as a means of personal protection in the above-mentioned settings.

~~In households, the use of medical face masks is recommended for people with symptoms of COVID-19 or confirmed COVID-19 and for the people who share their household, especially when isolation of the person with symptoms of or confirmed COVID-19 is not possible.~~

È espresso male! I sintomatici devono isolarsi e respirare senza barriera, indossando la mascherina solo in interazioni non evitabili con altri



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**



Non servono a proteggere i sani,  
quelle mascherine lì **devono** essere  
date soltanto al personale sanitario,  
**e ai malati**, per evitare che  
con la vociferazione...  
Ai sani non servono assolutamente...



**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://T.ME/GRANDEINGANNO](https://t.me/GRANDEINGANNO)

Inoltre la resistenza all'espiazione della maschera (tenuta a lungo NB: alcuni pensano di proteggersi tenendola *in permanenza*) **aumenta la ri-inalazione dei propri virus**, in un **circolo vizioso che aumenta la carica**, che può così raggiungere gli alveoli polmonari, dove le difese immunitarie innate sono carenti.



Lì il virus si può moltiplicare molto e quando, ~10 giorni dopo l'infezione, arrivano gli anticorpi delle difese adattative, trovando grandi quantità di virus scatenano una **battaglia violenta**, con **grave infiammazione** e le conseguenze descritte nei casi di COVID-19 a evoluzione grave.





Rivedete il seminario CMSi su possibili danni da reinalazione virus in chi porta a lungo mascherine con infezione in atto...



Medicine®

OPEN

Observational Study

## 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.



**Table 2****Results of the analysis (step 3) <sup>\*</sup>.**

|                                                  | Configuration A  |                    | Configuration B  |                    |
|--------------------------------------------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|
|                                                  | MMC <sup>†</sup> | noMMC <sup>‡</sup> | MMC <sup>†</sup> | noMMC <sup>‡</sup> |
| People total                                     | 1,072,139        | 638,955            | 556,097          | 704,210            |
| Infected people                                  | 13,655           | 9880               | 7,563            | 10,403             |
| Deaths                                           | 241              | 95                 | 156              | 137                |
| CFR <sup>§</sup>                                 | 1.76%            | 0.96%              | 2.06%            | 1.32%              |
| RR <sup>¶</sup> (MMC <sup>†</sup> )              | 1.85 [1.51–2.10] |                    | 1.58 [1.34–1.84] |                    |
| p                                                | <0.001           |                    | <0.001           |                    |
| CFR <sub>G</sub> <sup>§</sup>                    | 1.69%            | 0.96%              | 1.93%            | 1.32%              |
| RR <sub>G</sub> <sup>¶</sup> (MMC <sup>†</sup> ) | 1.77 [1.45–2.01] |                    | 1.48 [1.25–1.73] |                    |
| p <sub>G</sub>                                   | <0.001           |                    | 0.001            |                    |

**Table 4****Results after infection rate correlated bias check (Step 4a) <sup>\*</sup>.**

|                                                  | Configuration A  |                    | Configuration B  |                    |
|--------------------------------------------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|
|                                                  | MMC <sup>†</sup> | noMMC <sup>‡</sup> | MMC <sup>†</sup> | noMMC <sup>‡</sup> |
| People total                                     | 1,072,139        | 638,955            | 556,097          | 704,210            |
| Infected (corr.)                                 | 16,578           | 9,880              | 8215             | 10,403             |
| Deaths                                           | 241              | 95                 | 156              | 137                |
| CFR <sup>§</sup>                                 | 1.45%            | 0.96%              | 1.90%            | 1.32%              |
| RR <sup>¶</sup> (MMC <sup>†</sup> )              | 1.52 [1.24–1.72] |                    | 1.45 [1.23–1.69] |                    |
| p                                                | <0.001           |                    | 0.001            |                    |
| CFR <sub>G</sub> <sup>§</sup>                    | 1.39%            | 0.96%              | 1.78%            | 1.32%              |
| RR <sub>G</sub> <sup>¶</sup> (MMC <sup>†</sup> ) | 1.46 [1.19–1.65] |                    | 1.36 [1.15–1.59] |                    |
| p <sub>G</sub>                                   | 0.002            |                    | 0.01             |                    |



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

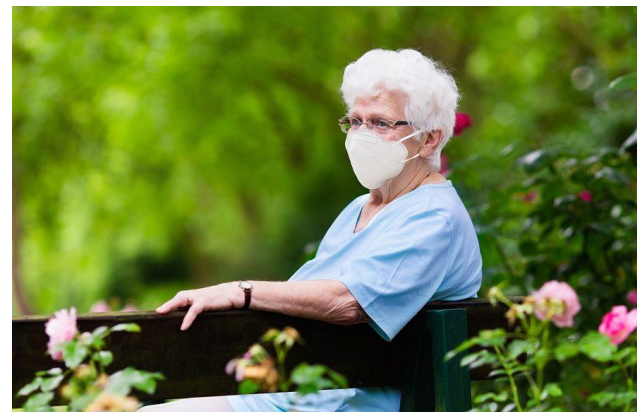








Una **narrazione**  
**dis-informativa** ha  
distorto le percezioni  
e prodotto **comportamen-**  
**ti irrazionali e pericolosi**







# Paracetamolo



## RACCOMANDAZIONI AIFA SUI FARMACI

per la gestione domiciliare di COVID-19

Vers. 4 – Agg. 14/12/2021

### FARMACI SINTOMATICI

#### Terapia sintomatica

Paracetamolo o FANS possono essere utilizzati in caso di febbre o dolori articolari o muscolari (a meno che non esista chiara controindicazione all'uso). Altri farmaci sintomatici potranno essere utilizzati su giudizio clinico.

**Farmaci contro Covid-19 nelle prime fasi:  
quali sarebbe meglio evitare?**

**CMSi - 20 novembre 2021**

**2° Seminario scientifico del Ciclo**

**“Proposte strategiche e operative di contrasto  
alla pandemia da Covid-19”**

**Perché no al  
paracetamolo**  
<https://youtu.be/MH6M-PKUf-o>

## Ruolo della febbre

### Replicative capacity of SARS-CoV-2 omicron variants BA.5 and BQ.1.1 at elevated temperatures

This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

*Yukiko Muramoto, Senye Takahashi, Peter J Halfmann, Shimpei Gotoh, \*Takeshi Noda, \*Yoshihiro Kawaoka*



*Lancet Microbe* 2023

Published Online

April 24, 2023

[https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(23\)00100-3](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(23)00100-3)

Hanno paragonato la capacità replicativa di tre nuove sottovarianti Omicron: B.1.617.2, BA.5 e BQ.1.1 durante la febbre usando cellule epiteliali umane degli alveoli polmonari, infettate con un'alta dose infettante e incubate a 37°C (normale temperatura del corpo umano) e a 40°C (temperatura durante malattia febbrile).

Ogni giorno si sono prelevati campioni di cellule per la titolazione virale.

**A 37° C** le tre varianti hanno avuto crescite simili, raggiungendo **picchi elevatissimi**.

Dopo **due giorni a 40°C** i **titoli di B.1.617.2 erano 10 volte inferiori** che **a 37°C**  
i **titoli di BA.5 erano 1000** “ “ “ “  
e **BQ.1.1 è stata del tutto incapace di replicarsi**.

La **febbre** è uno dei sintomi più comuni anche con Omicron, e ha un ruolo molto **importante nel limitare la gravità della COVID-19**.



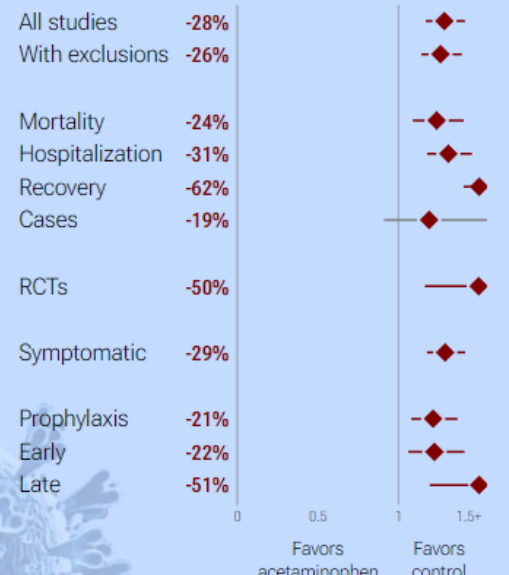
(o Paracetamolo → Tachipirina)

**Acetaminophen for COVID-19**  
**27** studies from **297** scientists  
**543,459** patients in **13** countries

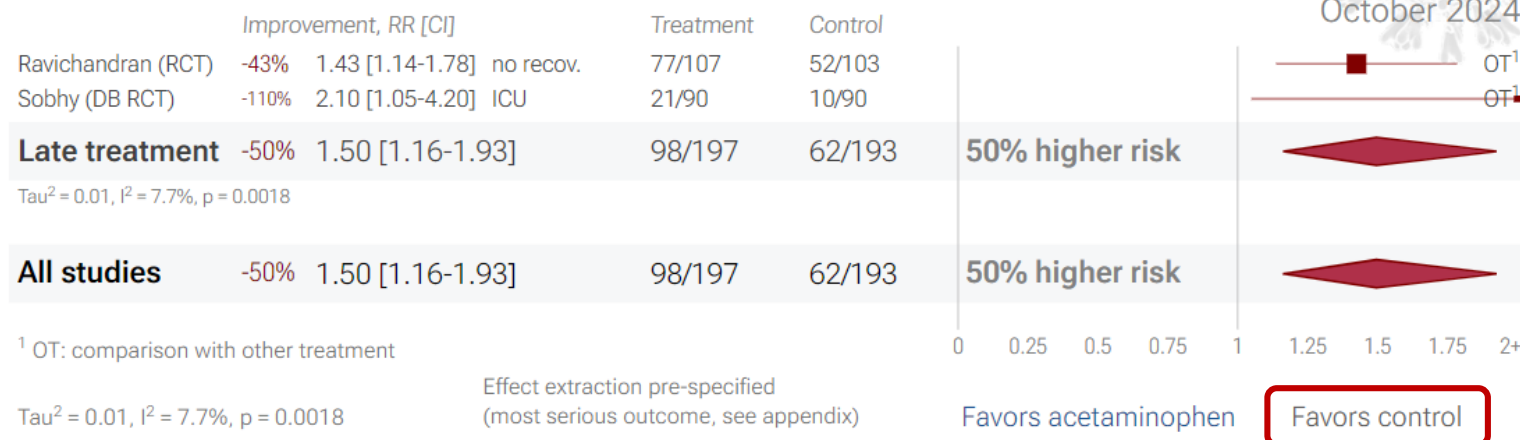
28% higher risk in **28** studies CI 17-41%

24% higher mortality in **14** studies CI 9-40%

COVID-19 ACETAMINOPHEN STUDIES. OCT 2024. C19EARLY.ORG



## 2 acetaminophen COVID-19 Randomized Controlled Trials



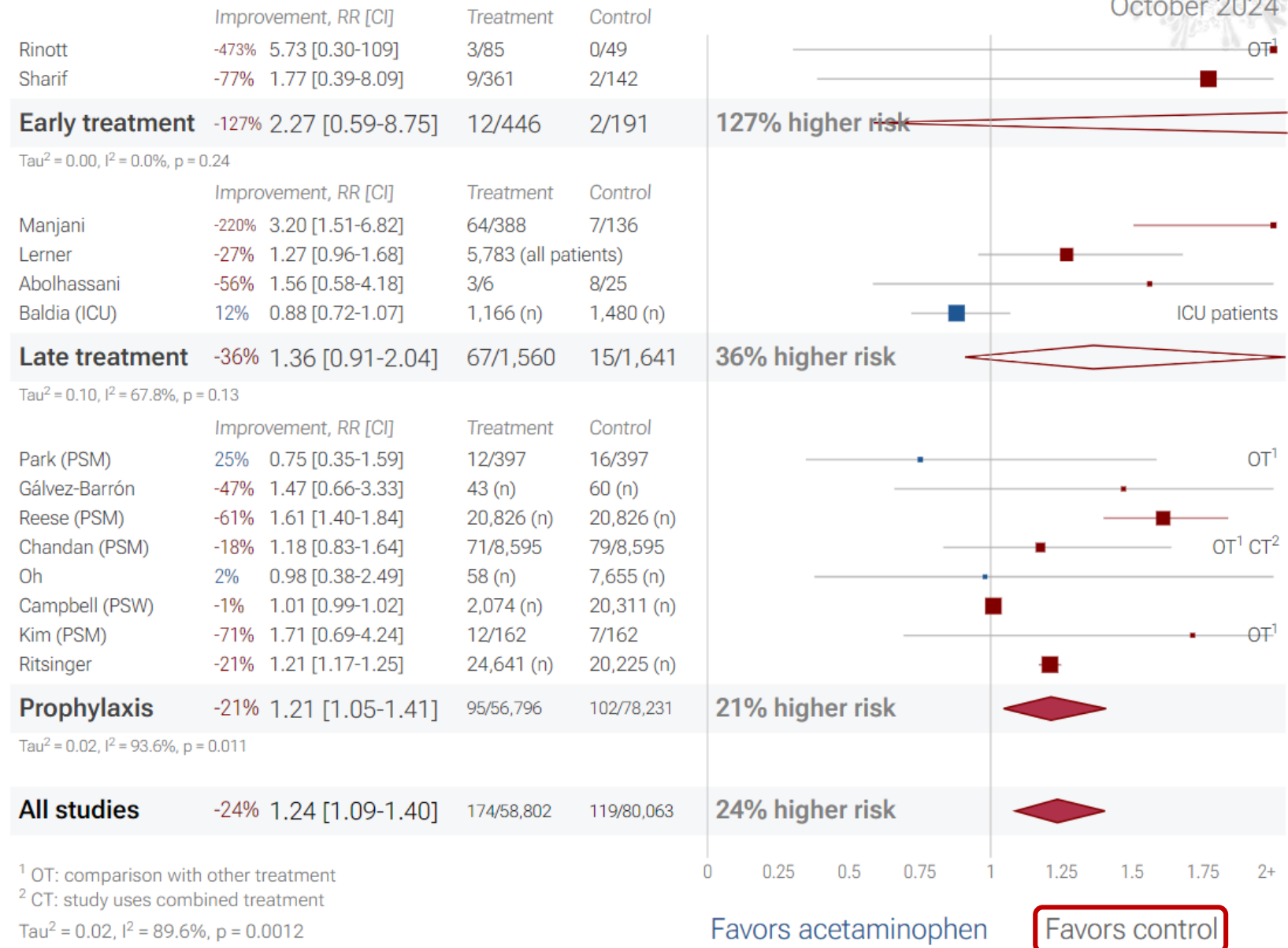
**Figure 18.** Random effects meta-analysis for all Randomized Controlled Trials. This plot shows pooled effects, see the specific outcome analyses for individual outcomes. Analysis validating pooled outcomes for COVID-19 can be found below. Effect extraction is pre-specified, using the most serious outcome reported. For details see the appendix.

(o Paracetamol → Tachipirina)

## 14 acetaminophen COVID-19 mortality results

c19early.org

October 2024



<sup>1</sup> OT: comparison with other treatment

<sup>2</sup> CT: study uses combined treatment

Figure 7. Random effects meta-analysis for mortality results.

## Abstract

Meta analysis shows 24% [9-40%] higher mortality, and pooled analysis using the most serious outcome reported shows 28% [17-41%] higher risk.

Concerns have been raised over the use of acetaminophen (paracetamol) for COVID-19<sup>1,2</sup>. Studies show significantly increased risk.

Potential mechanisms of harm include glutathione depletion, fever suppression, liver toxicity, immunosuppression, cytokine disruption, prostaglandin inhibition, COX inhibition, cell/tissue injury, mitochondrial dysfunction, glycine depletion, disruption of redox balance, increased oxidative stress, trace mineral depletion, microbiome alteration, and endocannabinoid system dysfunction.

All data to reproduce this paper and sources are in the appendix.  
Acetaminophen is also known as paracetamol.

