

## **Analisi critica della mortalità dall'insieme delle cause in relazione allo stato vaccinale nella provincia italiana di Pescara, negli anni 2021-2022**

In precedenti numeri di questa Newsletter [1,2] avevo già dato anticipazioni dei risultati della ricerca discussa in questo contributo, [3] e nella scorsa Lettera di Maggio [4] avevo mostrato gli sconvolgenti aumenti di mortalità da COVID-19 (la malattia da cui i vaccini dovrebbero proteggere) negli inoculati con 1, 2 o 3 dosi di richiamo in otto Paesi europei, tra cui l'Italia. La documentazione è stata tratta dal Report dell'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) dell'8 aprile 2024. [5] Il follow-up nel Report si fermava a luglio 2023, quando ancora la perdita di efficacia vaccinale con booster, rispetto ai soggetti con solo ciclo di base da circa 6 mesi, non aveva raggiunto la significatività statistica. Ma gli intervalli di confidenza apparivano drammaticamente sbilanciati verso l'aumento di mortalità, con un deterioramento progressivo nei mesi che lasciava supporre un definitivo tracollo, se solo il follow-up fosse proseguito un poco di tempo in più.

Il contributo odierno, ancora più sostanziale, fa riferimento a un importante articolo pubblicato su *Microorganisms*, [3] rivista biomedica di prima fascia (indicizzata, su PubMed, con Impact Factor 4,1). Si tratta di 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 l'esatto contrario**. E questo già nel periodo da gennaio 2021 a dicembre 2022, quando i vaccini godevano ancora di un credito quasi generale... Che cosa fa di questa ricerca un avanzamento così importante? Il fatto che ai risultati si è giunti:

- utilizzando dati di mortalità totale suddivisi per stato vaccinale. In poche parti del mondo i dati sono stati presentati in questo modo fondamentale: l'esempio più noto sono i dati dell'Ufficio Nazionale per le Statistiche (ONS) del Regno Unito, che ha pubblicato i dati di mortalità per l'Inghilterra, 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 invita a visionare la prima slide riprodotta alla fine di questo contributo]
- correggendo anche per il *Confounding by indication bias* (condizioni di salute dei vaccinati e dei non vaccinati) al meglio delle informazioni attualmente disponibili nel set di dati relativo alla popolazione analizzata, grazie a un'analisi multivariata che ha tenuto conto delle patologie individualmente 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 è che ciò accada perché si vaccinerebbero e rivaccinerebbero con priorità i soggetti più fragili e malati, per questo più esposti alla morte. La ricerca di Pescara, consentendo di correggere i risultati tenendo conto delle patologie di ciascuno dei deceduti, smentisce la suddetta giustificazione: infatti, all'analisi multivariata i vaccinati con una dose hanno presentato un Hazard Ratio (HR) di morte di **2,4** (con 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, [6] che non avevano corretto per l'*Immortal-time bias*.

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). [7] Adesso sono subito tornati a congratularsi sul loro celebre **Where are the Numbers?** [8] Uniche considerazioni sul loro apprezzatissimo commento: la provincia di Pescara non raggiunge il *quasi milione* di abitanti, come dicono con entusiasmo, ma comunque ne conta 300 mila. E non abbiamo corretto per il *Healthy-vaccinee bias*, come potrebbe far pensare gioco di parole cui ricorrono Fenton e Neil (*un-healthy-vaccinee bias*, che in realtà si riferisce alla correzione multivariata per le patologie che affliggevano i deceduti, dunque più propriamente al *confounding by indication*). 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 ancor maggiore... [per comprendere che cosa sia e quanto possa pesare l'*healthy-vaccinee bias*, si invita a visionare le tre ulteriori slide riprodotte alla fine di questo contributo, o ad approfondire su Health Check [9]

E peggio ancora se avessimo potuto anche fare una correzione per i *bias di categorizzazione* dei diversi stati vaccinali, che nel testo definiamo - come ha fatto Peter Doshi [10] - "*case-counting-window bias*" o come "illusione statistica" o "cheap trick" da Fenton e Neil [11] (correzione impossibile per la manipolazione a monte dei dati con lo *shift dei 14 giorni*, tuttora previsto dai criteri ISS). [chi voglia approfondire questo grave e diffuso errore metodologico potrà 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 in italiano a cura dell'epidemiologo Prof. Stefano Petti].

Per non dire dell'ulteriore peggioramento se si potesse correggere per l'*effetto harvesting*, dovuto al fatto che i fragili più suscettibili ai danni da vaccino muoiono nel ricevere le prime dosi, dunque non sono più in vita per morire dopo la 3ª dose e le successive...

Per concludere, come già osservato da Fenton e Neil nel precedente commento al nostro articolo su EpiPrev [7] "*this is clearly the best quality study we have available on Covid-19 vaccination to date*". È un passo avanti potenzialmente decisivo per ristabilire una verità censurata e negata, nel riconoscere la quale persistono barriere diffuse anche all'interno di élite culturali.

