

Comunicato n. 14 (21 luglio 2024)

Insidie da evitare nel Nuovo Piano di Preparazione Pandemica Nazionale. Nuove prove sulla mortalità per stato vaccinale in Italia. Implicazioni

Premessa: Da fine 2021 la CMSi chiede un confronto scientifico istituzionale, sinora non avvenuto, per mettere in discussione con dati e prove scientifiche politiche sanitarie ritenute disfunzionali.

La rischiosa approvazione in gennaio 2024 di un'incredibile bozza di *Piano di Preparazione e Risposta Pandemica*, denunciata nel [Comunicato 12 CMSi](#), poteva compromettere il futuro, nell'inconsapevolezza del Paese e di gran parte del Parlamento. Ora il rischio si può ripresentare.

Inoltre, è oggi pubblicata una ricerca scientifica italiana che mostra che i vaccinati con 1, 2 e ≥ 3 dosi sono morti nel 2021-22 più dei non vaccinati. Il tema va affrontato con un dibattito urgente, non sarebbe responsabile guardare altrove e continuare a propagandare richiami.

Indice

1. Premessa pag. 1
2. Nuovo tentativo di far approvare senza dibattito un Piano Nazionale di *Preparazione* Pandemica con seri problemi? pag. 1
3. Dati italiani di mortalità per stato vaccinale analizzati in modo valido **non** confermano efficacia e sicurezza di dosi multiple di vaccini COVID pag. 4

1. Premessa Il precedente [Comunicato 11 CMSi](#) aveva denunciato la proliferazione di norme internazionali che pretendono la censura sui media e su internet di voci in dissenso dalla narrazione ufficiale, con il fine dichiarato di "proteggere da informazioni false e *disinformazione*", e pesantissime sanzioni per chi non si conforma. Pochi giorni fa la [NeoPresidente della Commissione Europea](#), dopo aver esordito con una "*promessa di libertà: libertà personale di credere, di pensare quello che si vuole, libertà di parola, di dire quello che si vuole e libertà di protestare, di mostrare le proprie opinioni*", proseguiva contraddicendo i valori appena professati: "*se sarò eletta, la Commissione proporrà tra le priorità principali... costruire un'immunità sociale verso la manipolazione delle informazioni, perchè ... prevenire è meglio che curare. ... se si pensa alla manipolazione dell'informazione come a un virus, invece di curare l'infezione quando ha preso piede (debunking), è molto meglio vaccinare in modo che il corpo sia inoculato. Il debunking è lo stesso, perchè la disinformazione si basa sul fatto che le persone la trasmettano ad altri*".

Anche gli emendamenti ai Regolamenti Sanitari Internazionali approvati il 1 giugno 2024 dall'Assemblea OMS, pur avendo eliminato molte criticità, mantengono (Annex 1) l'obbligo internazionale di **censura** a livello nazionale e locale, rilanciato con forza dal [DG OMS](#) "*Penso sia ora di essere più aggressivi [incitamento all'odio?!] nel respingere gli anti-vaccino*".

Così si soffoca anche un doveroso **confronto scientifico, supportato da prove**, da anni rifiutato anche a gruppi come la CMSi, ben consapevoli del valore delle prove e in grado di distinguerle dalle *bufale*.

2. Rischi di nuovo di approvare senza dibattito un Piano di Preparazione e Risposta pandemica 2024-2028?

Il [Comunicato 12 CMSi](#) aveva evidenziato gravissime criticità nella bozza di "*Piano ... di preparazione e risposta a una pandemia ... a trasmissione respiratoria ... 2024-2028*" circolata nella Conferenza Stato-

Regioni. Rispondendo a un'interrogazione parlamentare, il Ministro della Salute aveva ribadito che era solo una bozza, che, oltre a modifiche/miglioramenti già avvenuti a cura delle sue Direzioni, avrebbe recepito gran parte delle osservazioni di più interlocutori.