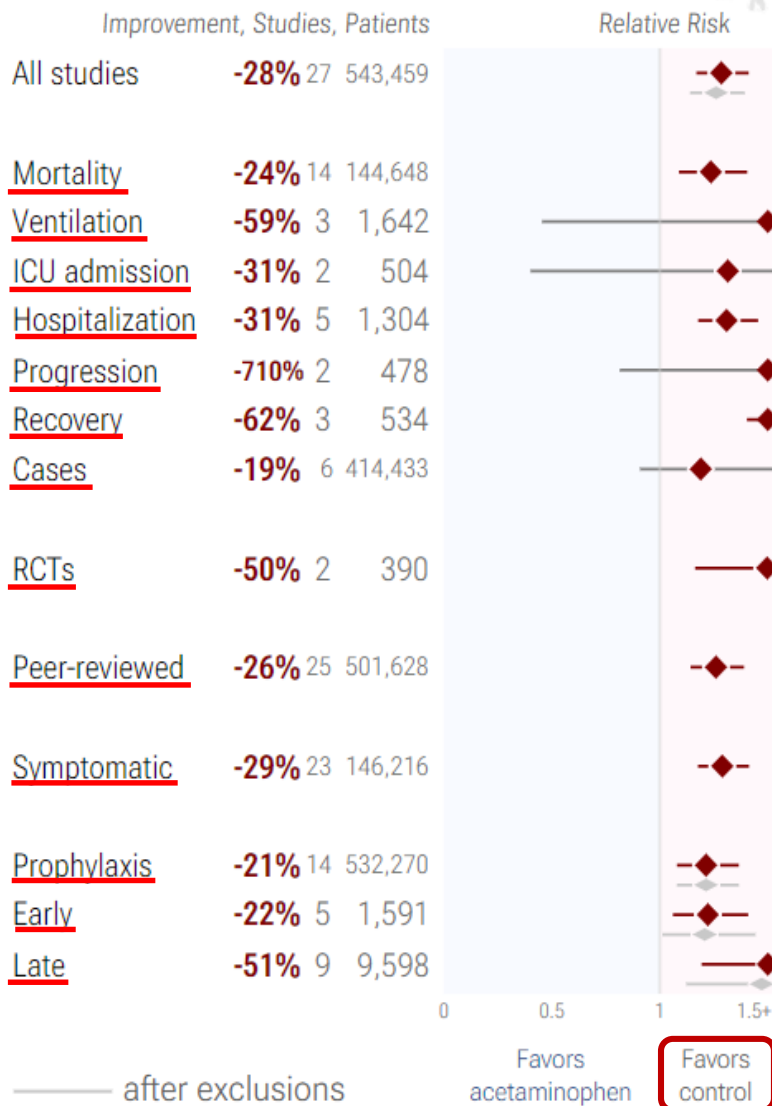
**Paracetamolo:  
record assoluto  
di fallimenti!**

## Acetaminophen for COVID-19

c19early.org

October 2024

Relative Risk







... prove da RCT del danno  
nel sopprimere la febbre ...

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Title</b>      | Preliminary findings from a randomized controlled trial of the effect of fever suppression by antipyretics on medically attended influenza virus infections                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Authors</b>    | Ip, DKM <br>....<br>Cowling, BJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Issue Date</b> | 2016                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Publisher</b>  | International Society for Influenza and Other Respiratory Virus Diseases.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Citation</b>   | The 9th International Scientific Conference of Options for the Control of Influenza (Options-9), Chicago, IL., 24-28 August 2016. In Conference Program, 2016, p. 71, abstract no. O-95 <a href="#">How to Cite?</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Abstract</b>   | <p><b>BACKGROUND:</b> Being one of the commonest conditions encountered in modern clinical practice, fever is commonly regarded as an illness that has to be treated although objective evidence about its harm is lacking. Evidence is growing to suggest that fever is an important component in the host defense mechanism against viral infections, and suppressing fever might cause more harm than good. Many earlier studies have demonstrated that antipyretic therapy can prolong the duration of illness, suppress humoral antibody responses, and increase the level and duration of viral shedding potentially implying increased onwards transmission of the infection. <b>METHOD:</b> A double-blinded randomized placebo-controlled trial was conducted to investigate the potential benefits and risks of antipyretic use in naturally occurring medically-attended influenza virus infections. Healthy adults aged 18-30 years who presented with acute respiratory symptoms within 48 hours of illness onset were recruited from university health clinics in Hong Kong. Recruited patients with positive rapid influenza test result were randomized to receive either paracetamol (paracetamol 500mg QID) or placebo. Back-up NSAID (ibuprofen 200mg TDS) was provided to all subjects for intolerable fever when required. Nasal and throat swabs were collected from participants on days 1 (baseline), 4, 7 and 10 for quantitative RT-PCR analysis. Participants recorded their temperature and symptoms in daily diaries from day 1 to 10. The primary outcomes were the time from recruitment to (1) cessation of detectable viral shedding and (2) clinical illness resolution. <b>RESULTS:</b> As of 30 April 2015, 140 participants were enrolled into the trial and 6 were lost to follow ....</p> |

**Conference Paper:** Preliminary findings from a randomized controlled trial of the effect of fever suppression by antipyretics on medically attended influenza virus infections

con antipiretico quasi 2 gg. in più  
di diffusione del virus influenzale



Prof. Benjamin  
John Cowling,  
Epidemiologo  
e Statistico  
Medico, HKU

.... up. Seventy-eight participants were PCR-positive for influenza on their day 1 swab sample including 40 and 38 participants randomized into the treatment and placebo group respectively. The mean duration of viral shedding in the treatment group was 7.8 days compared to 6.1 days in the placebo group (p=0.02). No significant difference was detected between the groups in the time to clinical illness resolution. Recruitment is currently ongoing to achieve our target sample size of 150 patients in each group. CONCLUSION: Our preliminary findings indicate that antipyretic treatment of medically-attended influenza virus infection could prolong the duration of virus shedding, while not reducing the duration of illness. Findings from this study will have important contribution to evidence-based clinical management of medically-attended influenza, and public health strategies to control transmission in the community.

---

|                    |                                                    |
|--------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Description</b> | Oral Abstract Session - Clinical Science: no. O-95 |
|--------------------|----------------------------------------------------|

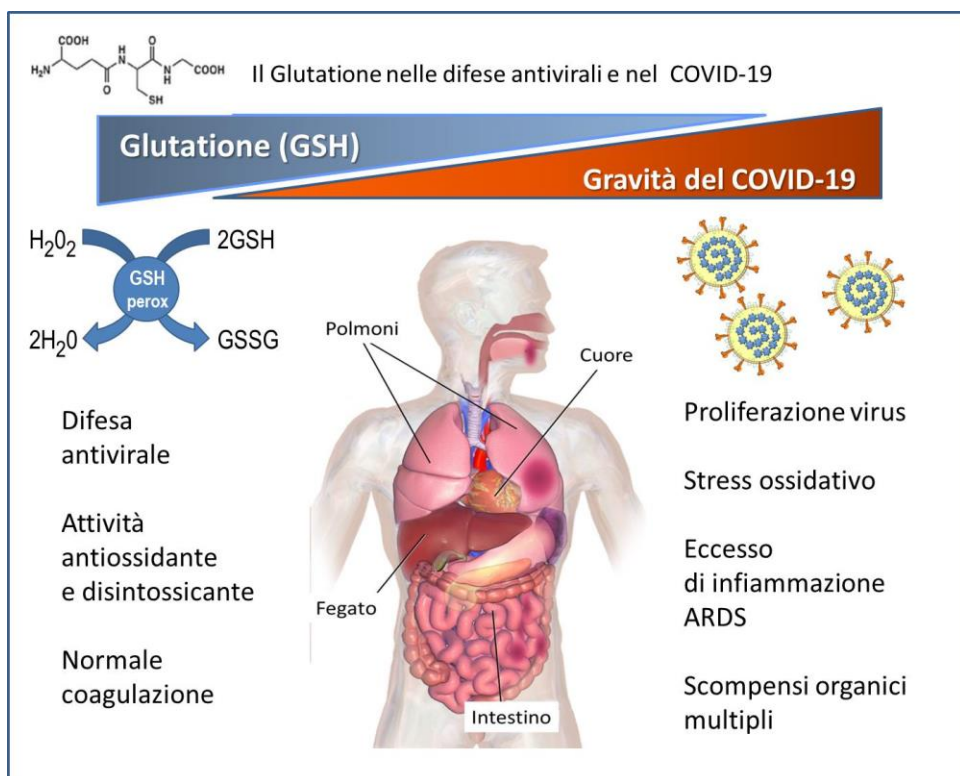
---

|                              |                                                                                     |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Persistent Identifier</b> | <a href="http://hdl.handle.net/10722/233614">http://hdl.handle.net/10722/233614</a> |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

# Paracetamol-Induced Glutathione Consumption: Is There a Link With Severe COVID-19 Illness?

Piero Sestili<sup>1\*</sup> and Carmela Fimognari<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Biomolecular Sciences (DISB), Università degli Studi di Urbino Carlo Bo, Urbino, Italy, <sup>2</sup> Dipartimento di Scienze per la Qualità della Vita, Università degli Studi di Bologna, Rimini, Italy



Il glutathione (GSH) si può ossidare per eliminare molecole ossidanti e tossiche, farmaci e perossidi degli acidi grassi, che si formano nelle malattie infettive e per il metabolismo dell'ossigeno nei mitocondri.

Un eccesso di **paracetamolo** può consumare il glutathione e **svuotare le difese antiossidanti delle cellule**.



**E L'INFLUENZA NON TI INFLUENZA**

Alla maggior parte della gente si è lasciato credere che questi prodotti siano *una cura, che fa passare le sindromi influenzali...*

Non qualcosa che solo riduce i sintomi e **può rendere più contagiosi...**



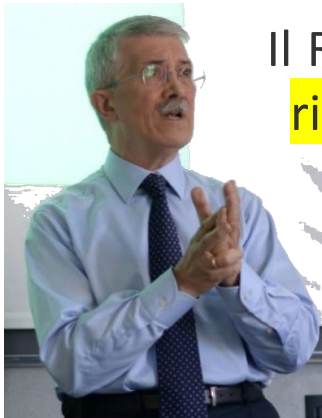


Purtroppo OMS, AIFA, e una fioritura di linee guida per l'assistenza domiciliare di pz Covid-19 fino a quelle MinSal, nel ricordare ad oggi l'assenza di terapie specifiche *evidence based*, continuano a consigliare comunque:

È sorprendente che ciò avvenga senza prove, contravvenendo a ogni regola professata.

Invece oggi c'è l'occasione di realizzare un RCT a basso costo su centinaia o migliaia di pazienti con forme iniziali di Covid-19 (di norma lievi con Omicron), confrontando il decorso con impiego di paracetamolo, di antinfiammatori o di un placebo. \*

**paracetamolo**  
(fino a 3 g al  
giorno) **per**  
**«trattare» la**  
**febbre! \***



Il RCT andrebbe realizzato con finanziamenti pubblici, coinvolgendo ricercatori senza conflitti di interesse, in grado di garantire il livello metodologico e la credibilità dei risultati.

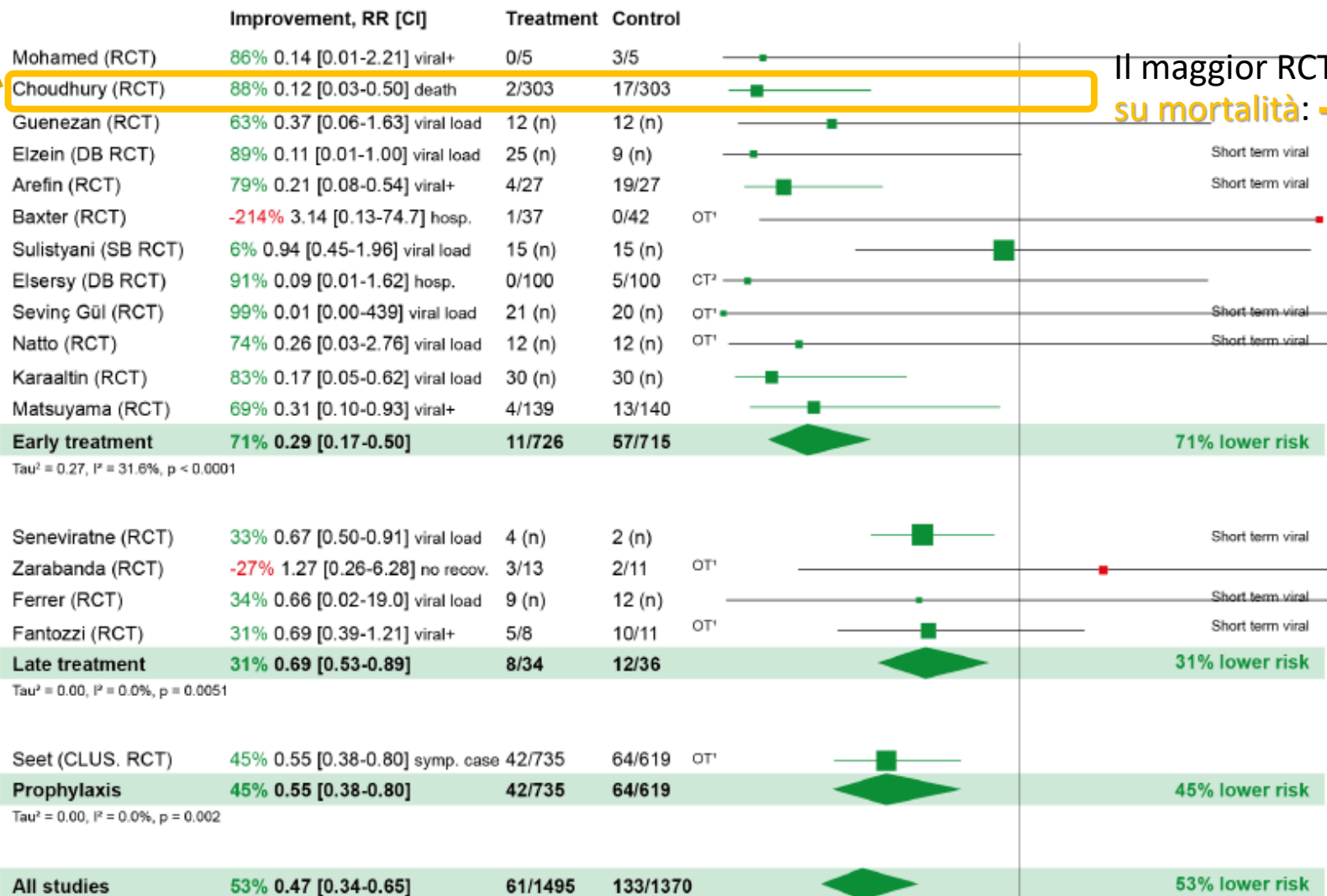
Si potrebbero così finalmente avere risposte serie sull'utilità di questa diffusissima pratica clinica, di interesse universale per tanti anni a venire.

- La pratica di dar subito paracetamolo (o antinfiammatori diversi da indometacina) potrebbe forse avere un razionale (solo?) nel caso improbabile che fosse un virus ingegnerizzato, e che si comportasse in modo del tutto diverso dagli altri virus.

Ma anche in questo caso s'imporrebbe un RCT per dimostrarlo!



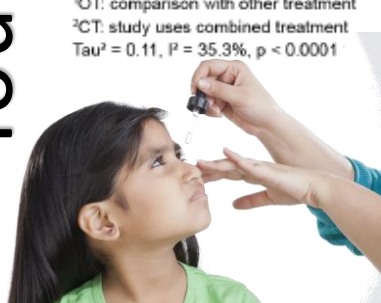
# Iodopovidone locale all'1%



Il maggior RCT, **unico** su mortalità: - **88%**

0 0.25 0.5 0.75 1 1.25 1.5 1.75 2+

Favors povidone-iodine Favors control





## Effetti dei vaccini su infezione e trasmissione

Ma neppure 10  
(15) giorni dopo...

22 luglio 2021 ... **non ti vaccini, ti ammali, muori. Oppure, fai morire.**

Non ti vaccini, ti ammali, **contagi, lui/lei muore: questo è.**

... Il **Green Pass** è... **garanzia di trovarsi tra persone non contagiose**

# Outbreak of SARS-CoV-2 Infections, Including COVID-19 Vaccine Breakthrough Infections, Associated with Large Public Gatherings — Barnstable County, Massachusetts, July 2021

Catherine M. Brown, DVM<sup>1</sup>; Johanna Vostok, MPH<sup>1</sup>; Hillary Johnson, MHS<sup>1</sup>; Meagan Burns, MPH<sup>1</sup>; Radhika Gharpure, DVM<sup>2</sup>; Samira Sami, DrPH<sup>2</sup>; Rebecca T. Sabo, MPH<sup>2</sup>; Noemi Hall, PhD<sup>2</sup>; Anne Foreman, PhD<sup>2</sup>; Petra L. Schubert, MPH<sup>1</sup>; Glen R. Gallagher PhD<sup>1</sup>; Timelia Fink<sup>1</sup>; Lawrence C. Madoff, MD<sup>1</sup>; Stacey B. Gabriel, PhD<sup>3</sup>; Bronwyn MacInnis, PhD<sup>3</sup>; Daniel J. Park, PhD<sup>3</sup>; Katherine J. Siddle, PhD<sup>3</sup>; Vaira Harik, MS<sup>4</sup>; Deirdre Arvidson, MSN<sup>4</sup>; Taylor Brock-Fisher, MSc<sup>5</sup>; Molly Dunn, DVM<sup>5</sup>; Amanda Kearns<sup>5</sup>; A. Scott Laney, PhD<sup>2</sup>

On July 30, 2021, this report was posted as an MMWR Early Release on the MMWR website (<https://www.cdc.gov/mmwr>).