A cura di Alberto Donzelli

1. L117 ottobre 2023 [http://www.nograzie.eu/wp-content/uploads/2023/11/L117\\_Ott\\_2023.pdf](http://www.nograzie.eu/wp-content/uploads/2023/11/L117_Ott_2023.pdf)
2. L123 aprile 2024 <https://www.facebook.com/people/NoGrazie/100064772136744/>
3. Alessandria, M.; Malatesta, G.M.; Berrino, F.; Donzelli, A. A Critical Analysis of All-Cause Deaths during COVID-19 Vaccination in an Italian Province. *Microorganisms* **2024**, *12*, 1343. <https://doi.org/10.3390/microorganisms12071343>.
4. L 124 maggio 2024 <https://www.facebook.com/people/NoGrazie/100064772136744/>
5. [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 \(europa.eu\)](#)
6. Rosso A, Flacco ME, Soldato G, et al. COVID-19 Vaccination Effectiveness in the General Population of an Italian Province: Two Years of Follow-Up. *Vaccines* 2023, *11*, 1325. <https://doi.org/10.3390/vaccines11081325>.
7. [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 \(epiprev.it\)](#)
8. [Update: Italian study showing a reduction in life expectancy with increased covid vaccination has been published \(substack.com\).](#)



9. Healthy vaccinee effect: a bias not to be forgotten in observational studies on COVID-19 vaccine effectiveness. Medcheck, n.29, Volume 10, May 2024. Accessed on 1 July 2024
10. Fung K, Jones M, Doshi P. Sources of bias in observational studies of covid-19 vaccine effectiveness. J Evaluation Clin Pract. 2023 <https://doi.org/10.1111/jep.13839>
11. L115 agosto 2023 (pag. 11-12) .....

### Bias studi osservazionali - 1) che cos'è l'**immortal-time bias**?

Un esempio per capirlo: supponiamo di confrontare nel 2021 due coorti di 365 persone ciascuna, A e B (e ammettiamo per semplicità che siano omogenee).

La coorte B non è vaccinata, nella coorte A si vaccina 1 persona al giorno con vaccino monodose (es. Janssen), e a fine anno (365 giorni) sono tutti vaccinati.

La coorte A registra 75 casi di infezione (20,5% di 365), la B 150 (41% di 365): è corretto dire che il rischio di infezione tra i vaccinati è stato solo la metà?

**No**, perché **si trascura l'Immortal-time bias**, cioè, nel ns caso, che i vaccinati... per una parte del tempo di osservazione **non** erano vaccinati!

Questo tempo si può per semplicità considerare di ~6 mesi (la metà dell'anno, o 182,5 giorni), in cui anche metà dei vaccinati erano ancora «non vaccinati».

Pertanto, i vaccinati sono stati esposti allo stato di «vaccinati» solo per 6 mesi (mezzo anno, o 182,5 giorni);

i «non vaccinati» sono stati tali per 18 mesi (un anno e mezzo, o 547,5 giorni).

Considerando dunque i denominatori corretti, la percentuale di infezioni

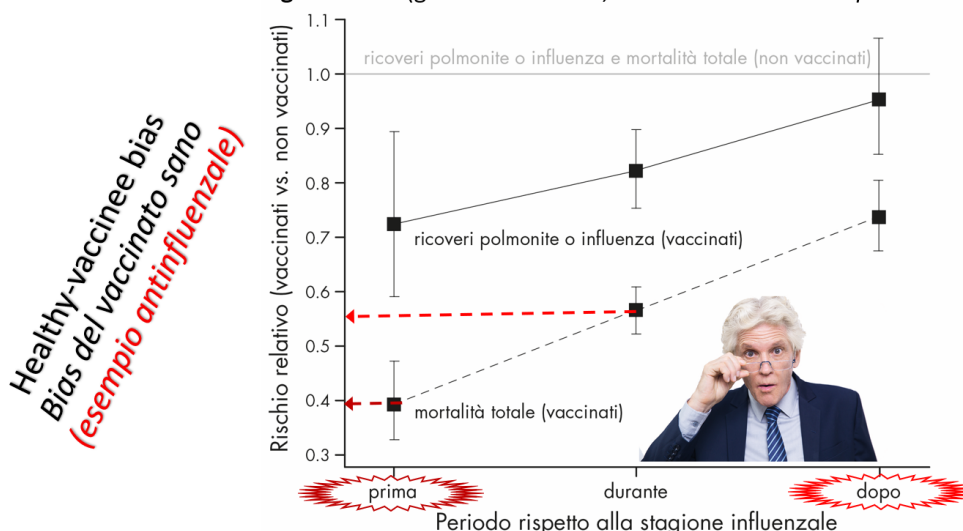
- tra i non vaccinati è stata di  $(150 \times 100)/547,5 = 27,4\%$
- tra i vaccinati è stata di  $(75 \times 100)/182,5 = 41\%$ .

