

## 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 ora si è aperto...



Alberto Donzelli, coordinatore Commissione  
Medico-Scientifica indipendente (CMSi)



## Temi della presentazione

- Differenza prove vs opinioni; riferimento antiscientifico al principio d'autorità (s. 3)
- I vaccini COVID-19 riducono la trasmissione dell'infezione? **No, l'aumentano!** (da s. 4)
- Ma evitano migliaia di morti, anche in Italia?! Studio di Pescara: **Leggere meglio i dati** e correggere **l'Immortal Time bias** (s. 18)
- Vaccini COVID e mortalità totale in base allo stato vaccinale, dati ONS UK (da s. 23)
- **'Cheap trick'** e sua dimostrazione dati Emilia-Romagna: (da s. 29)  
(è uno dei quattro maggiori errori sistematici che hanno convinto il mondo che con i vaccini COVID i morti scendano, quando invece salgono!)



# Vita di Galileo

Opera di Bertolt Brecht



«Non guardo nel cannocchiale (→ **le prove**)!  
Voglio solo discutere dei testi *autorevoli* (→  
→ *linee-guida*/*ipse dixit*/*principio d'autorità*)

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

- a) "se il trattamento sia diretto **non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri****
- b) se vi sia "la previsione che esso **non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato**, salvo che per quelle sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiano normali di ogni intervento sanitario e, pertanto, tollerabili" (ivi);**
- c) se nell'ipotesi di danno ulteriore alla salute del soggetto sottoposto al trattamento obbligatorio – ivi compresa la malattia contratta per contagio causato da vaccinazione profilattica – sia prevista comunque la corresponsione di una "equa indennità" in favore del danneggiato (cfr. sentenza 307 cit. e v. legge n. 210/1992).**

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



## Effetti dei vaccini COVID 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»**

# 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

febbraio!

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 Siddi,<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