Massachusetts, that attracted thousands of tourists from across the United States. Beginning July 10, the Massachusetts



CDC Director Inadvertently Destroys Argument for Vaccine Passports By Surprisingly Saying Vaccines Do Not ‘Prevent Transmission’ [VIDEO] - NewsRescue.com

**«...what they can't do anymore is prevent transmission»**

US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention    MMWR / August 6, 2021 / Vol. 70 / No. 31

# 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

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

con **Delta**

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

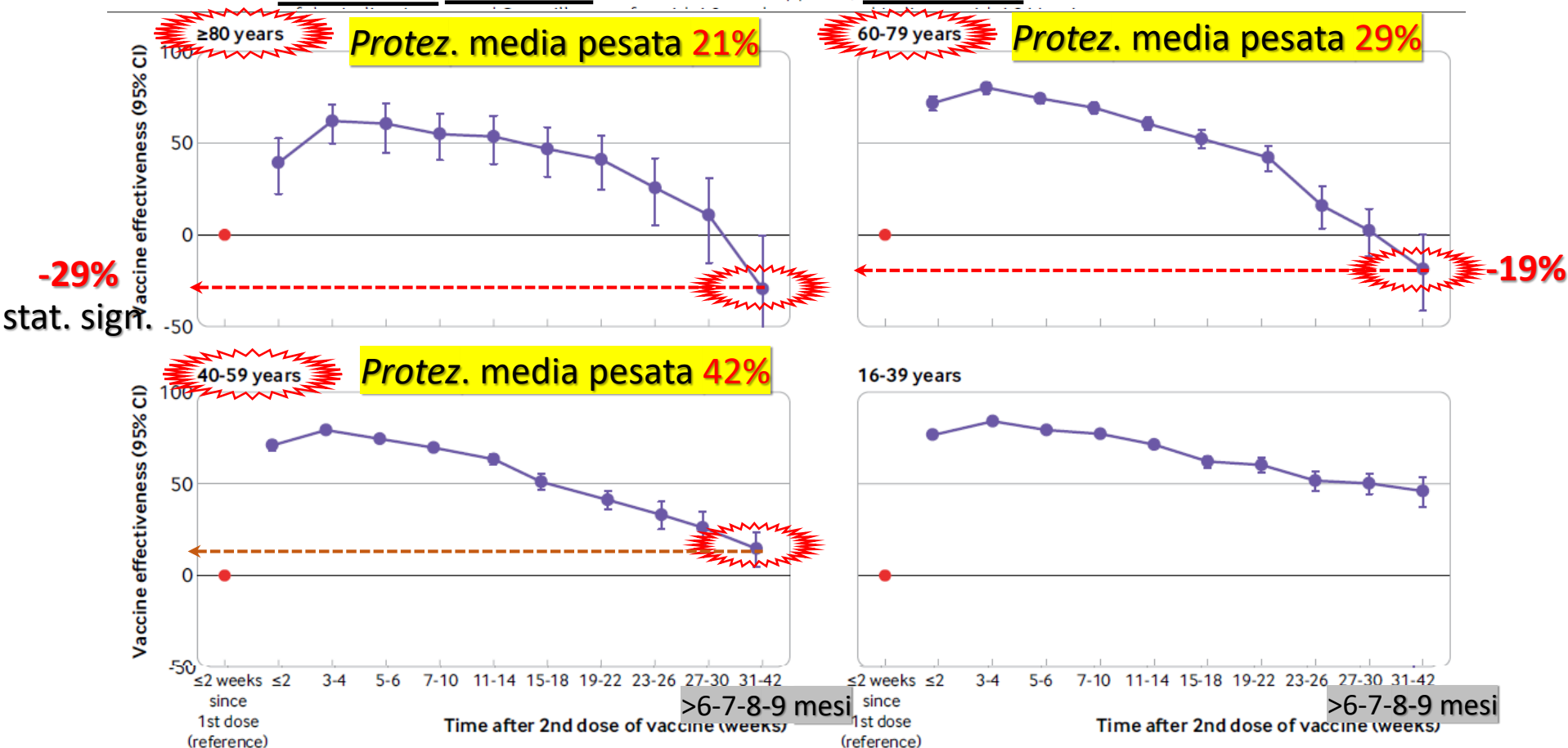


Fig 3 | Effectiveness of mRNA vaccines against SARS-CoV-2 infection during the delta phase by age group and priority risk category, Italy, 19 July to 7 November 2021. Vaccine effectiveness calculated as  $(1 - IRR) \times 100$ , where IRR=incidence rate ratio. \*Including people with comorbidities, immunocompromised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



Includere persone con comorbidità, residenti in case riposo e lungodegenti, immunocompromessi...

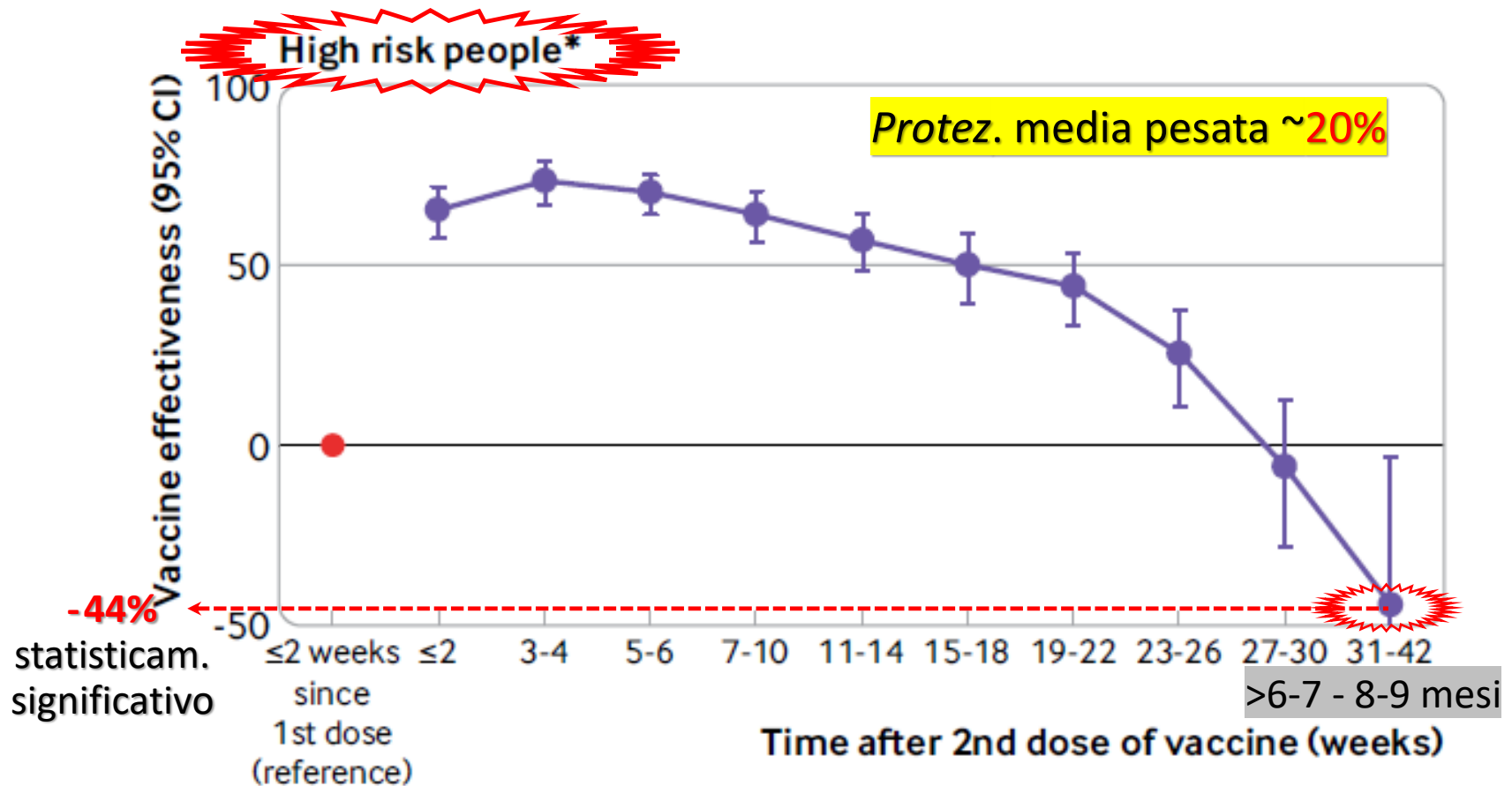


Fig 3 | Effectiveness of mRNA vaccines against SARS-CoV-2 infection during the delta phase by age group and priority risk category, Italy, 19 July to 7 November 2021. Vaccine effectiveness calculated as  $(1 - \text{IRR}) \times 100$ , where IRR=incidence rate ratio. \*Including people with comorbidities,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



# La quarta dose risolverebbe?

RESEARCH



**FAST TRACK**

Short term, relative effectiveness of four doses versus three doses of BNT162b2 vaccine in people aged 60 years and older in Israel: retrospective, test negative, case-control study

Sivan Gazit,<sup>1,2</sup> Yaki Saciuk,<sup>1</sup> Galit Perez,<sup>2</sup> Asaf Peretz,<sup>1</sup> Virginia E Pitzer,<sup>3</sup> Tal Patalon<sup>1,2</sup>

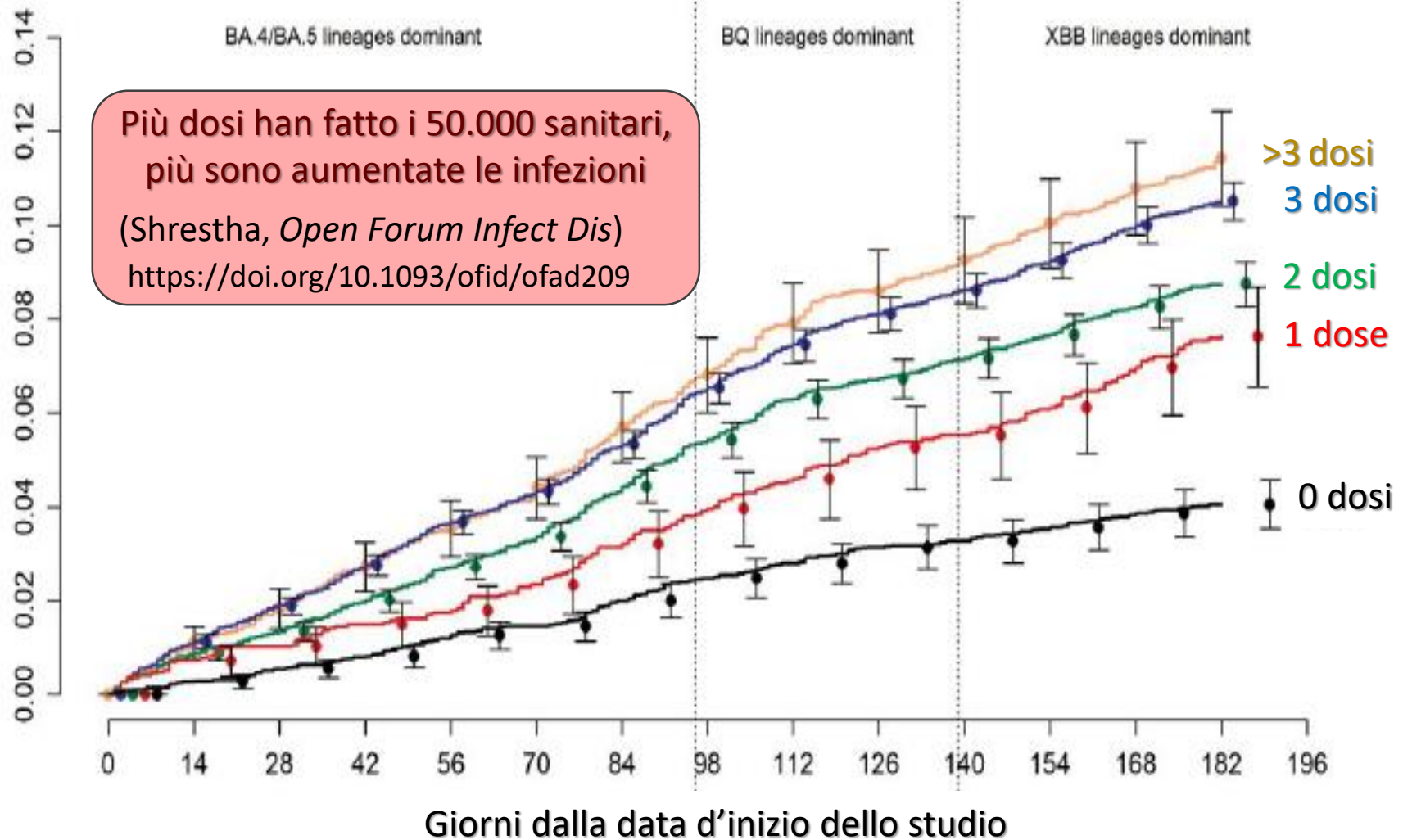
the bmj | BMJ 2022;377:e071113 | doi: 10.1136/bmj-2022-071113

Su quasi 100.000 israeliani, «... a confronto con lo **svanire dimostrato in precedenza dell'efficacia relativa di 3 dosi a confronto di 2 dosi** nel mondo reale, che inizia circa tre mesi dopo l'inoculazione, **l'efficacia pratica della 4<sup>a</sup> dose contro l'infezione svanisce più presto**, in 10 settimane, in modo **simile** al fatto che **la 3<sup>a</sup> dose svanisce prima della 2<sup>a</sup> dose** <sup>23,11</sup>»

<sup>23</sup> Chemaitelly H, et al. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.02.07.22270568v1>

<sup>11</sup> Patalon T, et al. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.02.25.22271494v1>

Incidenza cumulativa di COVID-19 (proporzioni)

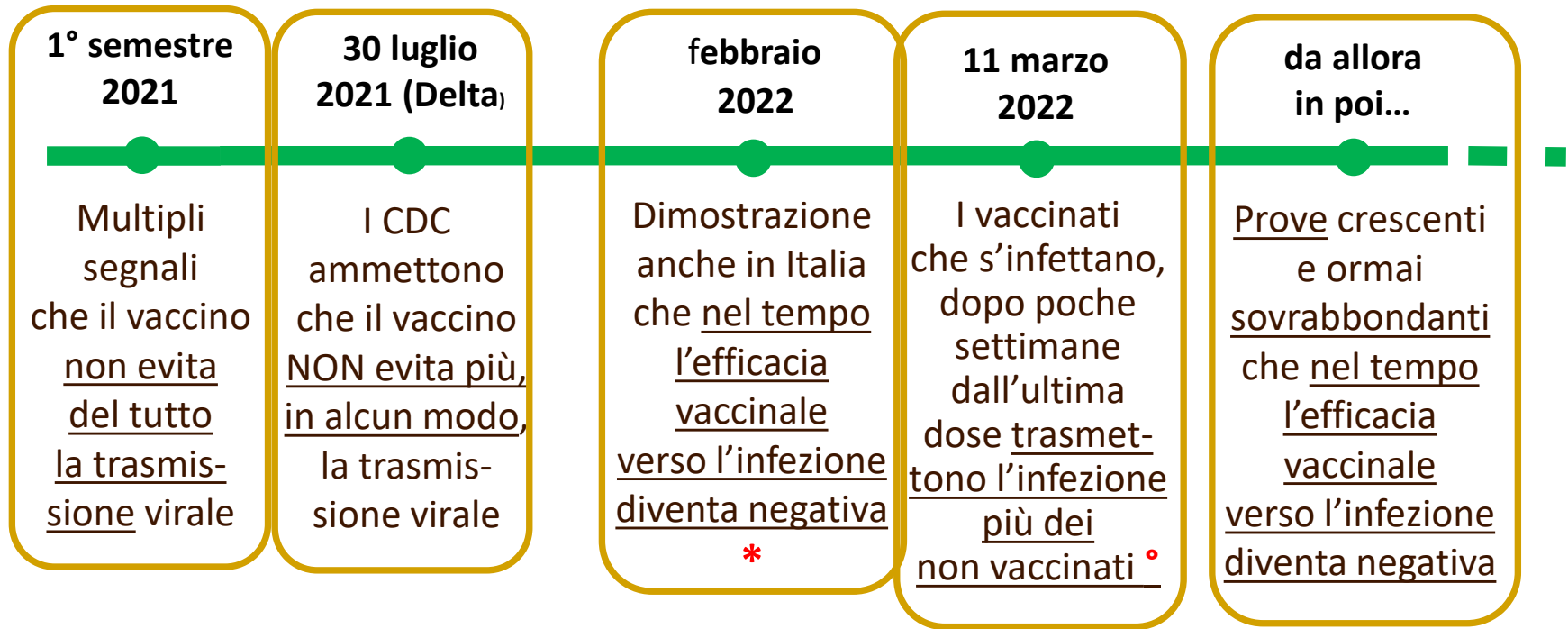


Nos. at risk:

|          |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 0 doses  | 5738   | 5683   | 5628   | 5583   | 5528   | 5485   | 5449   | 5406   | 5333   | 5260   | 5208   | 5156   | 5108   | 5067   |
| 1 dose   | 2359   | 2340   | 2333   | 2328   | 2324   | 2325   | 2322   | 2299   | 2268   | 2236   | 2214   | 2187   | 2157   | 2127   |
| 2 doses  | 13 784 | 13 693 | 13 664 | 13 758 | 13 757 | 13 787 | 13 714 | 13 569 | 13 381 | 13 200 | 13 059 | 12 907 | 12 751 | 12 597 |
| 3 doses  | 20 908 | 21 024 | 21 158 | 21 368 | 21 509 | 21 608 | 21 702 | 21 555 | 21 257 | 21 020 | 20 841 | 20 613 | 20 398 | 20 187 |
| >3 doses | 3634   | 3630   | 3631   | 3658   | 3685   | 3675   | 3642   | 3614   | 3548   | 3488   | 3452   | 3407   | 3368   | 3338   |