Pareva però redatta da dirigenti ministeriali che hanno gestito la pandemia con i criteri pregressi, e occorre revisioni sostanziali.

Dopo una pausa, i media (es. DOTNET 03/07/2024) hanno annunciato una versione in dirittura d'arrivo, senza previo dibattito pubblico, di cui abbiamo visto una copia non ufficiale.

La Verità, che forse ne ha vista copia, l'ha citata con favore:

*“Tra i principi fondamentali del Piano vi è l’**efficacia**. Gli interventi sono fondati su un solido razionale scientifico e metodologico supportato da dati rappresentativi della popolazione alla quale saranno applicati, in modo da rispettare anche il principio di giustizia e di equità nell’accesso alle risorse. Gli interventi sono, inoltre, motivati da una condizione di necessità. Per tale motivo, ogni intervento è guidato anche dal principio di responsabilità. Il conflitto che potrebbe eventualmente insorgere tra la sfera privata e quella collettiva rende necessario operare in ottemperanza al principio di **trasparenza**. Le informazioni saranno divulgate dalle istituzioni preposte, tanto al personale medico-sanitario quanto ai non addetti ai lavori, in maniera tempestiva e puntuale, attraverso piani comunicativi pubblici e **redatti in un linguaggio semplice e chiaro**. Ogni persona deve essere **informata sulla base di evidenze scientifiche in merito alle misure adottate**, in modo da poter comprendere il significato e il valore delle azioni che ciascuno può compiere per la promozione della propria salute e di quella collettiva. **Dopo aver debitamente informato la popolazione**, si procede alla raccolta del **consenso** delle persone, in modo che queste possano compiere una scelta autonoma e consapevole”. Informazione, trasparenza, consenso: antidoti alla tirannia sanitaria.” ... “È inoltre opportuno aggiornare o modificare le decisioni o le procedure qualora emergano nuove informazioni rilevanti e fondate su evidenze scientifiche.”*

Tuttavia, **frasi identiche c'erano nella bozza di gennaio**, senza che ciò abbia impedito le incredibili criticità esemplificate nel [Comunicato 12 CMSi](#).

Nel merito, parte di quanto avevamo indicato è stato tolto, salvo la *perla* di pag. 54 (pag. 56 nella versione di gennaio): «**Quarantena degli individui esposti**: La *quarantena* si riferisce alla **restrizione delle attività (astenersi dal lavoro o dalla frequenza scolastica**, evitare **luoghi pubblici chiusi**, ad es. cinema, teatri) e all’**isolamento** di persone **potenzialmente esposte** all’agente patogeno. Gli **obiettivi** sono quelli di **evitare la trasmissione asintomatica** dell’infezione e monitorare l’insorgenza di una sintomatologia suggestiva dell’infezione e identificare tempestivamente i nuovi casi.»

[siamo all’apice della distopia: “isolamento” dei malati? No! degli “esposti” (cioè di quasi tutti)? Ancora non basta! Dei “potenzialmente” esposti (cioè proprio di tutti!). Con obiettivo di “evitare la trasmissione asintomatica”: cioè isolamento davvero di tutti, senza eccezioni! in quanto portatori inconsapevoli di contagio!]”.

Ciò non rassicura rispetto ad altri passaggi dove si parla di misure restrittive genericamente “emanate solo se *strettamente indispensabili*, e rimanere eventualmente in vigore *solo per il tempo necessario...*”: frasi che si prestano (come si sono prestate) a interpretazioni arbitrarie in nome de “La Scienza”. Invece, proprio i periodi di *preparazione* andrebbero messi a frutto per attuare discussioni scientifiche trasparenti **in base alle prove** disponibili, e per reperire/attuare ricerche valide che colmino il gap delle conoscenze, dove le prove non ci siano ancora.