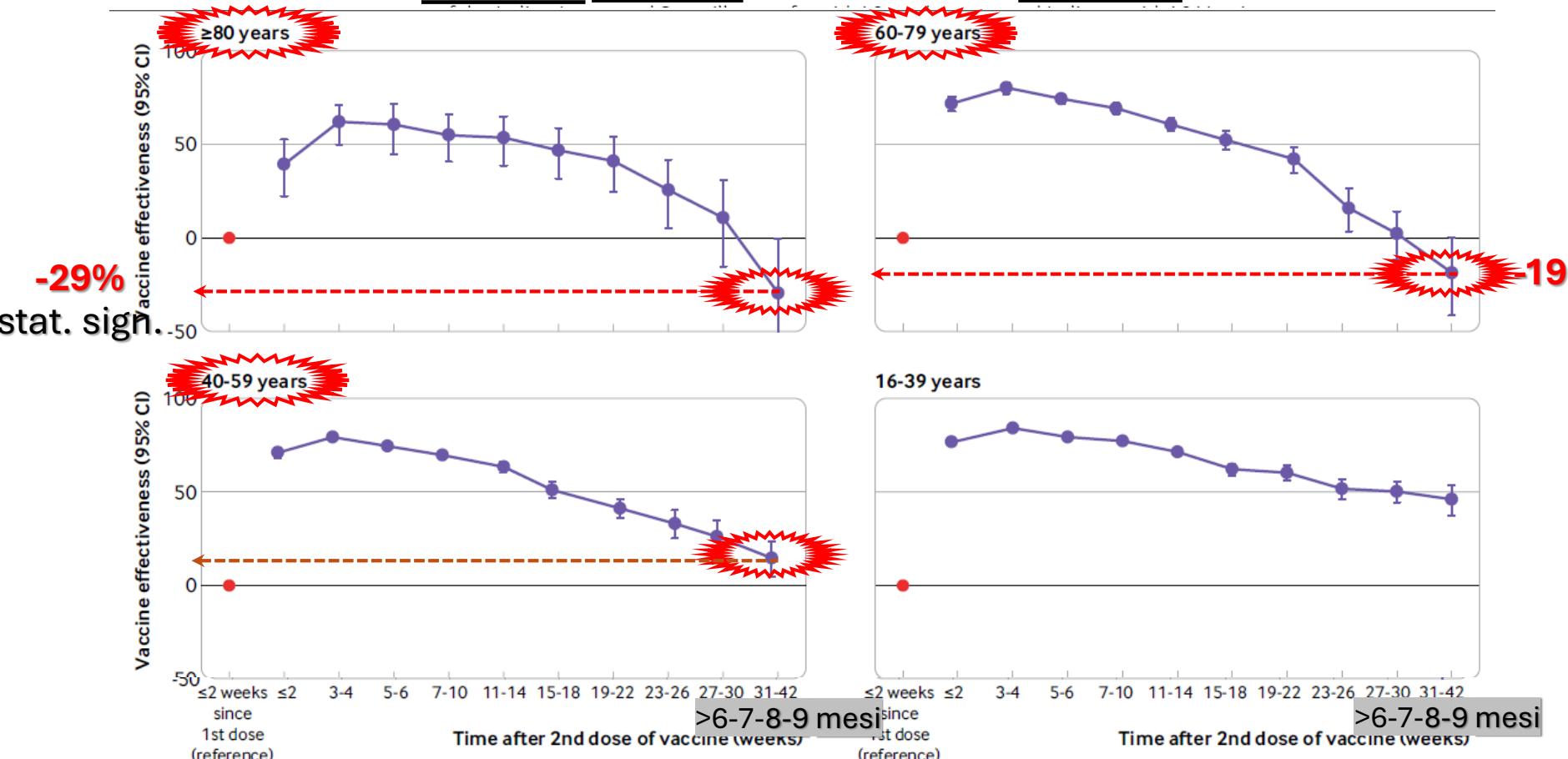


Fig 3 | Effectiveness of mRNA vaccines against SARS-CoV-2 infection during the delta phase by age group and priority risk category, Italy, 19 July to 7 November 2021. Vaccine effectiveness calculated as  $(1-IRR) \times 100$ , where IRR=incidence rate ratio. \*Including people with comorbidities, immunocompromised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