**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

## L'infografica che segue riassume la cronologia fondamentale:



\* 'Efficacia negativa' significa che **dopo pochi mesi dall'ultimo inoculo i vaccinati si infectano più dei non vaccinati**

° per le prove relative si rimanda al Comunicato CMSi n. 15, inviato a tutti i Parlamentari:  
[CS 15 del 1 Gen 2025: Motivazioni scientifiche per aver tolto le multe ai non vaccinati. | CMSi](#)

Politici e responsabili della sanità pubblica che dubitassero degli argomenti esposti **dimostrino la buona fede accettando un confronto scientifico equo,** affiancati dagli esperti che vorranno

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 invoca 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 nuove prove  
e... **mi scuso infinitamente con tutti!**

**(chiedo un'inchiesta su chi non ha avisato!)**

Redazione ANSA

ROMA

06 settembre 2021

13:30

NEWS

Suggerisci

Facebook

Twitter

Altri

A+ A A-

Stampa

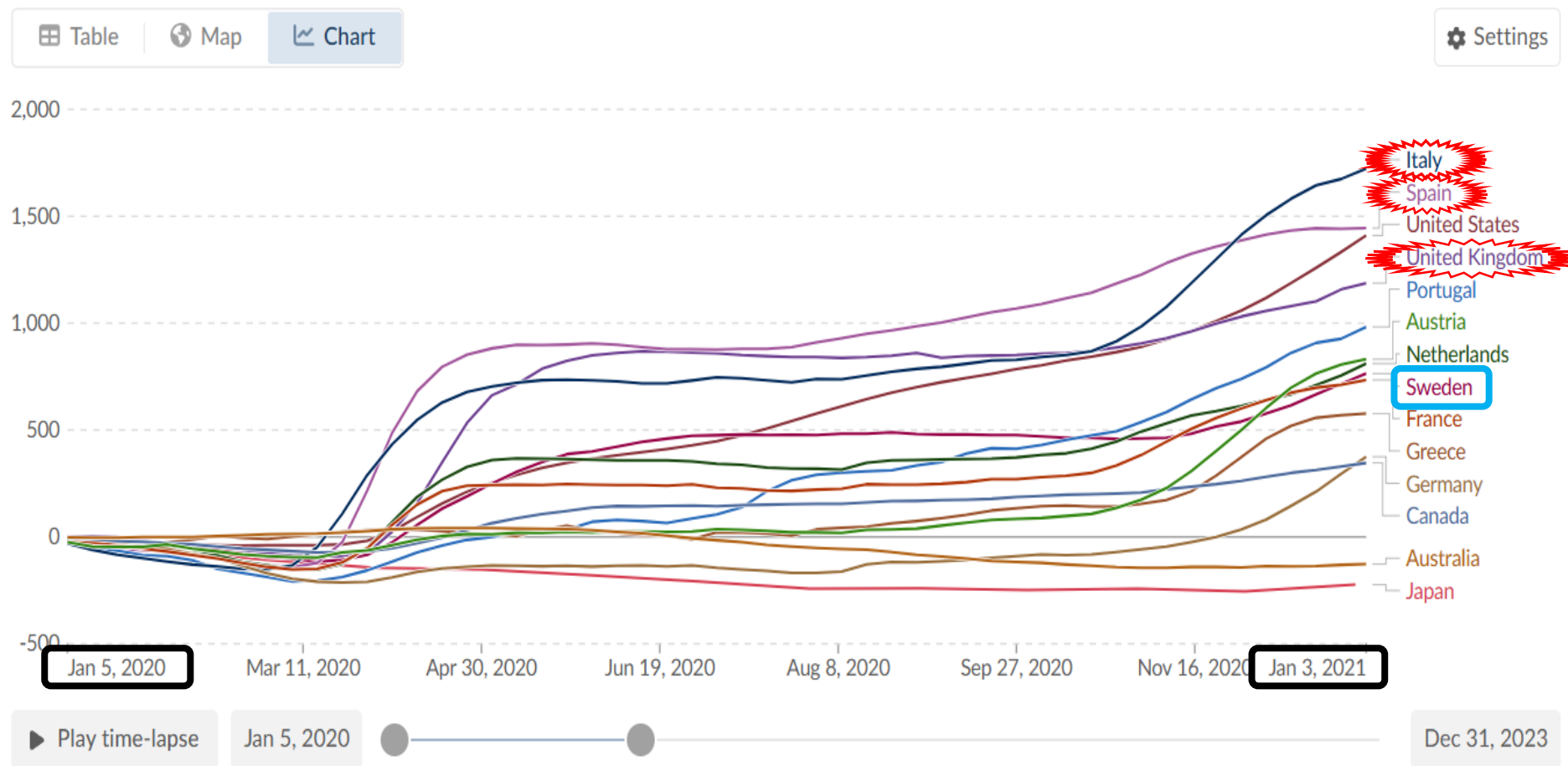


# Confronto mortalità totale Italia e maggiori paesi occidentali – 2020

Excess mortality: Cumulative number of deaths from all causes compared to projection based on previous years,\* per million people

Our World  
in Data

The cumulative difference between the reported number of deaths since 1 January 2020 and the projected number of deaths for the same period based on previous years. The reported number might not count all deaths that occurred due to incomplete coverage and delays in reporting.



\* NB: il confronto di ogni paese è con se stesso negli anni precedenti la pandemia

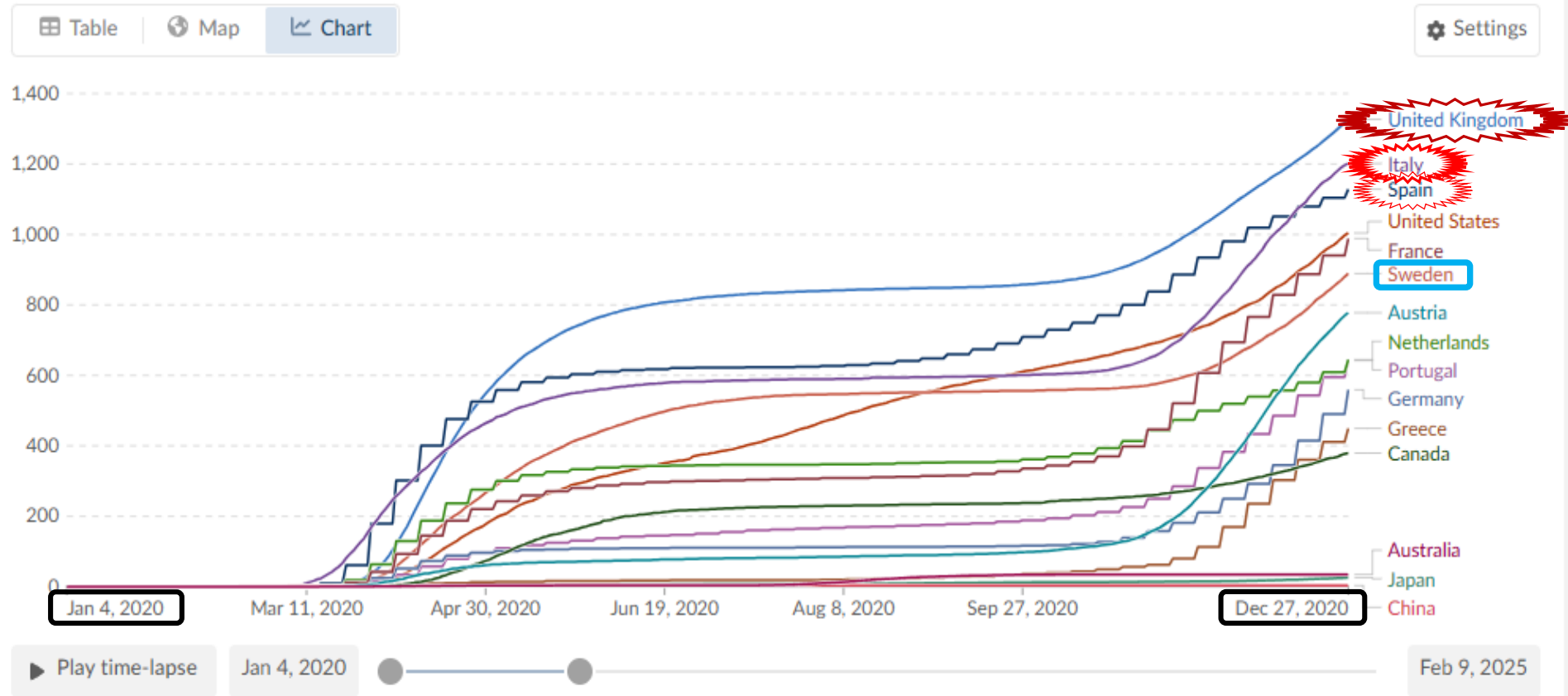


# Confronto mortalità COVID-19 Italia, altri maggiori paesi occidentali – 2020

## Cumulative confirmed COVID-19 deaths\* per million people

Due to varying protocols and challenges in the attribution of the cause of death, the number of confirmed deaths may not accurately represent the true number of deaths caused by COVID-19.

Our World  
in Data



Data source: World Health Organization (2025); Population based on various sources (2024) – [Learn more about this data](#)  
CC BY

Related: Since 8 March, we rely on data from the WHO for confirmed cases and deaths

\* NB: il dato 'morti COVID' è meno solido di 'mortalità totale' e va letto in quel contesto

# Changing life expectancy in European countries 1990–2021: a subanalysis of causes and risk factors from the Global Burden of Disease Study 2021



Funding Gates Foundation.

GBD 2021 Europe Life Expectancy Collaborators\*

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00009-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00009-X)



## Summary

**Background** Decades of steady improvements in life expectancy in Europe slowed down from around 2011, well before the COVID-19 pandemic, for reasons which remain disputed. We aimed to assess how changes in risk factors and cause-specific death rates in different European countries related to changes in life expectancy in those countries before and during the COVID-19 pandemic.

*Lancet Public Health* 2025

Published Online

February 18, 2025

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00009-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00009-X)

**Interpretation** The countries that best maintained improvements in life expectancy after 2011 (Norway, Iceland, Belgium, Denmark, and Sweden) did so through better maintenance of reductions in mortality from cardiovascular diseases and neoplasms, underpinned by decreased exposures to major risks, possibly mitigated by government policies. The continued improvements in life expectancy in five countries during 2019–21 indicate that these countries were better prepared to withstand the COVID-19 pandemic. By contrast, countries with the greatest slowdown in life expectancy improvements after 2011 went on to have some of the largest decreases in life expectancy in 2019–21. These findings suggest that government policies that improve population health also build resilience to future shocks. Such policies include reducing population exposure to major upstream risks for cardiovascular diseases and neoplasms, such as harmful diets and low physical activity, tackling the commercial determinants of poor health, and ensuring access to affordable health services.

Le performance peggiori in termini di perdita di aspettativa di vita nel 2019-2021 (comprendente il primo biennio pandemico, sono state di Grecia, Inghilterra/Scozia e Italia)



|                  | 2019 life expectancy, years | 1990 to 2011 change, years | 2011 to 2019 change, years | 2019 to 2021 change, years | Difference between 1990–2011 and 2011–19 changes, years |
|------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------|
| Scotland         | 79.48 (79.32 to 79.62)      | 0.23 (0.22 to 0.24)        | 0.08 (0.05 to 0.16)        | -0.48 (-0.57 to -0.36)     | -0.45 (-0.18 to -0.12)                                  |
| Wales            | 80.60 (80.43 to 80.76)      | 0.21 (0.20 to 0.22)        | 0.06 (0.03 to 0.09)        | -0.35 (-0.48 to -0.23)     | -0.15 (-0.18 to -0.11)                                  |
| Northern Ireland | 81.00 (80.76 to 81.22)      | 0.27 (0.26 to 0.29)        | 0.11 (0.08 to 0.15)        | -0.35 (-0.55 to -0.16)     | -0.16 (-0.20 to -0.11)                                  |
| Greece           | 81.19 (81.04 to 81.34)      | 0.16 (0.15 to 0.16)        | 0.10 (0.08 to 0.13)        | -0.61 (-0.70 to -0.51)     | -0.05 (-0.08 to -0.03)                                  |
| Germany          | 81.35 (81.28 to 81.41)      | 0.24 (0.24 to 0.24)        | 0.10 (0.09 to 0.11)        | -0.20 (-0.23 to -0.15)     | -0.14 (-0.15 to -0.13)                                  |
| Denmark          | 81.49 (81.28 to 81.68)      | 0.23 (0.22 to 0.24)        | 0.20 (0.17 to 0.23)        | 0.01 (-0.10 to 0.11)       | -0.03 (-0.06 to 0.01)                                   |
| England          | 81.69 (81.63 to 81.74)      | 0.25 (0.24 to 0.25)        | 0.07 (0.06 to 0.09)        | -0.60 (-0.65 to -0.56)     | -0.48 (-0.19 to -0.17)                                  |
| Belgium          | 81.76 (81.61 to 81.91)      | 0.21 (0.20 to 0.21)        | 0.18 (0.15 to 0.20)        | 0.00 (-0.08 to 0.07)       | -0.03 (-0.06 to -0.01)                                  |
| Netherlands      | 81.99 (81.86 to 82.11)      | 0.19 (0.19 to 0.20)        | 0.11 (0.09 to 0.13)        | -0.23 (-0.29 to -0.17)     | -0.08 (-0.10 to -0.06)                                  |
| Portugal         | 82.01 (81.86 to 82.15)      | 0.30 (0.30 to 0.31)        | 0.19 (0.17 to 0.22)        | -0.24 (-0.31 to -0.16)     | -0.11 (-0.13 to -0.08)                                  |
| Austria          | 82.07 (81.91 to 82.21)      | 0.24 (0.23 to 0.25)        | 0.15 (0.13 to 0.17)        | -0.19 (-0.27 to -0.11)     | -0.09 (-0.12 to -0.07)                                  |
| Finland          | 82.22 (82.00 to 82.43)      | 0.25 (0.24 to 0.26)        | 0.19 (0.15 to 0.22)        | -0.02 (-0.12 to 0.10)      | -0.06 (-0.11 to -0.03)                                  |
| Ireland          | 82.31 (82.07 to 82.56)      | 0.28 (0.27 to 0.29)        | 0.20 (0.16 to 0.23)        | 0.16 (0.03 to 0.28)        | -0.09 (-0.13 to -0.05)                                  |
| Luxembourg       | 82.72 (82.22 to 83.21)      | 0.29 (0.26 to 0.31)        | 0.18 (0.10 to 0.26)        | -0.05 (-0.23 to 0.14)      | -0.11 (-0.20 to -0.02)                                  |
| France           | 82.99 (82.92 to 83.06)      | 0.22 (0.22 to 0.22)        | 0.17 (0.16 to 0.18)        | -0.21 (-0.26 to -0.16)     | -0.05 (-0.06 to -0.04)                                  |
| Norway           | 83.08 (82.95 to 83.22)      | 0.21 (0.20 to 0.22)        | 0.23 (0.21 to 0.26)        | 0.10 (0.00 to 0.20)        | 0.03 (0.00 to 0.06)                                     |
| Spain            | 83.24 (83.16 to 83.32)      | 0.25 (0.25 to 0.26)        | 0.13 (0.12 to 0.15)        | -0.19 (-0.24 to -0.15)     | -0.12 (-0.13 to -0.10)                                  |
| Sweden           | 83.26 (83.15 to 83.36)      | 0.19 (0.19 to 0.20)        | 0.16 (0.15 to 0.18)        | 0.11 (-0.24 to 0.45)       | -0.03 (-0.05 to -0.01)                                  |
| Iceland          | 83.31 (82.66 to 83.92)      | 0.19 (0.16 to 0.21)        | 0.18 (0.09 to 0.26)        | 0.15 (-0.01 to 0.31)       | -0.01 (-0.11 to 0.08)                                   |
| Italy            | 83.37 (83.32 to 83.42)      | 0.24 (0.24 to 0.24)        | 0.16 (0.15 to 0.17)        | -0.36 (-0.40 to -0.32)     | -0.08 (-0.09 to -0.08)                                  |
| Overall          | NA                          | 0.23 (0.23 to 0.24)        | 0.15 (0.13 to 0.16)        | -0.18 (-0.22 to -0.13)     | -0.08 (-0.10 to -0.07)                                  |

Numbers in parentheses are 95% uncertainty intervals. Values are rounded to two and three decimal places. Population sizes in 2021 were sourced from the GBD 2019.

**Table 1: Mean annual changes in life expectancy at birth in years by time periods, ordered by 2019 life expectancy**

Per l'ISS solo il 3,1% del loro campione di deceduti al 30-12-2020 non aveva malattie croniche (Epicentro [Presentazione standard di PowerPoint](#)), in media ne avevano 3,6 a testa, il 66,2% ne aveva 3 o +, e l'età media dei deceduti era >80 anni.