Per il resto, in un Piano di 213 pagine (erano 226), ricorrono i termini seguenti:

- Vaccin- 191 volte (erano 247)
- Mascherin- 18 volte (“ 20)
- Restrizion- 5 volte (“ 11)
- Distanziam- 7 volte (“ 10)
- Chiusura 2 volte (“ 9)
- Discriminazion- 4 volte (“ 3)
- Disinformazion- 2 volte (“ 2)

Mentre si nominano **zero volte** i pilastri della prevenzione primaria, che dovrebbe invece sostanziare la **Preparazione** pandemica (lo scorso secolo ha visto in tutto tre pandemie), riducendo in chi vi aderisce le malattie croniche che aggravano le infezioni, rafforzando il sistema immunitario e contrastando l’immunosenescenza.

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

zero volte (v. presentazioni *evidence based* su stili di vita protettivi [a volte anche *curativi*] da COVID-19 e da altre infezioni <https://cmsindipendente.it/seminario20231104>)

Per il resto, il documento fa ampio riferimento a (costose) scorte di mascherine (con corsi di formazione al loro utilizzo), vaccini, farmaci (antinfluenzali come Oseltamivir/Tamiflu, Ebflumin; o Zanamivir/Relenza, Dectova) già messi radicalmente in discussione da celebri revisioni Cochrane (v. [Trust The Evidence](#), ecc., o da Bollettini indipendenti come [MedCheck](#)); o Amantadina, Rimantadina; o Xofluza/Baloxavir marboxil, [messo in forte discussione](#) in Bollettini ISDB come [MedCheck](#), e che meriterebbero un dibattito in contraddittorio con esperti indipendenti privi di conflitti di interessi, prima di farne accumulare scorte per i prossimi 5 anni).

Ciò che è peggio, dalle 213 pagine del Piano non traspare l'atteggiamento corretto di **far riferimento alle prove** («[Trust the Evidence](#), not "The Science"», secondo l'aureo motto del Gruppo di Oxford di Tom Jefferson e Carl Heneghan), ma al contrario l'ossequio a riferimenti *autorevoli*, cattivo esempio di appello al "Principio di Autorità", distante anni luce dal riferimento all'*Evidence Based Medicine, EB Health Care, EB Public Health*. Il Principio di Autorità (della serie "lo dicono le Linee Guida dell'OMS, dell'Europa, dell'EMA, dell'ECDC, quando non della FDA o dei CDC USA; o quelle delle Società Professionali...) serve spesso da copertura a posizioni più che discutibili, e che si dovrebbero comunque poter verificare in base alle prove addotte a supporto. Si vuole o no aprire una **discussione scientifica nel merito di scelte concrete, ascoltando e vagliando anche le prove** di chi sostiene di averne, ed è critico rispetto a quanto chiederebbero linee guida *autorevoli*?

Se l'atteggiamento di partenza è "la responsabilizzazione delle persone e delle istituzioni, **seguendo però le linee guida internazionali che nel campo delle malattie infettive sono il faro per tutti i Paesi, come abbiamo imparato durante la pandemia Covid**", ci si sta già precludendo una valutazione critica basata sui dati, che potrebbe indurre a ben altre cautele. A titolo di esempio, si riportano due slide dai [Report ECDC dell'8 aprile 2024](#): come si può dar credito all'appello a ripetere di continuo i booster,

quando i **dati ufficiali mostrano che la protezione dalla mortalità da COVID-19 crolla in modo drammatico con i successivi richiami?**

La slide che segue, riprodotta dal Report ECDC, mostra una situazione in grave, progressivo peggioramento, già evidentissima a luglio 2023,

ma le "conclusioni" che gli "esperti" ECDC riescono a esprimere sono stupefacenti: giudichino i lettori!

Ok, la protezione dall'infezione si inverte, ma quella da COVID fatale...?