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

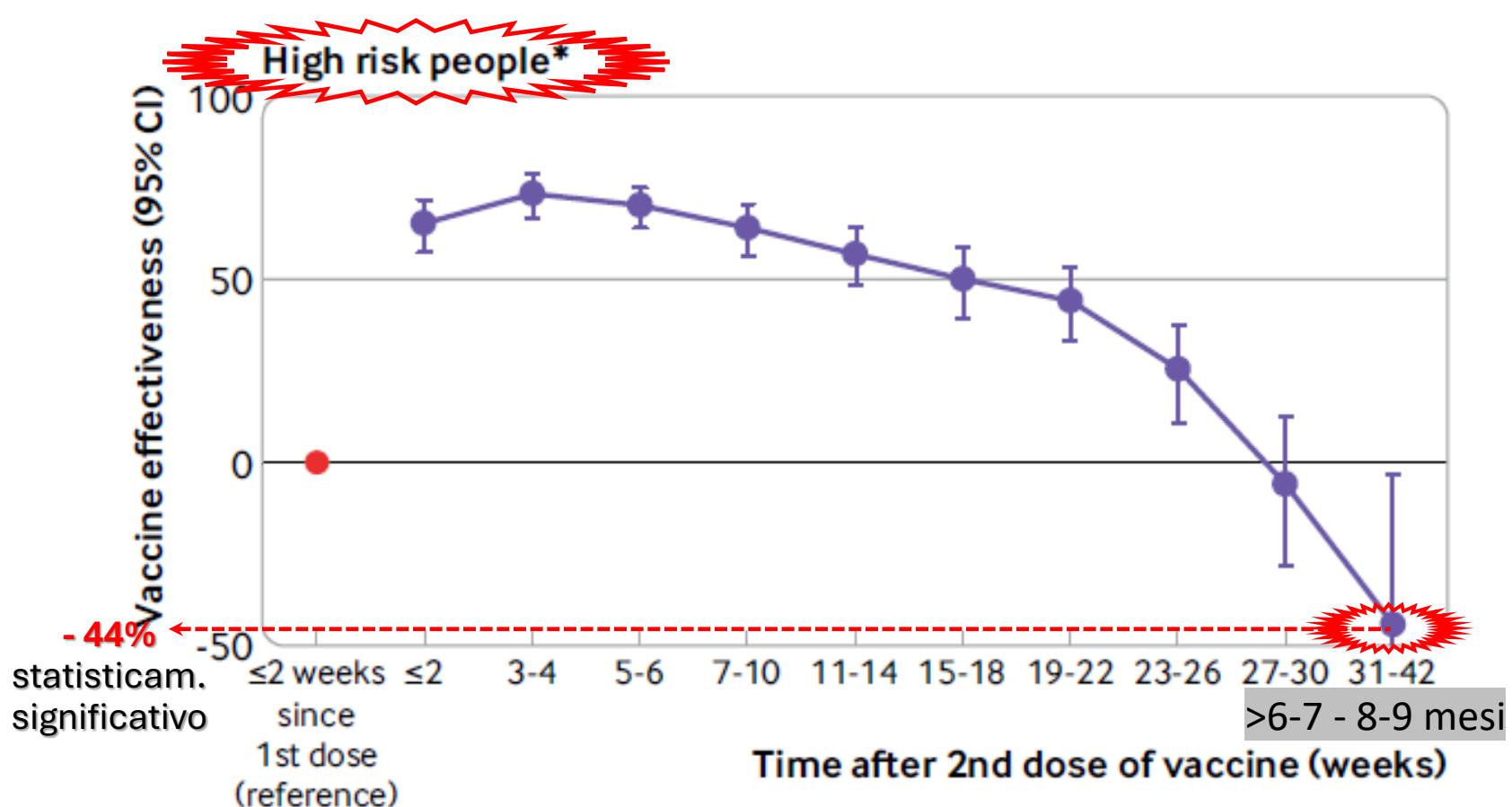


Fig 3 | Effectiveness of mRNA vaccines against SARS-CoV-2 infection during the delta phase by age group and priority risk category, Italy, 19 July to 7 November 2021. Vaccine effectiveness calculated as  $(1-IRR) \times 100$ , where IRR=incidence rate ratio. \*Including people with comorbidities, immunocompromised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



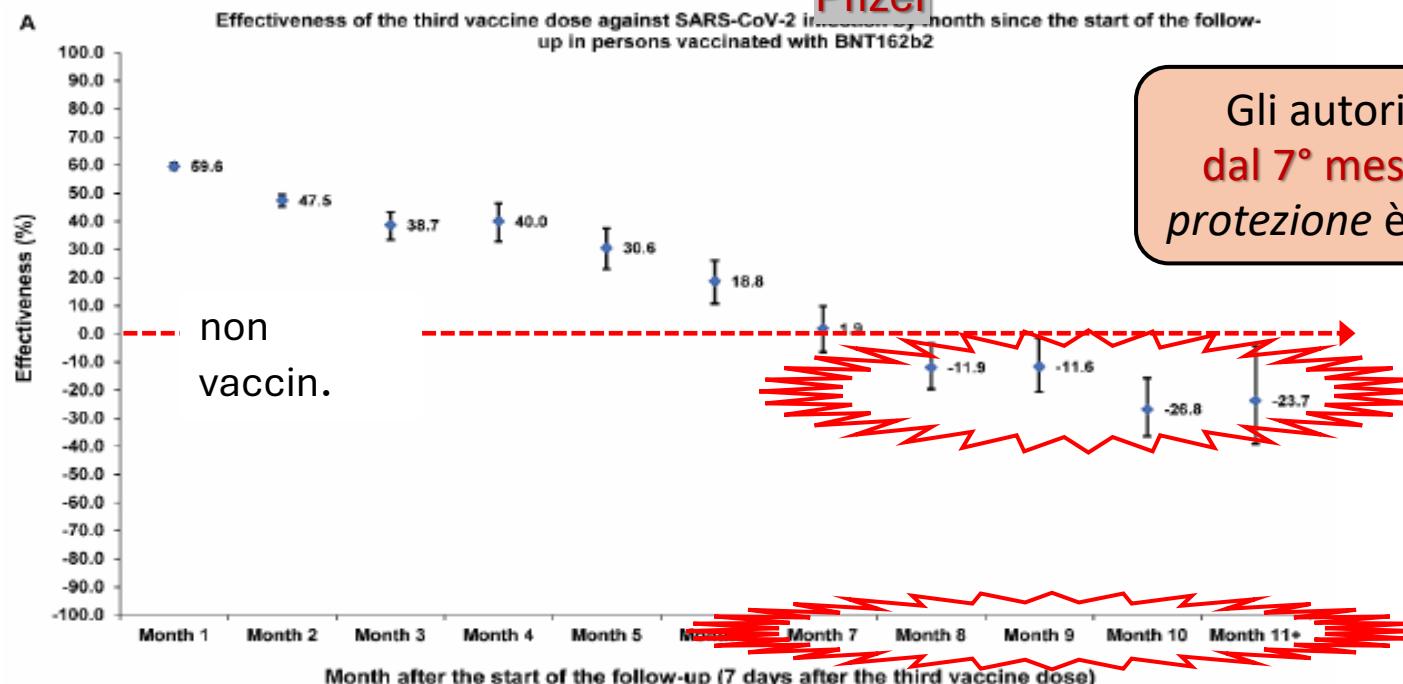
Coorti appaiate di 304 mila persone ciascuna