## **Perché in Italia nel 2020 c'è stato un eccesso di 100 mila morti?**

- 1) Certo, anche per le **complicanze della COVID-19**, che però, se si usasse lo stesso criterio che assolve i vaccini in presenza di patologie croniche (AIFA «non responsabilità del vaccino per chi ha intercorrenti o previe patologie: cardiovascolari, metaboliche, oncologiche, autoimmuni, neurodegenerative, respiratorie, renali, epatiche, pancreatiche, del sistema linfopoietico» [Layout 1](#)) sarebbero solo poco più del 3% dell'eccesso di mortalità 2020...!
- 2) **Comunicazione terrorizzante** (**stress cronico/paura** apre la porta/aggrava tutte le infezioni: [study](#) 276 partecipanti, rinovirus; [study](#) 394 partecip. 3 rinovirus, VRS e coronavirus; [study](#) prospettico con ILI in comunità)
- 3) **Abbandonati a casa i malati**, disperati, in *vigile attesa*
- 4) **Paracetamolo** universale (contrasto febbre: 1<sup>a</sup> difesa evolutiva da infezioni; svuota riserve di glutazione: 1<sup>a</sup> difesa antiossidante delle cellule; ecc. <https://c19early.org/>)
- 5) **Mascherine** tenute **troppo a lungo e** quando **non necessarie** (autoinalazione, con enormi aumenti di carica virale [\[Errata Corrige Epidemiol Prev 2020; 44 \(5-6\):410-416\] - PubMed](#))

segue →



- 6) Persone senza possibilità di muoversi, camminare/correre nei parchi, ecc., e la **sedentarietà** (oltre ad aumentare molte patologie Rapporto IstiSan 18/9 [Microsoft Word - front 18-9.doc](#)) **indebolisce il sistema immunitario**
- 7) Molti chiusi in casa hanno fatto **abuso di alcol** ([Drinking and Excess Deaths in lockdown \(substack.com\)](#)), di **ansiolitici** ([Rapporto sull'uso dei farmaci durante l'epidemia COVID-19 Anno 2020. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2020](#)) e dello **antipsicotico aripirazolo**
- 8) Aumento consumi **cibi non salutari** (<https://ilfattoalimentare.it/consumi-spesa-covid-ismea.html>): uova, carni, salumi, formaggi, patate, piatti pronti **+~10-15%**, < freschi
- 9) Divieti di autopsie, **tardando a capire la necessità di profilassi e terapie anti-trombotiche**, e spingendo ossigeno in polmoni con i vasi sanguigni trombizzati, che non potevano riceverlo
- 10) **Malati con insufficienza respiratoria** trattati come cancerosi terminali, sedati **con oppiacei** e **midazolam** per non farli soffrire, con il **risultato di non farli respirare!** (in marzo/aprile 2020 pratica teorizzata nel protocollo NICE, Istituto per l'Eccellenza Clinica Britannico, e copiata in modo acritico in molti ospedali)
- 11) **Impedite visite ai fragili in RSA e Case di Riposo**, e pz con declino cognitivo disorientati e disperati, e - con staff decimato e senza assistenza dai propri cari - alcuni saranno morti di fame, sete e **stenti**, oltre che di **crepacuore**.

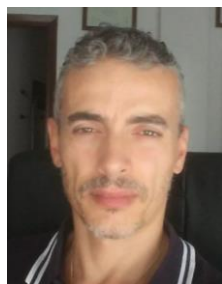




Article

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

Marco Alessandria <sup>1,†</sup>, Giovanni M. Malatesta <sup>2,†</sup>, Franco Berrino <sup>3</sup> and Alberto Donzelli <sup>4,\*</sup>  
e autore di queste slide



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

<sup>1</sup> Department of Life Sciences and Systems Biology, University of Turin, Turin 10123, Italy; marco.alessandria@unito.it

<sup>2</sup> Scientific Committee of the Foundation “Allineare Sanità e Salute”, Pistoia, Italy; info@villapacinotti.it

<sup>3</sup> Department of Predictive and Preventive Medicine, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milan 20133, Italy; francoberrino@gmail.com

<sup>4</sup> Independent Medical-Scientific Commission, Foundation “Allineare Sanità e Salute”, Milan 20131, Italy

\* Correspondence: info@fondazioneallinearesanitaesalute.org

† These authors contributed equally to this work.

[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)

Gli autori dello studio di Pescara ci hanno dato il dataset, **permettendoci di attuare un'analisi multivariata.**

Per questa ragione, questo può essere ora lo studio più avanzato disponibile, ed esso mostra:

## A reanalysis of an Italian study on the effectiveness of COVID-19 vaccination suggests that it might have unintended effects on total mortality

**Publication date:** 11/04/2024 – **E&P Code:** [repo.epiprev.it/2862](https://repo.epiprev.it/2862)

**Authors:** Alessandria M.<sup>1</sup>, Malatesta G.<sup>2</sup>, Donzelli A.<sup>3</sup>, Berrino F.<sup>4</sup>.

SOTTOMESSO A 

**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 outcomes 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 <0.001), 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. Persons in their combination with two and even with 3/4 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](#)

Download 387.83 KB

SCARICA

Gli HR per persone vaccinate con 2, o  $\geq 3$  dosi possono non essere accurati, e per questi due stati vaccinali abbiamo anche calcolato i **Restricted Mean Survival Time (RMST)** e i **Restricted Mean Time Lost (RMTL)**, confrontandoli con gli stessi tassi per i non vaccinati.

**Le differenze nei RMST tra vaccinati e non vaccinati sono significative** sia per il gruppo con 2 dosi che per quelli con  $\geq 3$  dosi.

Possono apparire irrilevanti (pochi giorni), ma si riferiscono a un periodo di tempo limitato (739 giorni per i vaccinati con 2 dosi, 579 giorni per quelli vaccinati con  $\geq 3$  dosi).

Estrapolando il risultato all'intera aspettativa di vita della popolazione di Pescara (82,6 anni, cioè 30.149 giorni; posto che ad es. I CDC USA raccomandano una vaccinazione annuale iniziando dai 6 mesi...), ci sarebbe **una perdita media di aspettativa di vita:**

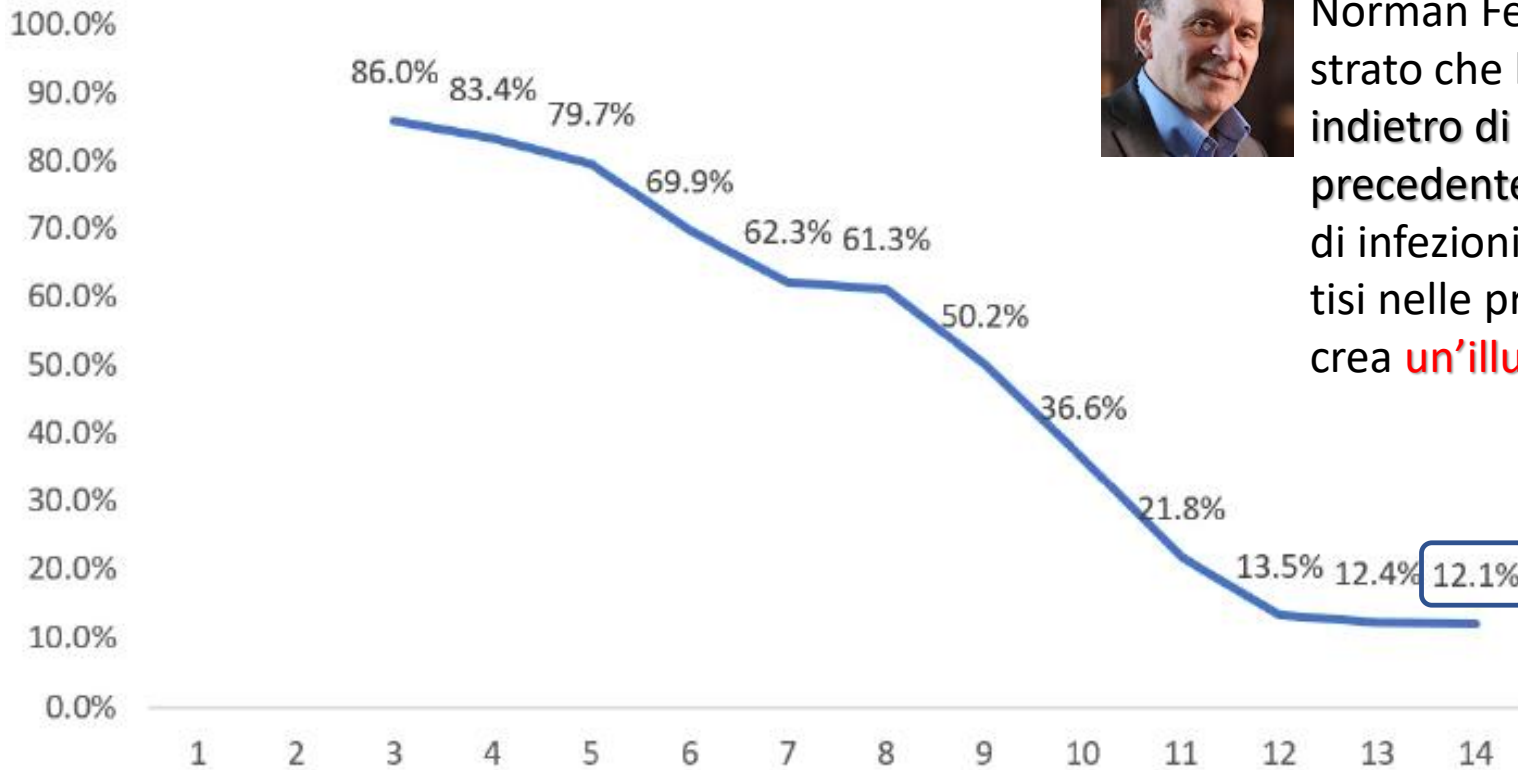
- di **~3,6 mesi** per i vaccinati con **2 dosi**
- di **~1,3 mesi** per i vaccinati con  **$\geq 3$  dosi**.

Ma per le ragioni spiegate nel nostro lavoro (e che vedremo) la perdita di aspettativa di vita dei ripetutamente vaccinati potrebbe essere maggiore.

## Cheap Trick: la teoria...

VE = efficacia vaccinale

Weekly efficacy reported



Il matematico e informatico Norman Fenton ha dimostrato che lo spostamento indietro di 14 giorni (al precedente stato vaccinale) di infezioni e morti verificatisi nelle prime 2 settimane crea **un'illusione statistica**.

Con lo spostamento dei 14 giorni, **un vaccino completamente inutile (con reale VE 0%) sembra avere una VE molto alta nelle prime settimane**. Pur diminuendo di continuo, la VE sembra ancora sopra il 50% a due mesi. **Alla settimana 14** la VE è ancora positiva, ma **solo al 12,1%... da cui discende la necessità di una nuova dose booster**!

Questi risultati simulati sono in realtà molto simili ai tassi di VE osservati nel mondo reale nei primi tre mesi di un nuovo inoculo vaccinale o di booster.



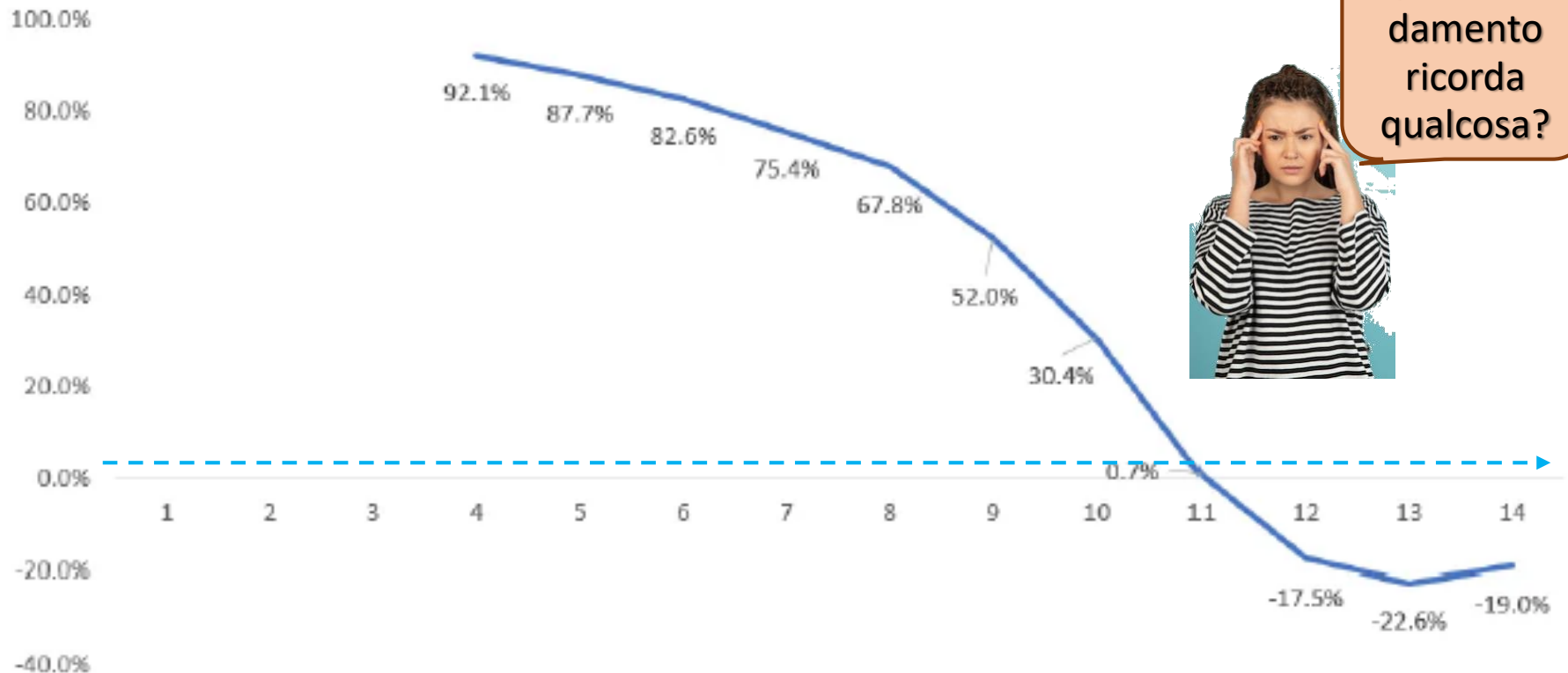
# Persino un vaccino con VE negativa può apparire efficace al 90%!

Un vaccino 'placebo' non può davvero raggiungere una VE negativa. Ma, se gli effettivi tassi di infezione fossero un po' più alti con il vaccino che senza (→ vaccino dannoso), la regola dei 14 (o 21) giorni produrrebbe ancora un'alta efficacia iniziale, prima di arrivare a zero e di diventare negativa.

Ecco la simulazione dei risultati di **un vaccino che aumenti del 50% il tasso di infezione nei vaccinati**:

VE

Weekly efficacy reported



Questo andamento ricorda qualcosa?



## RESEARCH ARTICLE

# All-cause mortality according to COVID-19 vaccination status:

## An analysis of the UK office for National statistics public data

[version 1; peer review: awaiting peer review]

ONS

Marco Alessandria<sup>1</sup>, Giovanni Malatesta<sup>2</sup>, Giovanni Di Palmo<sup>3</sup>,  
Marco Cosentino<sup>id</sup><sup>4</sup>, Alberto Donzelli<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Department of Life Sciences and Systems Biology, University of Turin, Torino, Italy

<sup>2</sup>Physics Graduate, Member of the Scientific Committee of the Fondazione Allineare Sanità e Salute, Pistoia, Italy

<sup>3</sup>B.E., Data Analysis Specialist, Taranto, Italy

<sup>4</sup>Center for Research in Medical Pharmacology, University of Insubria, Varese, Italy

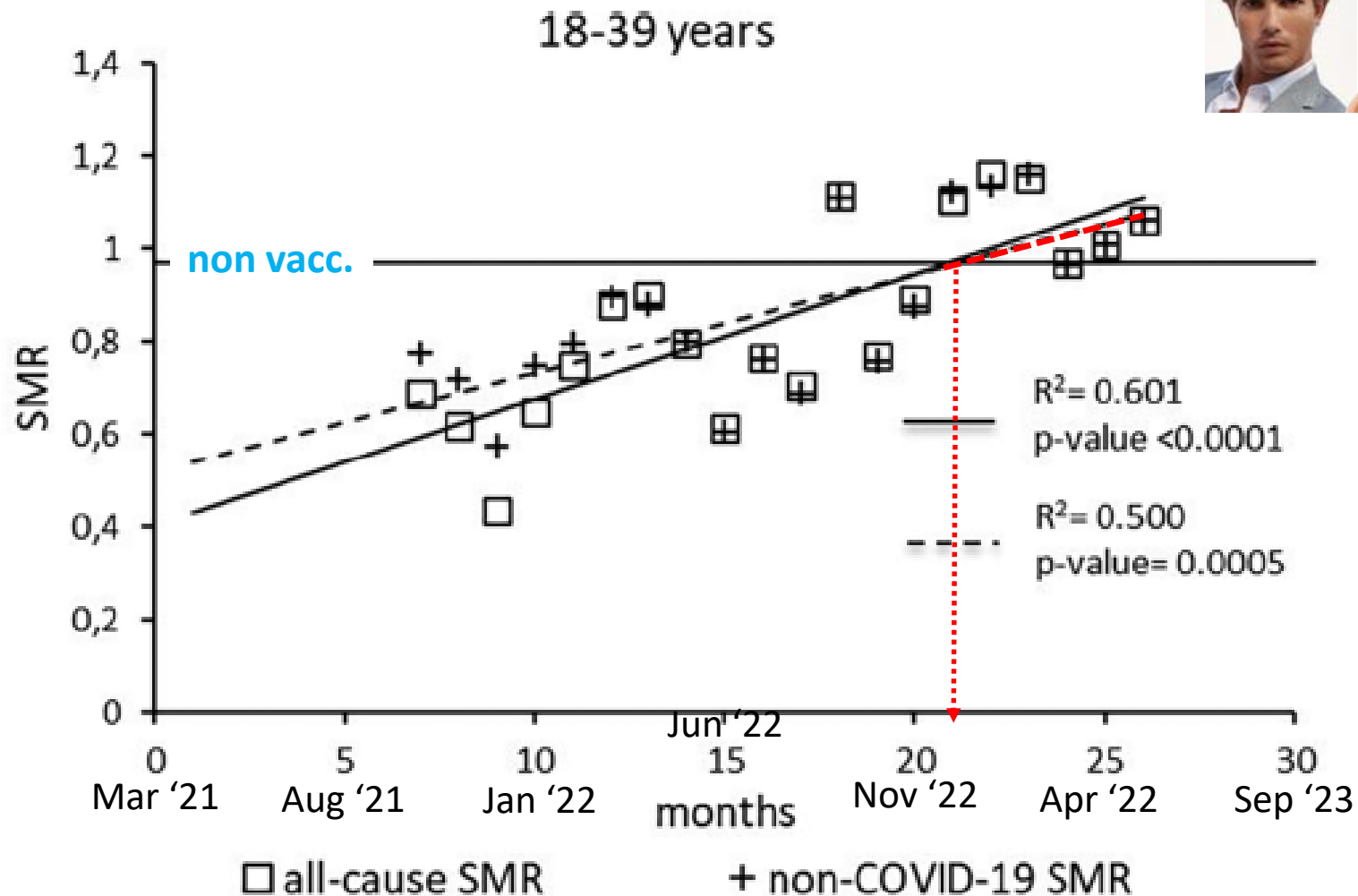
<sup>5</sup>MD, Specialist in Hygiene and Preventive Medicine, independent Medical-Scientific Commission; President, Fondazione Allineare Sanità e Salute, Milano, Italy