Solo correggendo per l'**Immortal-time bias**, l'incidenza di infezioni si rovescia...

35

## 2) bias (errore sistematico) del **vaccinato sano (e/o meno prossimo al fine vita)**

**Rischio relativo (e intervalli di confidenza al 95%) di ricoveri per polmonite o influenza e di mortalità per tutte le cause in anziani vaccinati con antinfluenzale rispetto ai non vaccinati, nei periodi prima, durante e dopo la stagione influenzale, da settembre 1995 ad agosto 2003 (grafico ricostruito, da Jackson et al. Int J Epidemiol 2006)**



Ad es., **durante** la stagione influenzale, se la mortalità totale nei non vaccinati è 100, quella dei vaccinati è ~55. Ma la mortalità dei vaccinati è minore anche **dopo** la stagione influenzale (74) e soprattutto **prima** (~40). Dunque **i vaccinati muoiono sistematicamente meno dei non vaccinati, per altri motivi**, che non hanno a che vedere con l'influenza e il vaccino.

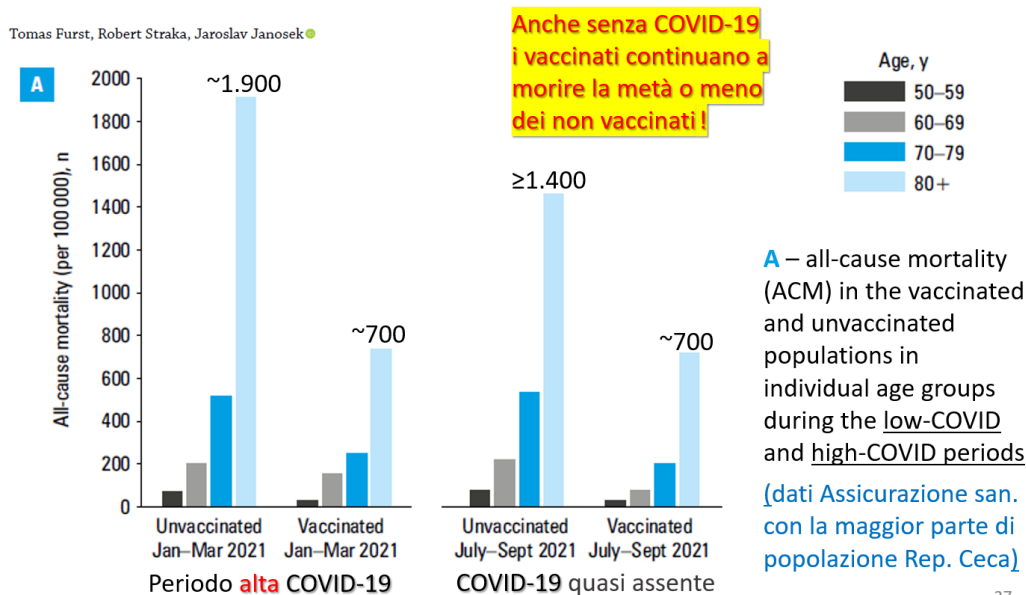


## Healthy vaccinee effect: a bias

not to be forgotten in observational studies  
on COVID-19 vaccine effectiveness

POLISH ARCH INTERN MED 2024; 134 (2)

Tomas Furst, Robert Straka, Jaroslav Janosek



37

## Che cosa spiega l' **healthy-vaccinee bias**?

- 1) a breve termine, chi ha un' **indisposizione transitoria** (es. un' **infezione respiratoria acuta**) **postpone** la vaccinazione; di solito chi la fa al momento sta bene
- 2) a breve(-medio termine): a chi è in **fase terminale**, i curanti o altri possono risparmiare lo stress di una vaccinazione. Ma così la sua (probabile) morte peserà tra i **non vaccinati**
- 3) da breve a lungo termine: chi è in **svantaggio socio-economico**, **disabile** e **abbandonato** (e perciò più a rischio di morte) può avere meno accesso ai vaccini
- 4) a breve-medio termine: chi è più convinto dell'efficacia di un intervento sanitario ne riceve un **positivo effetto placebo** (tanto maggiore quanto più l'intervento è presentato in un contesto/con alone **importante**)
- 5) a medio-lungo termine: chi ha più **istruzione**, adotta comportamenti più **prudenti** (guida, ecc.) e cerca un' **assistenza medica migliore** (e perciò può aver più salute) in genere è più aderente a vaccinazioni raccomandate da medici, società scientifiche, autorità sanitarie, media **main stream**
- 6) a medio-lungo termine: chi aderisce a interventi preventivi è più probabile che adotti **stili di vita salutari**: **dieta**, **esercizio**, **moderazione nell'alcol**, **no droghe illegali**...: caratteristiche non valutate nei database farmaco-epidemiologici standard, ma associate a minori malattie e mortalità negli studi osservazionali

38