## Long-term COVID-19 booster effectiveness by infection history and clinical vulnerability and immune imprinting

CC-BY-NC-ND 4.0  
*Lancet Infect Dis* . 2023 Jul;23(7):816-27

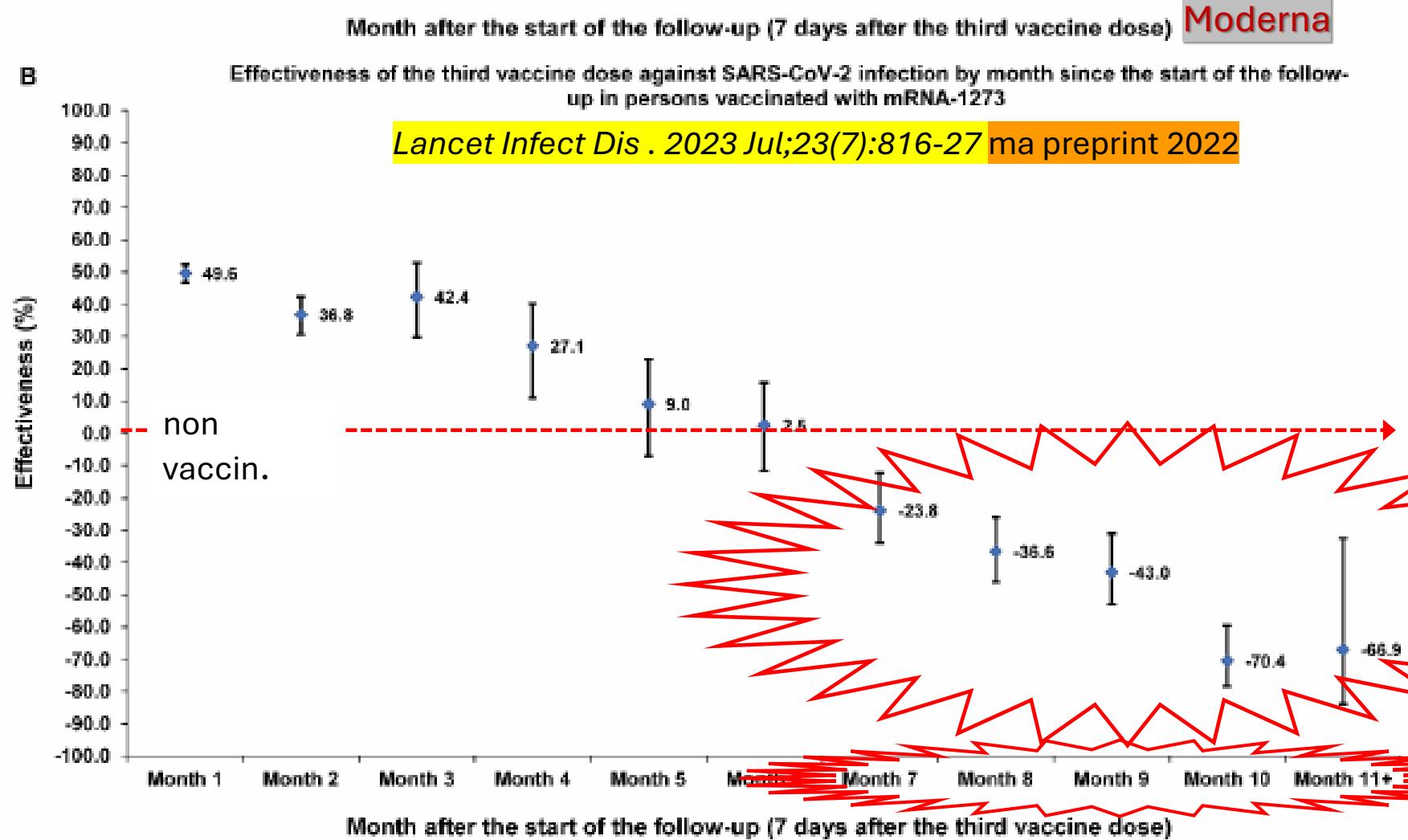
Hiam Chemaitelly, PhD<sup>1,2,3\*</sup>, Houssein H. Ayoub, PhD<sup>4</sup>, Patrick Tang, MD PhD<sup>5</sup>, Peter Coyle, MD<sup>6,7,8</sup>, Hadi M. Yassine, PhD<sup>7,9</sup>, Asmaa A. Al Thani, PhD<sup>7,9</sup>, Hebah A. Al-Khatib, PhD<sup>7,9</sup>, Mohammad R. Hasan, PhD<sup>5</sup>, Zaina Al-Kanaani, PhD<sup>6</sup>, Einas Al-Kuvari, MD<sup>6</sup>, Andrew Jeremijenko, MD<sup>6</sup>, Anvar Hassan Kaleeckal, MSc<sup>6</sup>, Ali Nizar Latif, MD<sup>6</sup>, Riyazuddin Mohammad Shaik, MSc<sup>6</sup>, Hanan F. Abdul-Rahim, PhD<sup>10</sup>, Gheyath K. Nasrallah, PhD<sup>7,9</sup>, Mohamed Ghaith Al-Kuvari, MD<sup>11</sup>, Adeel A. Butt, MBBS MS<sup>3,6,12</sup>, Hamad Eid Al-Romaihi, MD<sup>13</sup>, Mohamed H. Al-Thani, MD<sup>13</sup>, Abdullatif Al-Khal, MD<sup>6</sup>, Roberto Bertollini, MD MPH<sup>13</sup>, Jeremy Samuel Faust, MD MSc<sup>14</sup>, and Laith J. Abu-Raddad, PhD<sup>1,2,3,10\*</sup>

Figure S3: Booster effectiveness relative to primary series against SARS-CoV-2 infection by month since the start of the follow-up for each of BNT162b2 (A) and mRNA-1273 (B) vaccines.