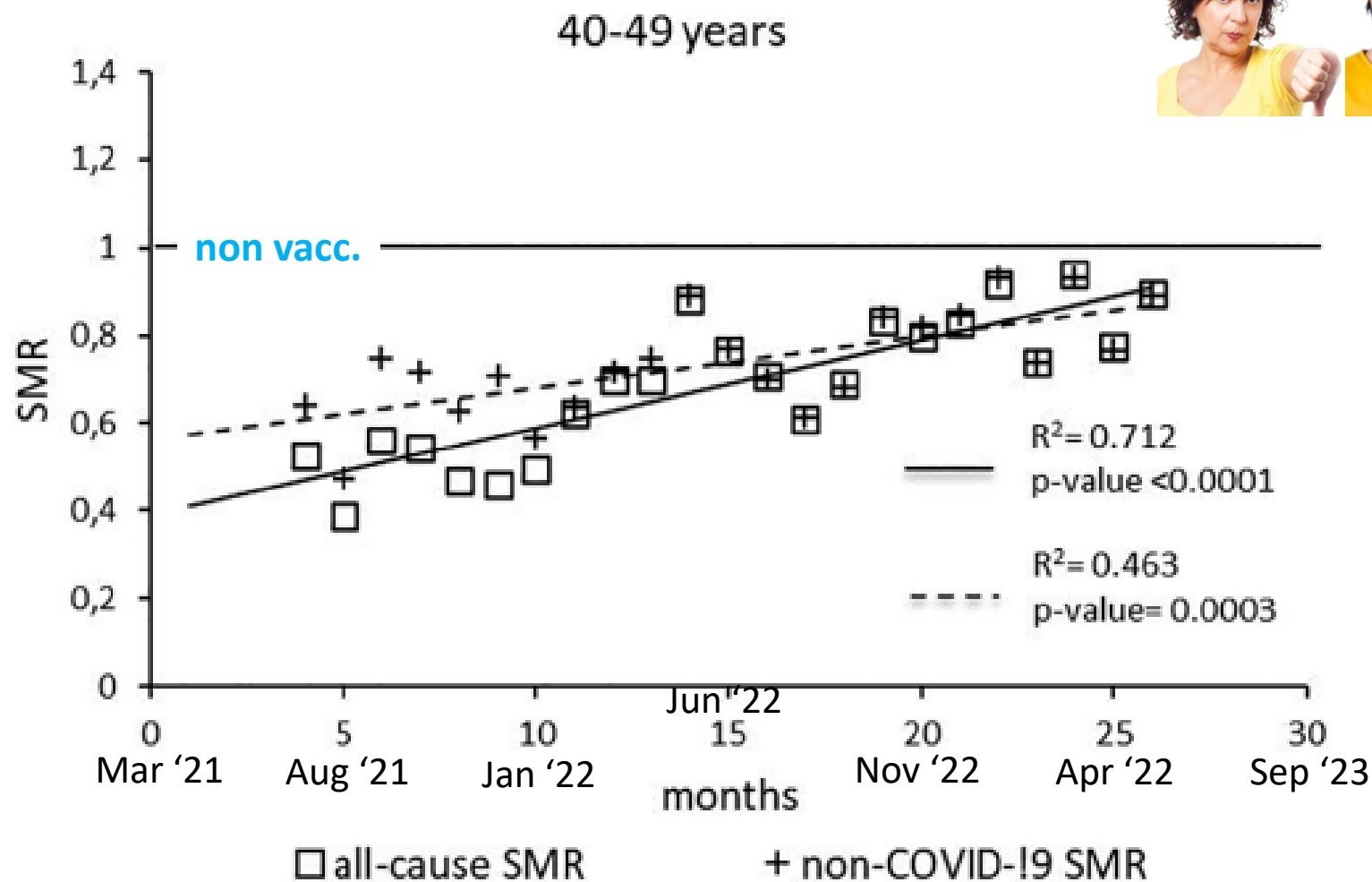
**Results ...** in tutte le fasce d'età, i rapporti standardizzati di mortalità (SMR) totale dei vaccinati, all'inizio molto minori di 1 (vs i non vaccinati), sono aumentati tutti progressivamente. Per tale aumento, prima della fine del follow-up (maggio 2023) gli SMR nelle fasce d'età 18-39, 80-89 e 90+ hanno superato 1, cioè la mortalità dei non vaccinati.

Se il trend restasse analogo anche dopo il 2022, si è previsto quando la mortalità supererà i non vaccinati anche nelle altre età.

I trend degli SMR di mortalità non-COVID-19 erano molto simili. I loro valori iniziali molto <1 fanno pensare a bias importanti nei dati ONS, che fanno sottostimare i rischi per i vaccinati, poiché è implausibile che i vaccini COVID proteggano anche dai decessi non-COVID.

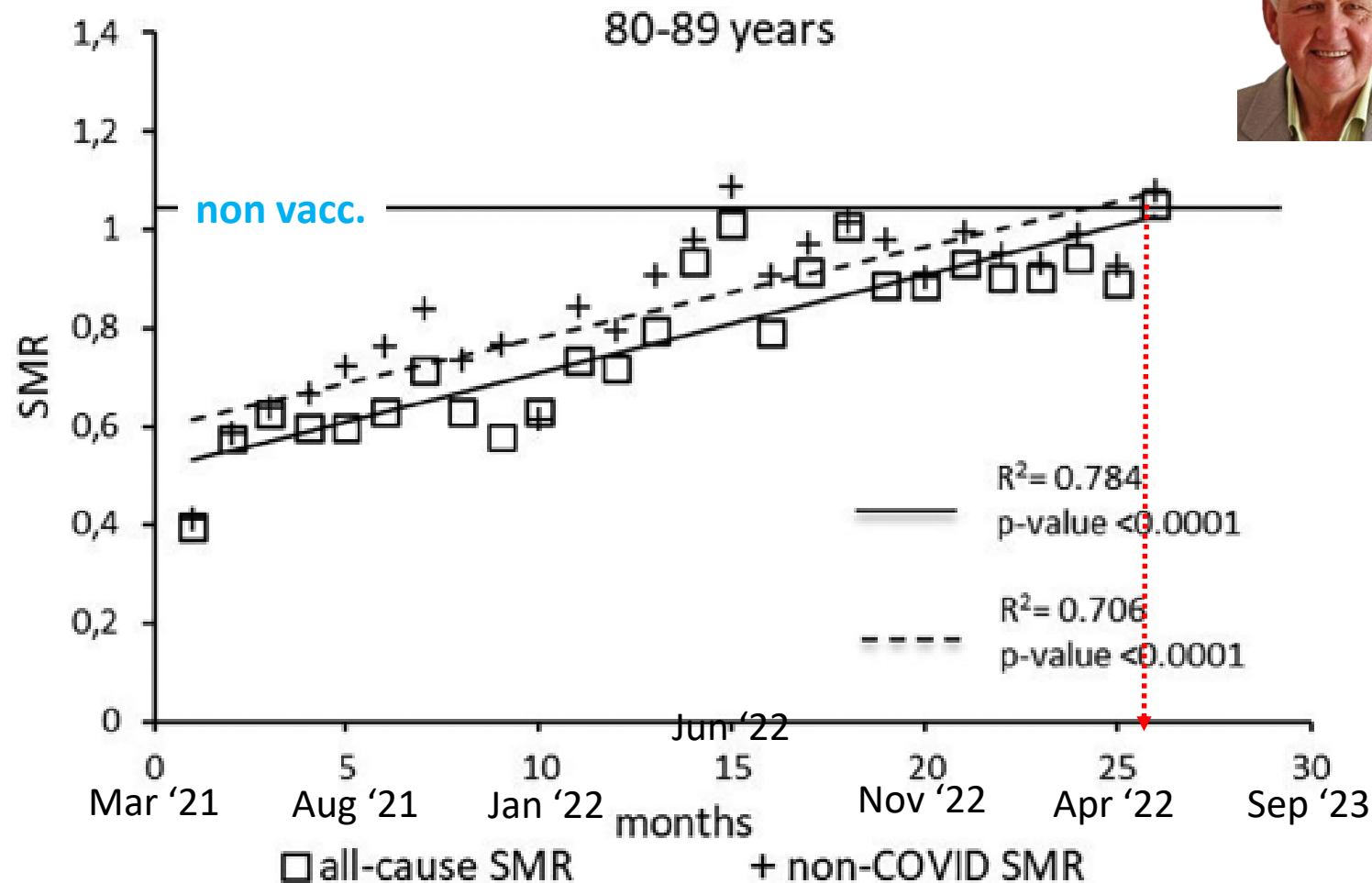


**Figure 1. Regression line of the SMR trend of the 18-39 age group.**

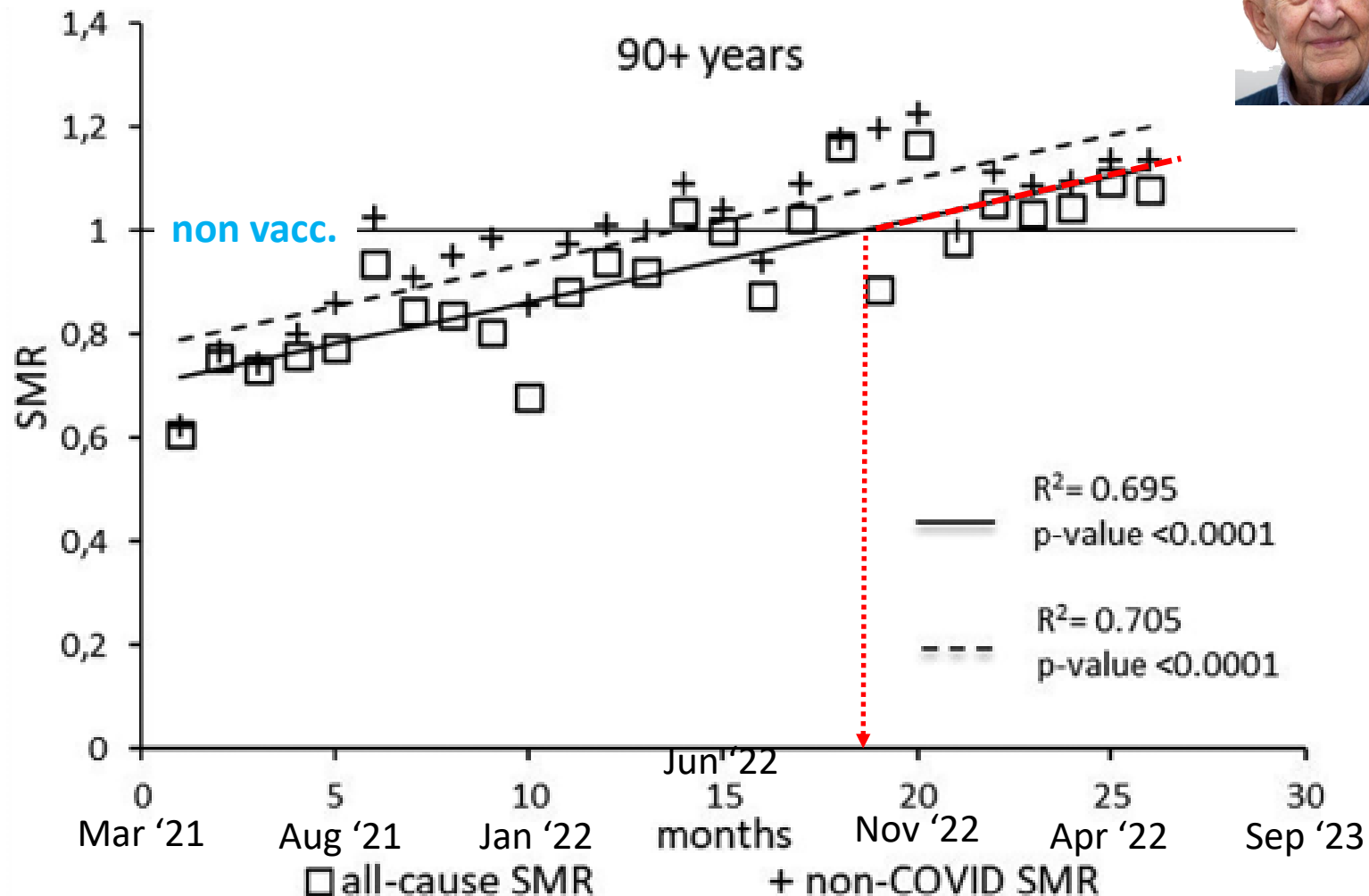
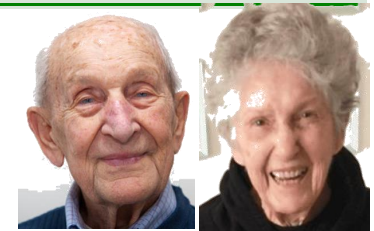


**Figure 2. Regression line of the SMR trend of the 40-49 age group.**





**Figure 6. Regression line of the SMR trend of the 80-89 age group.**



**Figure 7. Regression line of the SMR trend of the 90+ age group.**

**Table 1.** Coefficient of determination ( $R^2$ ) and p-value of the regression line for each age group and for the All-causes death and Non-COVID-19 deaths variable; intersection: intersection of the regression line with the reference line for the unvaccinated ( $y=1$ ).

| Age group | Variables           | $R^2$ | p-value | Intersection    |
|-----------|---------------------|-------|---------|-----------------|
| 18-39     | All-causes death    | 0.601 | <0.0001 | January, 2023   |
|           | Non-COVID-19 deaths | 0.500 | 0.0005  | January, 2023   |
| 40-49     | All-causes death    | 0.712 | <0.0001 | September, 2023 |
|           | Non-COVID-19 deaths | 0.463 | 0.0003  | April, 2023     |
| 50-59     | All-causes death    | 0.734 | <0.0001 | July, 2024      |
|           | Non-COVID-19 deaths | 0.609 | <0.0001 | January, 2025   |
| 60-69     | All-causes death    | 0.847 | <0.0001 | February, 2024  |
|           | Non-COVID-19 deaths | 0.745 | <0.0001 | May, 2024       |
| 70-79     | All-causes death    | 0.860 | <0.0001 | January, 2024   |
|           | Non-COVID-19 deaths | 0.764 | <0.0001 | May, 2024       |
| 80-89     | All-causes death    | 0.784 | <0.0001 | April, 2023     |
|           | Non-COVID-19 deaths | 0.706 | <0.0001 | January, 2023   |
| 90+       | All-causes death    | 0.695 | <0.0001 | September, 2022 |
|           | Non-COVID-19 deaths | 0.705 | <0.0001 | May, 2022       |

era già avvenuta!

*È chiaro ora perché l'ONS non pubblica più dati dal maggio 2023 ?!*

era già avvenuta!

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](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.

Le motivazioni dei ricercatori ISS non possono giustificare una pratica con enormi effetti distorsivi sulla classificazione (come *vaccinati* e *non vaccinati*) dei deceduti, oltreché sull'individuazione delle reali cause del decesso.

Le critiche restano ferme:

Ai fini dell'efficacia vaccinale considerano contagi, ricoveri e decessi COVID solo dopo 14 giorni dalla inoculazione: quindi se un vaccinato 1<sup>a</sup> dose si contagia, è ricoverato o muore entro 14 giorni conta come 'non vaccinato'.