Ancor più sconvolgente, rispetto alle raccomandazioni incessanti delle Autorità sanitarie a far richiami vaccinali, è quanto pubblicato dall'ECDC sull'**(assenza di) efficacia vaccinale verso la COVID-19 grave e fatale:**

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 \(europa.eu\)](#)

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 + first booster dose				Complete primary vaccination + two booster doses				Complete primary vaccination + three booster doses			
	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% (-42.2; 34.2)	-	-	-7.4% (-74.4; 33.9)	33.1% (-47.6; 69.5)	-	41.0% (-9.2; 68.1)	7.0% (-154; 66)	12.1% (-56.6; 32.5)	-100.4% (-350.2; 10.8)	-14.4% (-338.3; 70.2)	-99.0% (-564.9; 14.8)
April 1 to May 25 2023	24.3% (-93.6; 79.4)	-	-	22.6% (-95.6; 69.4)	34.1% (-82.7; 38.2)	-	14.7% (-204; 76.1)	33.3% (-81.9; 75.5)	-4.2% (-77.9; 39)	-	-	-51.3% (-333.5; 48)
May 1 to June 25 2023	-11.9% (-158.5; 51.6)	-	-	-12.5% (-159.5; 51.2)	-10.6% (-159.5; 52.8)	-	-13.7% (-205.3; 33.9)	-42.1% (-167.5; 51.7)	-11.1% (-39.7; 43.4)	-	-	14.0% (-42.6; 48.1)
June 1 to July 25 2023	-34.8% (-625.6; 76.4)	-	-	-32.2% (-622.7; 76.8)	-9.8% (-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 + first booster dose				Complete primary vaccination + two booster doses			
	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 25 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.

O dovremmo affidarci a *scatola chiusa* all'OMS? La stessa che ha tentato fino agli ultimi minuti del 1° giugno in Assemblea Mondiale di forzare i Paesi membri ad approvare test non resi pubblici con l'anticipo di 4 mesi previsto dai suoi stessi Regolamenti, e ventila ora l'ennesima minaccia pandemica, per influenza aviaria negli allevamenti USA, spingendo per vaccini pre pandemici. Questo benché il [trial randomizzato controllato AUDENZ](#) abbia dato il segnale d'allarme che segue (v. pag. 6 al link) in soggetti

dai 18 anni in su: *"Fatal SAEs [eventi avversi gravi mortali] included 11 (0.5%) AUDENZ recipients and 1 (0.1%) placebo recipients."* Dunque, tenuto conto di denominatori e aggiustamenti, i **morti sono stati 5 volte di più con il vaccino monovalente adiuvato contro l'influenza A (H5N1)** rispetto al gruppo placebo. I ricercatori dello studio, sponsorizzato dal grande produttore di vaccini influenzali Seqirus, hanno dichiarato "No SAEs were assessed as being related to AUDENZ", contravvenendo a una regola generale e allo scopo stesso degli studi clinici randomizzati controllati (RCT): "l'imputabilità [lasciata] a giudizio degli investigatori... è discutibile, poiché la procedura di randomizzazione dovrebbe assicurare la migliore confrontabilità tra i gruppi in studio, il miglior controllo dei fattori di confondimento e, dunque, la possibilità di definire la relazione di causalità tra trattamento ed effetti osservati sia per gli effetti positivi (efficacia) sia per quelli negativi (rischio)." ([ISS, giugno 2014](#)).

La fretta nel 2009 di approvare un vaccino sotto la minaccia della pandemia (poi non risultata tale) ha comportato pesantissimi costi e un tributo di **~1300 casi** di grave [narcolessia](#) (patologia neurologica con colpi di sonno improvvisi e incoercibili) sui 30 milioni di vaccinati in Europa.