Gli autori riportano che  
**dal 7° mese dal booster la protezione è sempre negativa**

**Figure S3: Booster effectiveness relative to primary series against SARS-CoV-2 infection by month since the start of the follow-up for each of BNT162b2 (A) and mRNA-1273 (B)**



Stratified analyses were conducted up to 11 months due to insufficient numbers beyond that time interval.

Moderna: perdita di protezione da infezione anche peggiore, su base annua meno di zero...

OPEN ACCESS

Check for updates

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

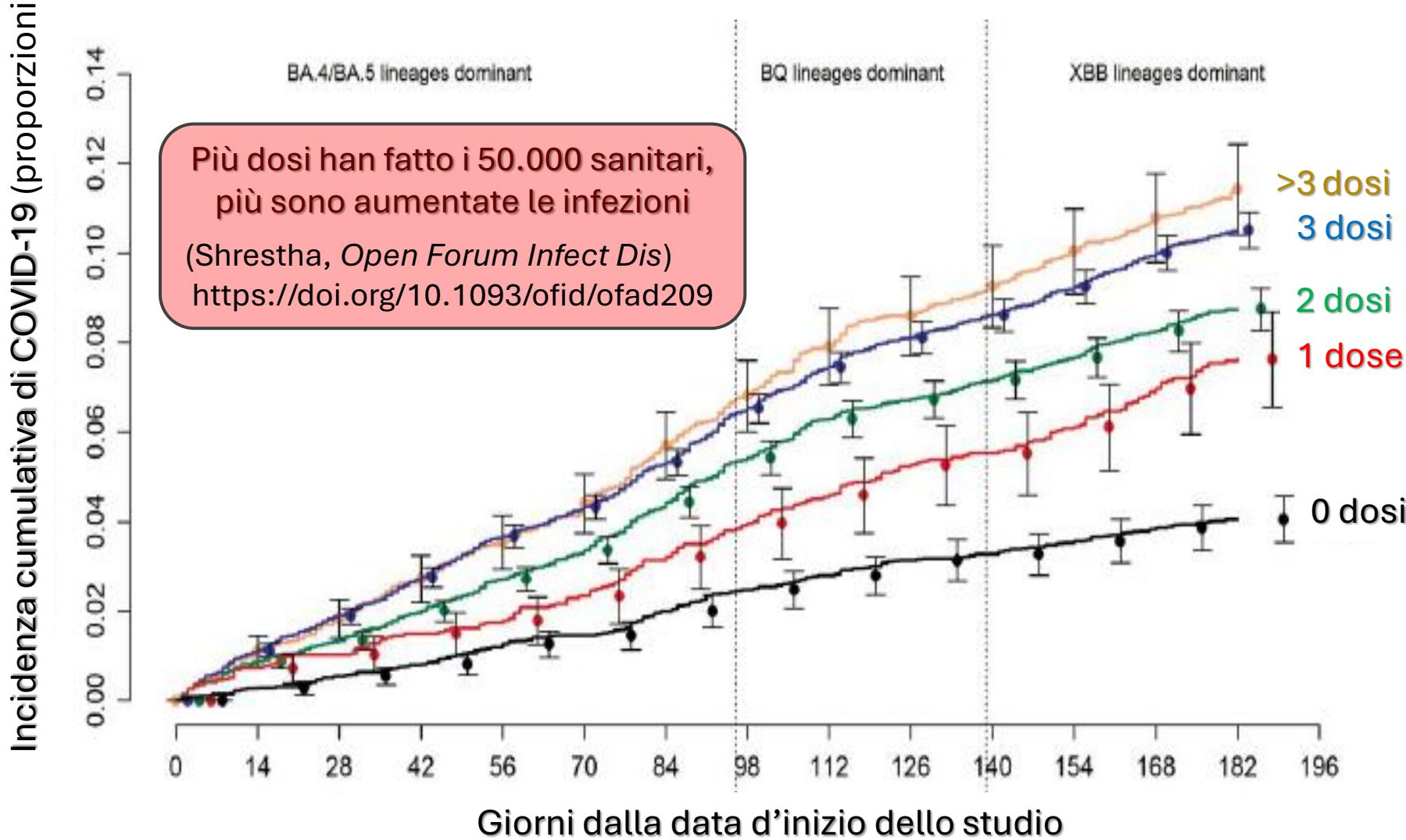
Sivan Gazit,<sup>1,2</sup> Yaki Saciuk,<sup>1</sup> Galit Perez,<sup>2</sup> Asaf Peretz,<sup>1</sup> Virginia E Pitzer,<sup>3</sup> Tal Patalon<sup>1,2</sup>