Ai fini degli eventi avversi conta il giorno di vaccinazione, **MA** gli eventi avversi presi in considerazione sono solo quelli 'denunciati' (sempre meno ogni mese che passa, da sanitari scoraggiati, indaffarati, che non hanno tempo né addestramento per usare il programma AIFA per le segnalazioni) e ancor meno quelli che passano il setaccio dell'algoritmo AIFA/OMS (pochissimi!)

Di fatto, **tutti i decessi/ricoveri 'con tampone positivo' che avvengono nei 14 giorni dopo la 1<sup>a</sup> dose sono considerati come eventi a carico di 'non vaccinati'**. E in questo calderone finiscono, ovviamente, tutti gli eventi avversi che vengono classificati come causati da o comunque associati alla 'COVID'+ in persone non vaccinate.

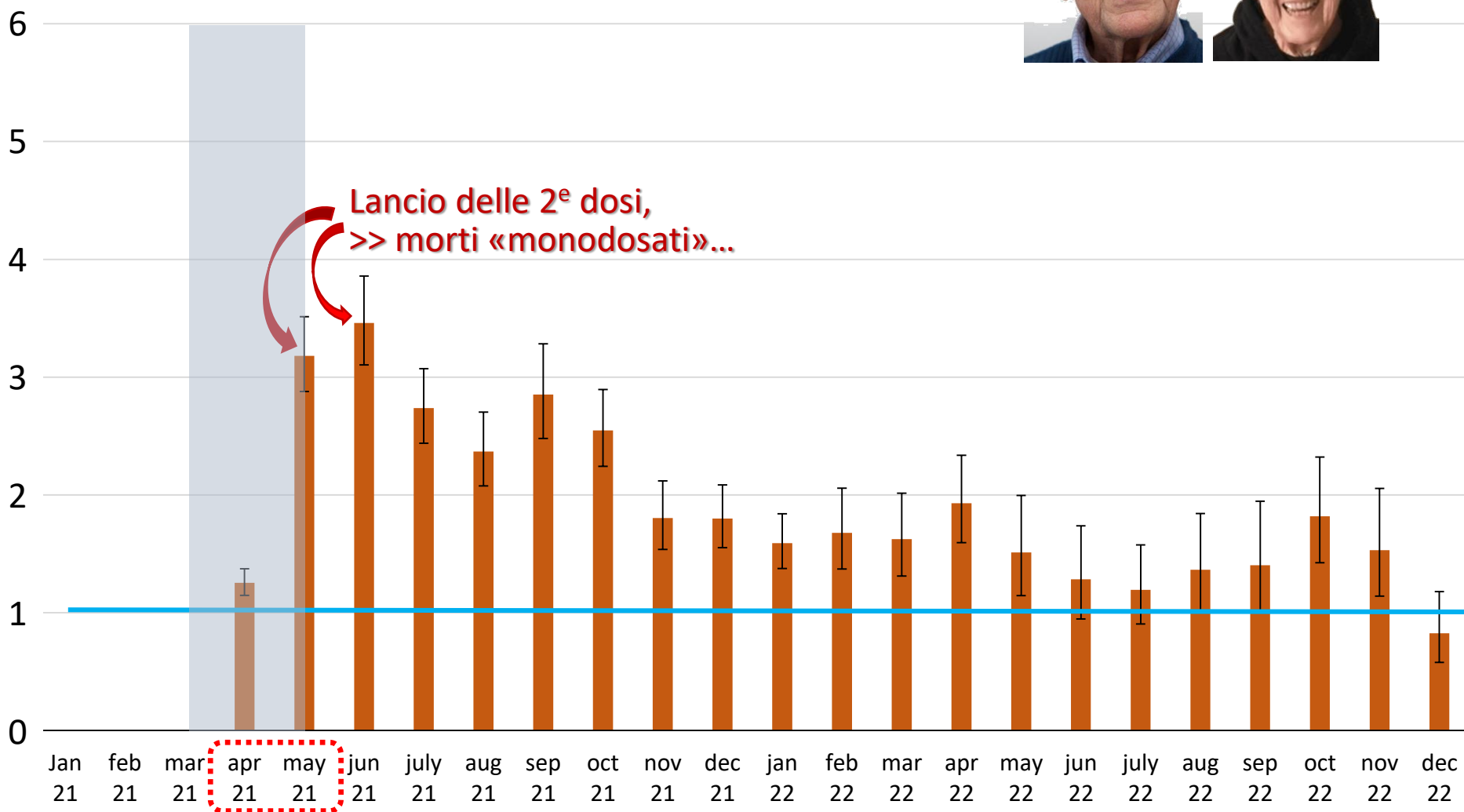




**Cheap Trick  
la pratica!**

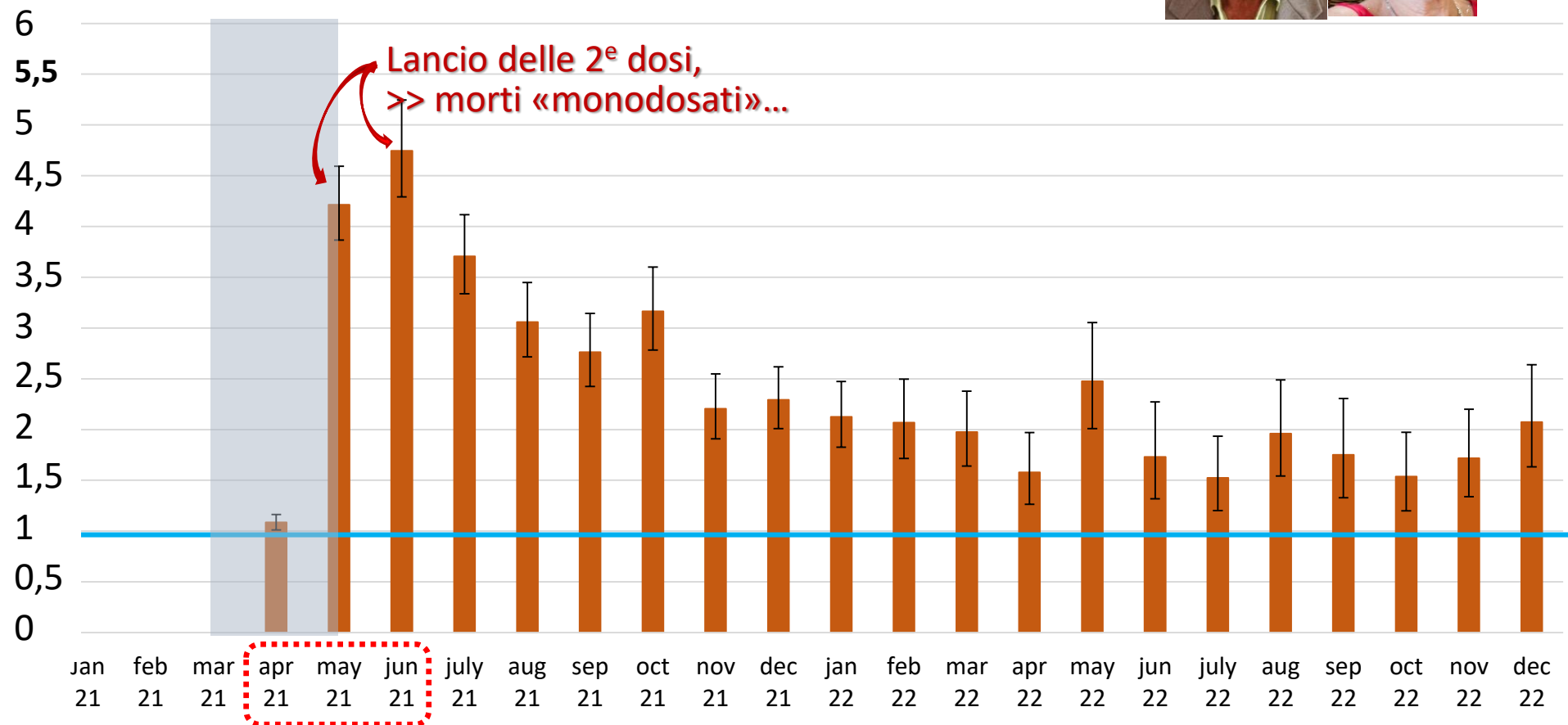