Alcune proposte per il Piano di Preparazione pandemica:

- Non aver fretta di approvarlo senza un vero dibattito che ne affronti le criticità, per il tempo necessario: nel secolo scorso vi sono state in tutto tre *pandemie* (di cui due non risultate davvero tali), perché ora dovrebbero arrivare a ripetizione (purché i patogeni non *sfuggano* da qualche biolaboratorio, o qualcuno non *dichiari* *pandemie* senza fondamento)?
- Inserire nel Piano di *preparazione* un'ampia parte ... di **educazione agli stili di vita** con **prove** di ridurre malattie croniche e infezioni e di frenare l'immunosenescenza. La CMSi ha realizzato eventi *evidence based* anche sul tema, e può dare un importante contributo [NB: il dibattito non dovrebbe scadere al punto di suscitare interrogazioni parlamentari (contro ogni buonsenso), perché il Piano "affermerrebbe che i vaccini... non si possono considerare unici elementi di contrasto ai patogeni infettivi"]
- Valutare con un confronto scientifico trasparente e studi epidemiologici appropriati in base all'EBM le prove a favore o contro i diversi interventi proposti nel Piano, in termini di efficacia pratica, sicurezza (considerando possibili effetti negativi diretti e indiretti sulla salute fisica, mentale e sociale), protezione della comunità, costi finanziari e sociali di attuazione, per una valutazione costi-benefici globale. Monitoraggio continuo degli interventi di sanità pubblica per poterli potenziare, modificare o eliminare
- Comprendere a fondo che la fiducia non va riposta nell'aderire in modo acritico a posizioni autoproclamate *unanimesi* nella *comunità scientifica*, o nell'applicazione di Linee Guida *autorevoli* (per le sigle altisonanti che le sottoscrivono), di cui si rinunci a discutere i fondamenti. Si dovrebbe ristabilire la **fiducia nelle prove**, e nella possibilità di chiunque, purché *motivato* a voler capire e verificare, di prenderne atto, esprimendo le capacità deliberative che si richiedono a una "giuria di cittadini". Pochi

acquisterebbero una casa, o anche un'automobile, solo *sulla fiducia* per chi la promuove, senza prima acquisire e valutare documentazione. Perché per la salute e la vita proprie e dei propri cari non si dovrebbe esigere di visionare le prove e di poterci riflettere?!

Anche in Sanità ci sono importanti esperienze deliberative di "giurie dei cittadini", esposti prima ad ampie informazioni in contraddittorio (un'*accusa* e una *difesa* su un tema controverso), pretendendo dagli specialisti nei diversi ruoli che argomentino in base a dati certi, facendosi capire e aiutando tutti a verificare le rispettive affermazioni.

3. Dati italiani di mortalità per stato vaccinale analizzati in modo valido non confermano efficacia e sicurezza di dosi multiple di vaccini COVID

[Microorganisms](#), rivista biomedica di prima fascia indicizzata su PubMed, Scopus, Web of Science... ha pubblicato [un articolo sul tema](#), che ha già ottenuto 58.000 visualizzazioni da studiosi di tutto il mondo. È un deciso passo avanti, perché (di)mostra al meglio delle attuali possibilità che le vaccinazioni antiSARS-CoV-2, ribattezzate *antiCOVID-19* da quando è diventato notorio che non proteggano dall'infezione, non hanno protetto neppure dalla mortalità totale. **Anzi**, in una provincia italiana di 300 mila abitanti è **accaduto il contrario**. E ciò già nel periodo da gennaio 2021 a dicembre 2022, quando i vaccini godevano ancora di altissimo credito ...

Che cosa fa di questa ricerca un avanzamento così importante? Il fatto che ai risultati si è giunti:

- utilizzando dati **mortalità totale** (quella COVID ha problemi di affidabilità) divisi per stato vaccinale. In poche parti del mondo i dati sono stati presentati in questo modo essenziale: l'esempio più noto sono i dati dell'Ufficio Nazionale per le Statistiche (ONS) del Regno Unito, che ha pubblicato i dati inglesi di mortalità, divisi per stato vaccinale antiCOVID-19, con un follow-up reso pubblico fino a maggio 2023, quando l'ONS ha (scandalosamente) annunciato che avrebbe interrotto le pubblicazioni...
- correggendo per l'*Immortal-time bias*, un errore sistematico che affligge gran parte degli studi osservazionali sulla mortalità da COVID-19 (e non solo) [per comprendere che cosa sia l'*immortal-time bias*, si può visionare la prima slide riprodotta [qui](#), a fine testo]
- correggendo anche per il *Confounding by indication bias* (condizioni di salute dei vaccinati e dei non vaccinati) al meglio delle informazioni al momento disponibili nel set di dati relativo alla popolazione analizzata, grazie a un'analisi multivariata che ha tenuto conto delle patologie individuali presenti prima della morte. Quest'ultima correzione consente di rispondere alla comune obiezione mossa anche ai dati scioccanti delle ultime pubblicazioni ONS, in cui i morti in Inghilterra si sono sempre più concentrati tra i vaccinati. L'obiezione che ciò accada perché si vaccinerebbero e rivaccinerebbero con priorità i più fragili e malati, per questo più esposti alla morte, non ha retto. La ricerca di Pescara, consentendo di correggere i risultati tenendo conto delle patologie di ogni deceduto, smentisce la suddetta giustificazione: infatti, all'analisi multivariata i vaccinati con una dose hanno presentato un Hazard Ratio (HR) di morte di **2,4** (intervalli di confidenza da **2,00** a **2,88**) rispetto ai non vaccinati dopo aggiustamento per età e altri fattori di confondimento. I vaccinati con due dosi hanno mostrato un HR di morte quasi doppio (**1,98**; da **1,75** a **2,24**), aggravando l'aumento significativo di mortalità che avevano comunque riscontrato anche gli [autori della ricerca originaria](#), che non avevano corretto per l'*Immortal-time bias*. Questa correzione ha anche consentito di correggere l'implausibile riduzione di mortalità di oltre quattro volte che [i suddetti autori](#) avevano attribuito ai soggetti con ≥ 3 dosi di vaccino. È risultato che i vaccinati con booster sono morti allo stesso tasso dei non vaccinati, anche solo dopo aver corretto il sopra menzionato errore sistematico. Anzi, analisi più sofisticate hanno evidenziato una **piccola ma significativa perdita di aspettativa di vita anche nei vaccinati con booster**.

Scienziati di rilievo mondiale come il matematico e Professore di Rischio Norman Fenton e lo statistico bayesiano Prof. Martin Neil (della Queen Mary University di Londra) avevano già espresso un forte appoggio alla nostra ricerca quando era comparsa in [preprint sul repository della rivista Epidemiologia e Prevenzione](#) (dov'è tuttora pubblicata nella versione non migliorata con i suggerimenti e rilievi dei revisori). Adesso sono tornati a congratularsi sul loro celebre [Where are the Numbers?](#).

Se avessimo potuto correggere **anche** per il *Healthy-vaccinee bias*, cosa ad oggi impossibile per i motivi spiegati nel nostro articolo, è probabile che lo svantaggio dei vaccinati sarebbe stato anche maggiore... [per comprendere che cosa sia e quanto possa pesare l'*healthy-vaccinee bias*, si possono visionare le tre ulteriori slide riprodotte [qui](#), a fine testo linkato, o ad approfondire su [MedCheck](#).

E ancor più se si fosse potuta fare anche una correzione per i *bias di categorizzazione* dei diversi stati vaccinali, che [nel testo definiamo come ha fatto Peter Doshi](#), o come "[illusione statistica](#)" come fanno [Fenton e Neil](#) (correzione a noi impossibile per la manipolazione a monte dei dati con lo *shift dei 14 giorni*, tuttora previsto dai criteri ISS, nonostante gli appelli a esporre i dati **anche** nel modo richiesto da oltre un anno dal [Comunicato 8 CMSi](#), per consentire analisi indipendenti.