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>



Nos. at risk:

	0 doses	1 dose	2 doses	3 doses	>3 doses									
0 doses	5738	5683	5626	5593	5528	5505	5449	5406	5333	5260	5208	5156	5108	5067
1 dose	2350	2340	2333	2328	2334	2325	2322	2299	2265	2236	2214	2187	2157	2127
2 doses	13 784	13 693	13 654	13 758	13 787	13 714	13 569	13 361	13 200	13 050	12 907	12 751	12 597	
3 doses	20 008	21 024	21 158	21 368	21 500	21 606	21 762	21 555	21 267	21 020	20 841	20 613	20 306	20 187
all doses	38 844	38 220	38 211	38 188	38 095	38 075	38 042	38 016	38 048	38 000	38 012	38 007	38 008	38 006

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

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

Alena Chalupka<sup>1</sup> | Lukas Richter<sup>1,2</sup> | Ali Chakeri<sup>1,3</sup> | Ziad El-Khatib<sup>1</sup> | Verena Theiler-Schwetz<sup>4</sup> | Christian Trummer<sup>4</sup> | Robert Krause<sup>5</sup> | Peter Willeit<sup>6,7,8</sup>  | Bernhard Benka<sup>1</sup> | John P. A. Ioannidis<sup>9</sup>  | Stefan Pilz<sup>4</sup> 