Decessi tutte le cause **90+**

■ 1D ≥ 21days



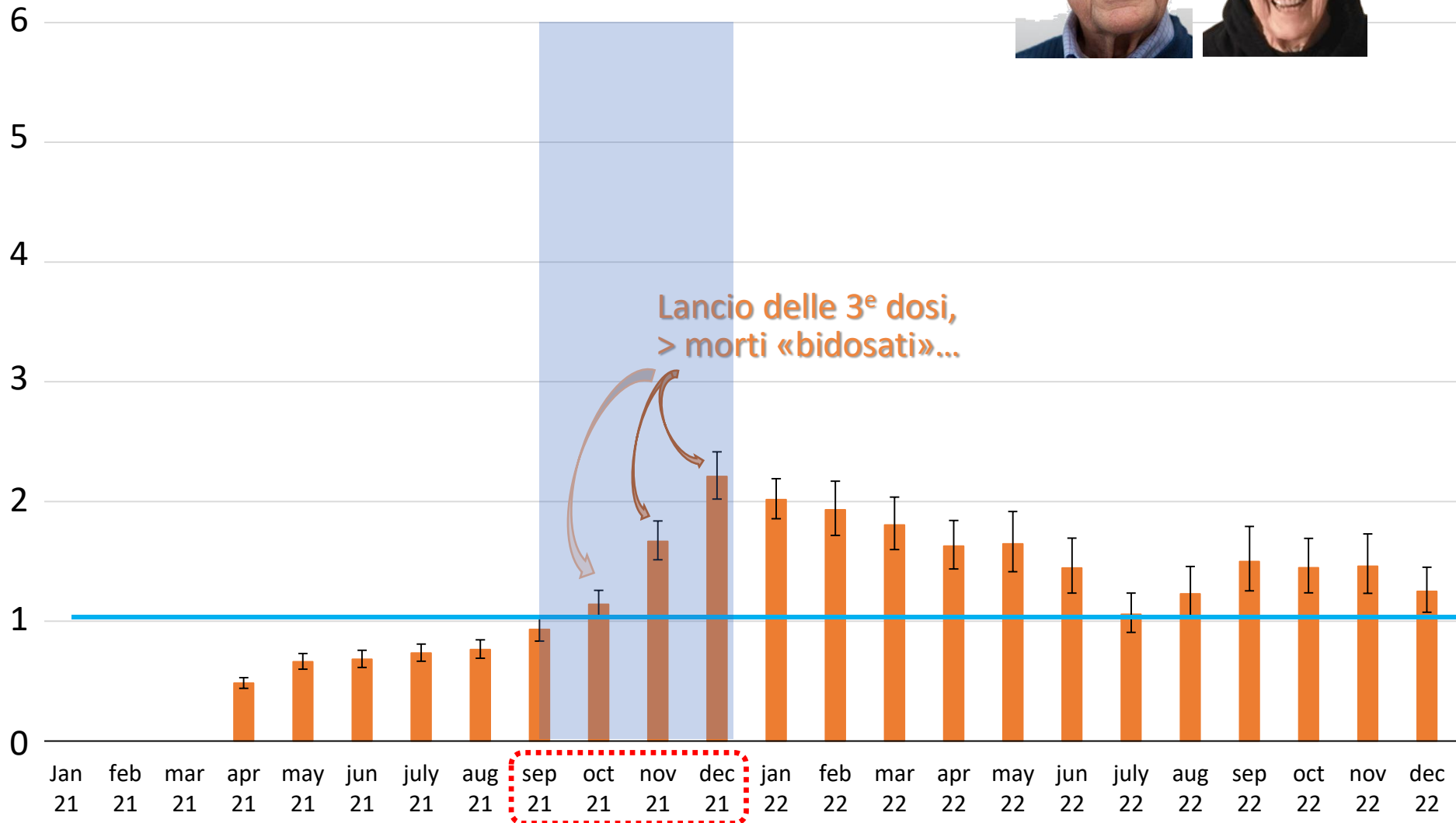
## Decessi tutte le cause **80-89**

■ 1D ≥ 21days



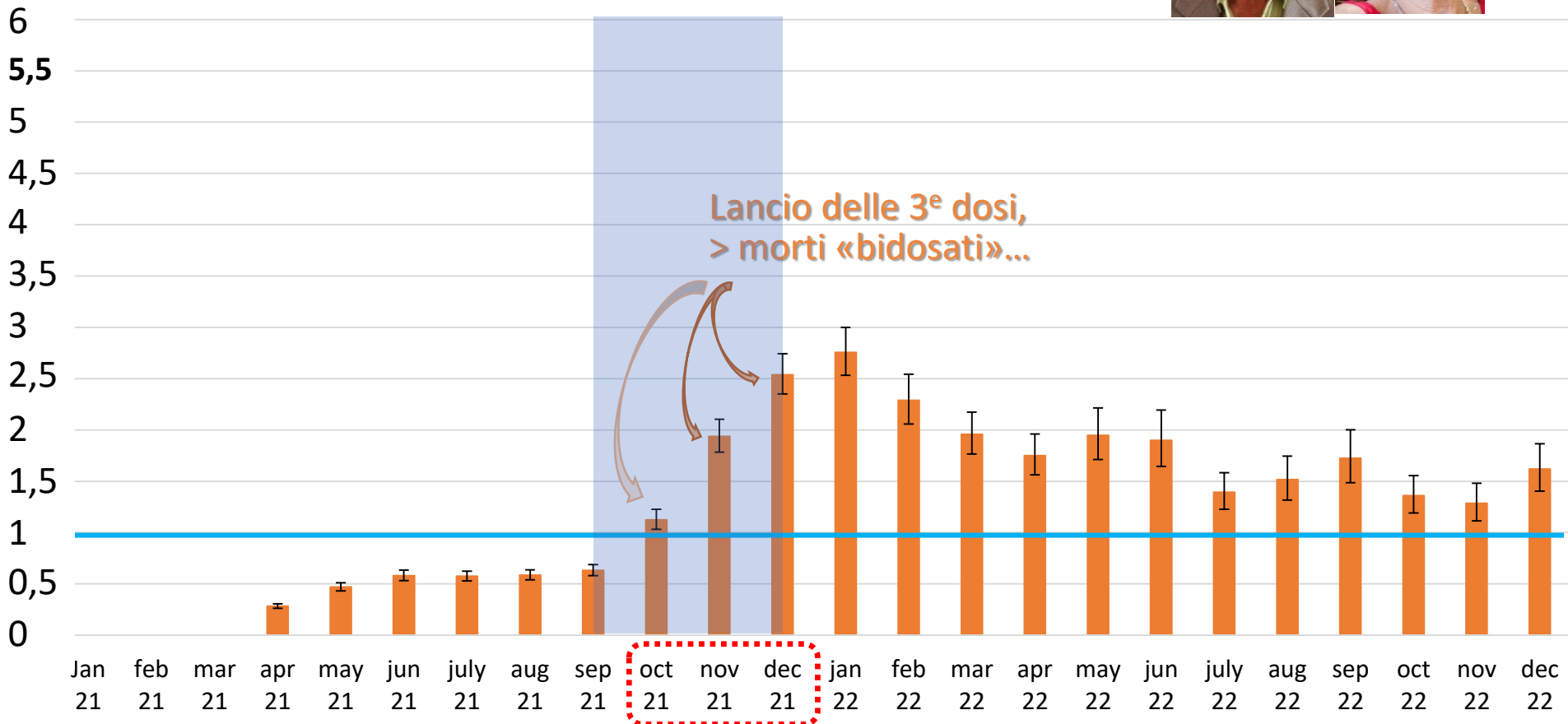
## Decessi tutte le cause **90+**

■ 2D ≥ 21days



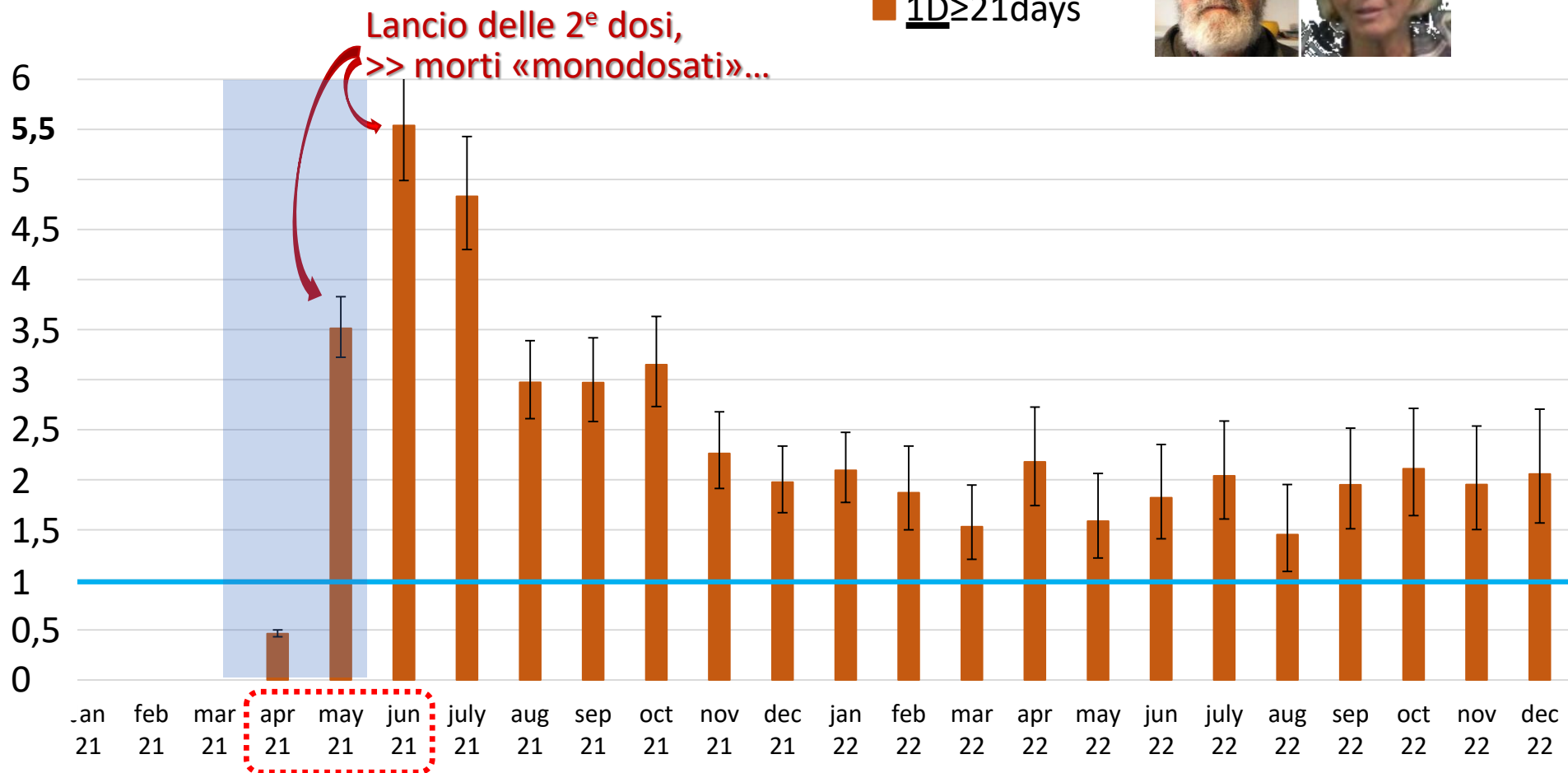
## Decessi tutte le cause **80-89**

■ 2D ≥ 21days



## Decessi tutte le cause **70-79**

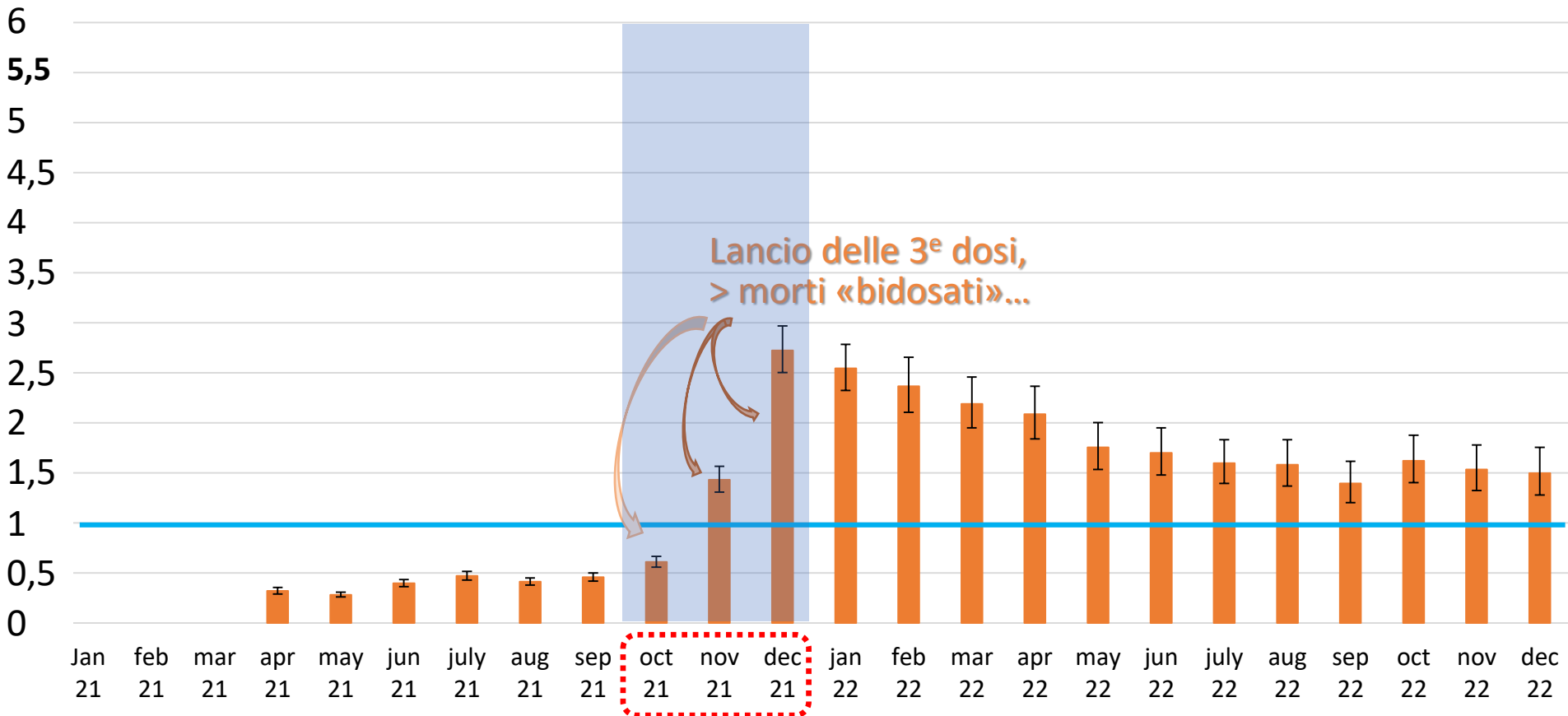
■ 1D ≥ 21days





## Decessi tutte le cause **70-79**

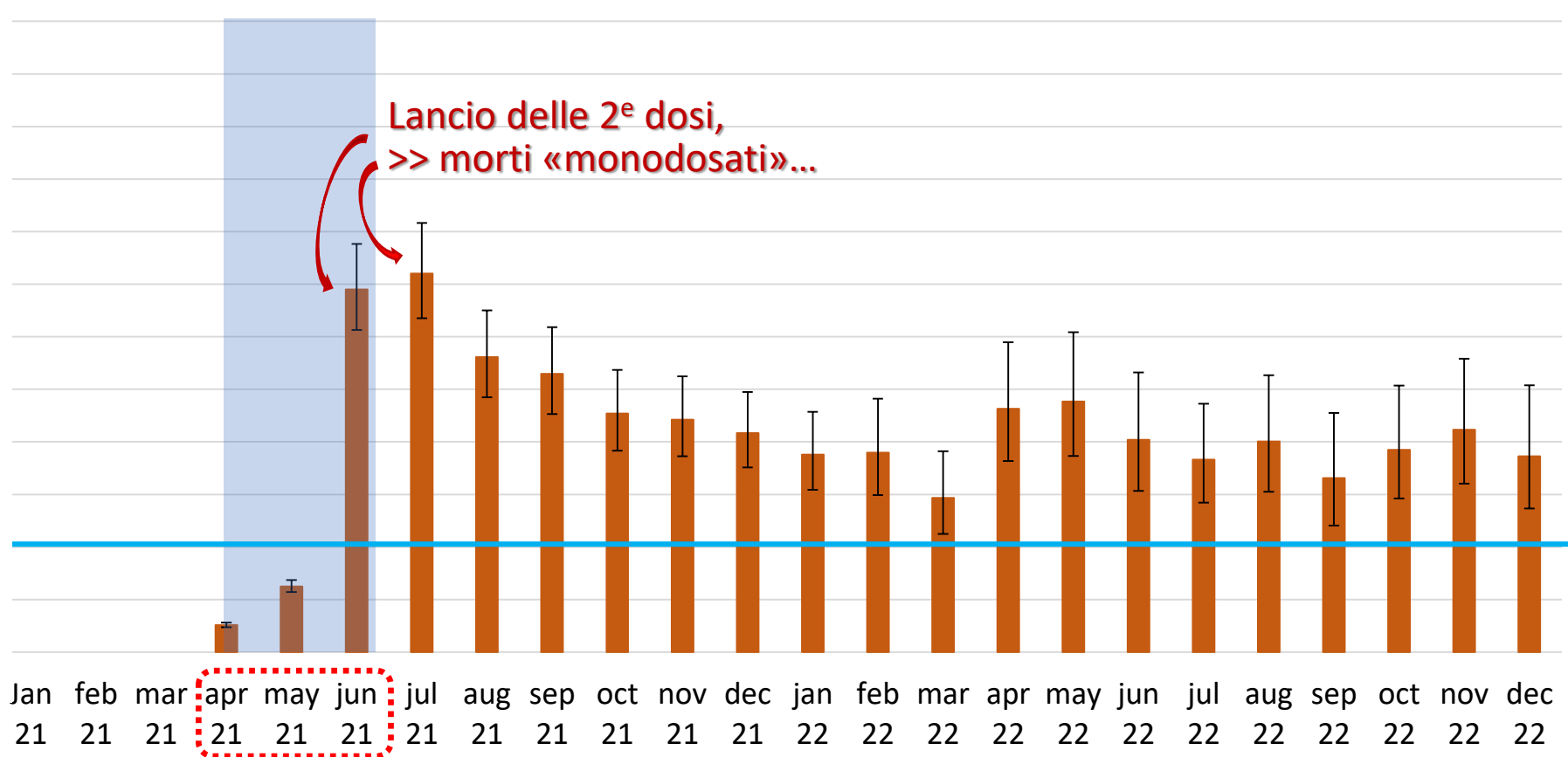
■ 2D ≥ 21days



## Decessi tutte le cause **60-69**



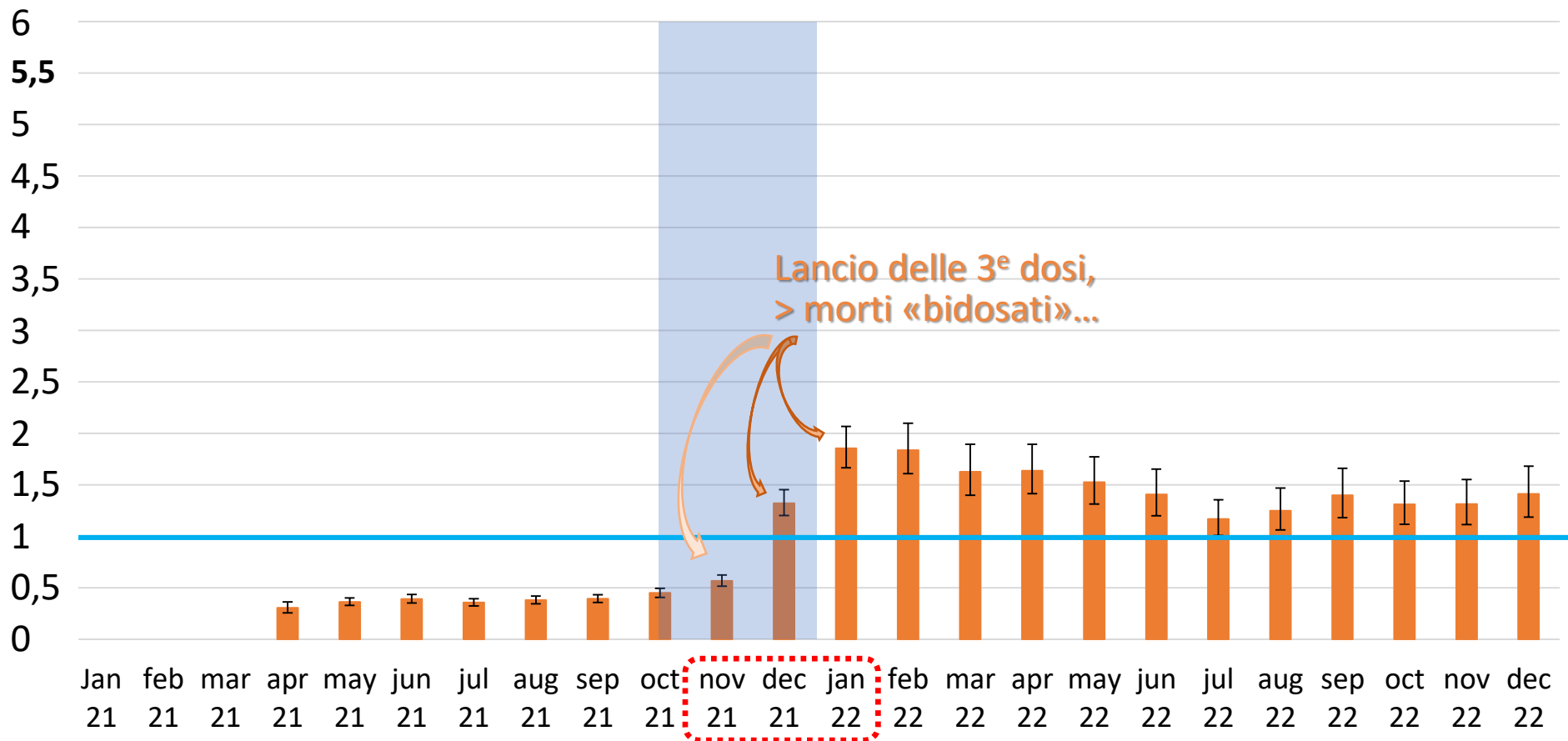
■ 1D ≥ 21days



# Decessi tutte le cause **60-69**

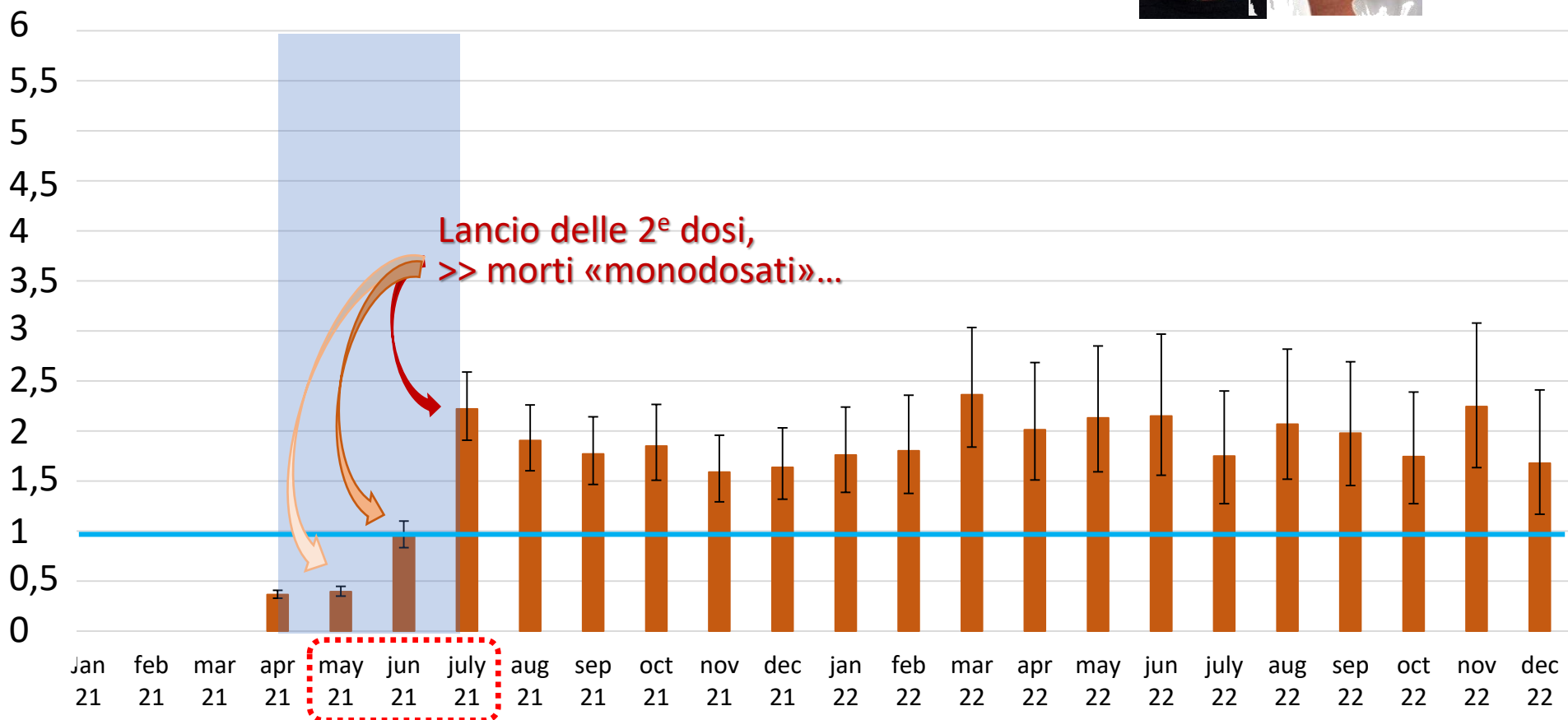


■ 2D≥21days



## Decessi tutte le cause **50-59**

■ 1D ≥ 21days



## Decessi tutte le cause **50-59**



■ 2D ≥ 21days