[per comprendere che cosa chiede oggi l'ISS, si legga l'allegato riportato sotto a questo Comunicato. Chi voglia approfondire le conseguenze di "illusione statistica" indotte da questa pratica, può farlo qui: [Pacchetto N 4 - Errori metodologici \(quasi?\) universali che aumentano in modo illusorio efficacia e sicurezza dei vaccini COVID nelle ricerche di disegno osservazionale | CMSi \(cmsindipendente.it\)](#), anche grazie a una più amichevole illustrazione a cura dell'epidemiologo Prof. Stefano Petti].

Per non dire di un ulteriore peggioramento se si potesse correggere per l'*effetto mietitura*, dovuto al fatto che soggetti fragili più suscettibili ai danni da vaccino che muoiano nel ricevere le prime dosi, non sono più in vita per morire dopo le dosi successive...

Conclusioni. Alla luce dei risultati descritti, chi desidera continuare con le attuali politiche vaccinali dovrebbe fare prima i conti con la nostra ricerca. Non è detto che abbiamo per forza ragione. Siamo ricercatori, e abbiamo fiducia nelle prove. Perciò siamo aperti a considerare almeno due possibilità:

- una dimostrazione che abbiamo commesso errori di metodo o di calcolo. In tal caso saremmo pronti a riconoscerli pubblicamente
- la presentazione di una o più ricerche più ampie, estese fino e oltre il 2023, con caratteristiche di validità almeno pari, ma che mostrino risultati differenti od opposti. In questo caso, però, al nostro e ad altri gruppi di ricerca indipendenti dovrebbe essere consentito di replicare le analisi sugli stessi dataset.

Per la **Commissione Medico-Scientifica indipendente (CMSi)**, che rinnova la richiesta di proseguire il confronto scientifico istituzionale sulle materie di competenza:

Dott. Alberto Donzelli, Prof. Marco Cosentino, Dott. Maurizio Federico, Dott.ssa Patrizia Gentilini, Prof. Eduardo Missoni, Dott. Panagis Polykretis, Dott. Sandro Sanvenero, Dott. Eugenio Serravalle
e adesioni di:

Dott. Paolo Bellavite, specialista in Ematologia Clinica e di Laboratorio e ricercatore indipendente

Prof. Mariano Bizzarri, Dip. Medicina Sperimentale, Direttore Systems Biology Laboratory, Univ. La Sapienza

Prof. Giovanni Frajese, Università di Roma "Foro Italico"

Dr. Dario Giacomini, medico radiologo, Presidente associazione ContiamoCi! e sindacato [Di.Co.Si](#). ContiamoCi!

Prof. Stefano Petti, PhD. Top 2% scienziati mondiali (classifica Univ. Stanford) Dip. Sanità Pubblica e Malattie Infettive Univ. La Sapienza – Roma

31 LUGLIO 2023

Istituto Nazionale di Fisica Nucleare

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/2012/0/risposta_-_EccellenzaMortalita%20COVID-19+Umanita%20C%20e+Ragione_ultimo_rev31_07.pdf/134ee7793-3311-247d-857c3-480b16833d17e-3196589930092

• "... l'eliminazione della pratica distortiva di classificare come "non vaccinati" i soggetti deceduti nei 14 giorni successivi a ciascuna inoculazione."

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

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

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

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

L'ISS alimenta di fatto l'illusione statistica


Per non dire del Cheap Trick...
(chiarito da Fenton e Neil)

Data: ufficio stampa <ufficio_stampa@iss.it>
Data: 18 agosto 2023 09:40:44 CEST
A: [redacted]
Oggetto: R: Ultimo chiarimento

Buongiorno.. ho parlato con gli esperti, si viene considerati nella colonna 'vaccinati con booster' dopo due settimane dall'iniezione. Lo stesso per le altre categorie (es se si fa la seconda dose e ci si ammala dopo una settimana si viene considerati con una dose, dopo due con due dosi).

Buona giornata
Pier David

Ufficio Stampa
Istituto Superiore di Sanità
www.iss.it
tel. 0649906601



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
PRESIDENZA
UFFICIO STAMPA

2