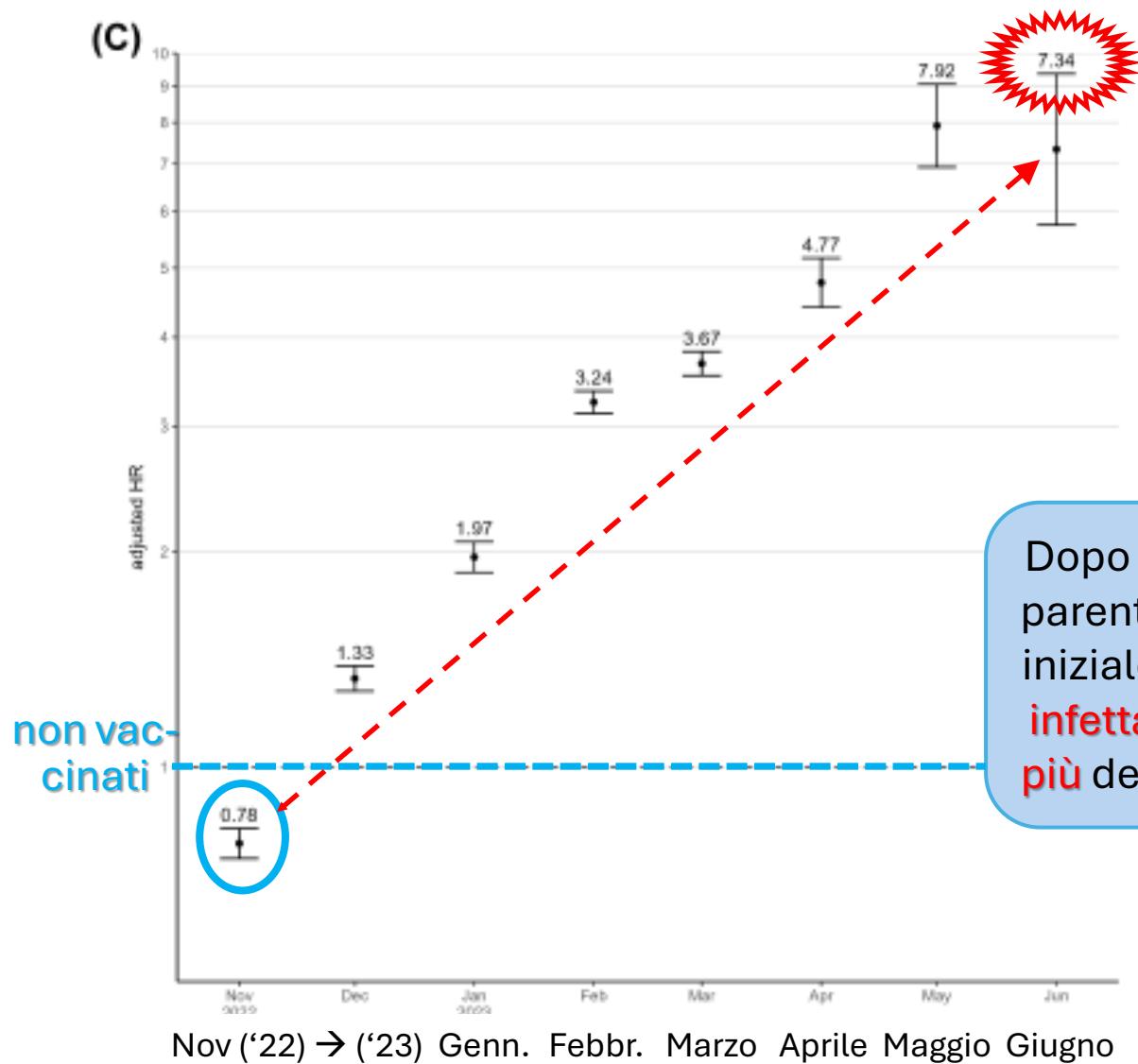


<sup>1</sup>Institute for Surveillance & Infectious Disease Epidemiology, Austrian Agency for Health and Food Safety (AGES), Vienna, Austria ....

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

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

(C)

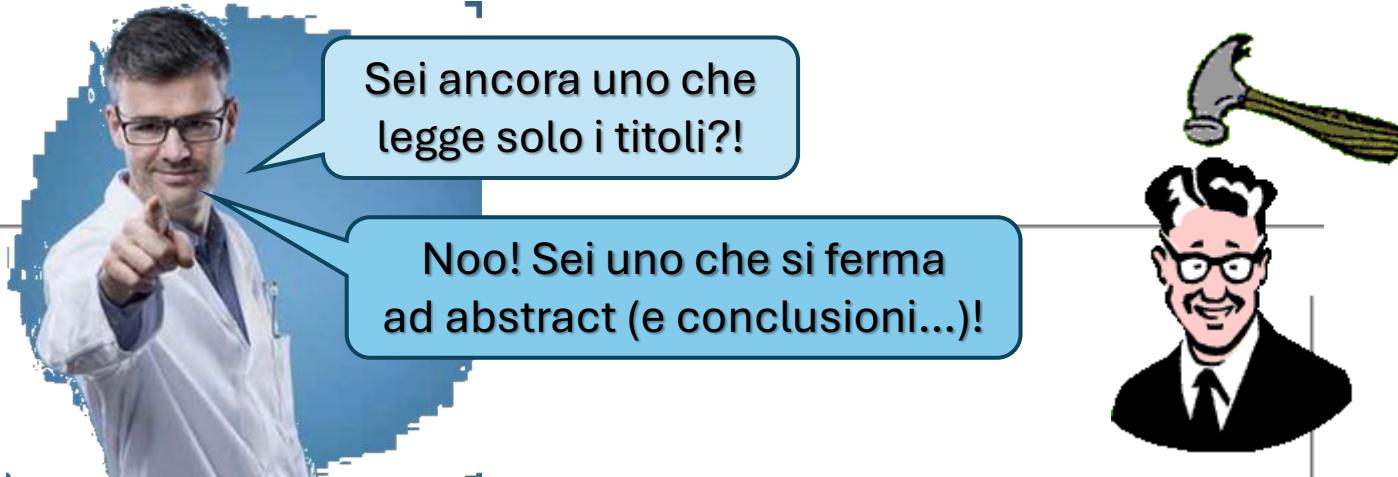


8 mesi dopo la 4<sup>a</sup> dose  
(giugno) si infettano 7,3 volte più dei non vaccinati

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



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



# Vaccination with BNT162b2 reduces transmission of SARS-CoV-2 to household contacts in Israel

Ottavia Prunas<sup>1,2\*</sup>, Joshua L. Warren<sup>2,3†</sup>, Forrest W. Crawford<sup>2,3,4,5,6†</sup>, Sivan Gazit<sup>7</sup>, Tal Patalon<sup>7</sup>, Daniel M. Weinberger<sup>1,2†</sup>, Virginia E. Pitzer<sup>1,2†</sup> **La maggioranza ha Conflitti d'Interessi**

The effectiveness of vaccines against COVID-19 on the individual level is well established. However, few studies have examined vaccine effectiveness against transmission. We used a chain binomial model to estimate the effectiveness of vaccination with BNT162b2 [Pfizer-BioNTech messenger RNA (mRNA)-based vaccine] against household transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in Israel before and after emergence of the B.1.617.2 (Delta) variant. Vaccination reduced susceptibility to infection by 89.4% [95% confidence interval (CI): 88.7 to 90.0%], whereas vaccine effectiveness against infectiousness given infection was 23.0% [95% CI: -11.3 to 46.7%] during days 10 to 90 after the second dose, before 1 June 2021. Total vaccine effectiveness was 91.8% (95% CI: 88.1 to 94.3%). However, vaccine effectiveness is reduced over time as a result of the combined effect of waning of immunity and emergence of the Delta variant.



Allora, ripeti  
che cosa  
hai capito

Che in vaccin  
non aumenta la  
trasmissione??  
**No!**

i vaccini aumentano  
la trasmissione!

i vaccini aumentano  
la trasmissione!!

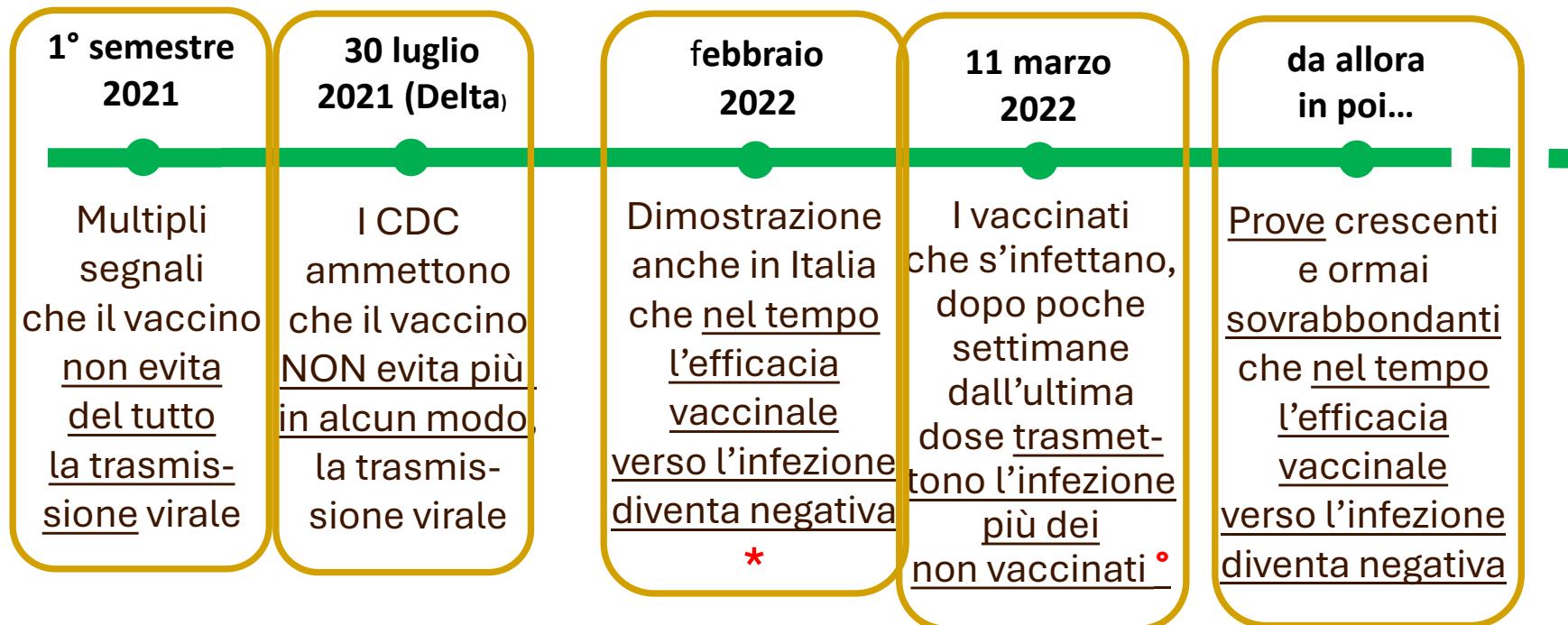
i vaccini aumentano  
la trasmissione!!!

Prunas et al., Science 375, 1151–1154 (2022)

Table 1. Vaccine effectiveness against susceptibility to infection ( $VE_S$ ); vaccine effectiveness against infectiousness given infection ( $VE_I$ ); total vaccine effectiveness ( $VE_T$ ) at different time ranges since vaccination, both before and after the emergence of the Delta variant (1 June, 2021).

Vaccine effectiveness measure	Time since vaccination	Estimate pre Delta [95% confidence interval]	Estimate post Delta [95% confidence interval]
<b>Vaccine effectiveness against susceptibility to infection</b>			
$VE_{S1}$	≥10 days after dose 1 and <10 days after dose 2	62.7% [61.5% to 63.8%]	72.1% [66.7% to 75.6%]
$VE_{S2}$	≥10 days after dose 2 and <90 days after dose 2	89.4% [88.7% to 90.0%]	72.0% [65.9% to 77.0%]
$VE_{S3}$	≥90 days after dose 2	58.3% [45.8% to 67.9%]	40.2% [37.6% to 42.6%]
<b>Vaccine effectiveness against infectiousness given infection</b> cioè: effetto sulla trasmissione			
$VE_{I1}$	≥10 days after dose 1 and <10 days after dose 2	-15.9% [-27.9% to -5.0%]	38.3% [-24.2% to 69.3%]
$VE_{I2}$	≥10 days after dose 2 and <90 days after dose 2	23.0% [-11.3% to 46.7%]	-27.9% [-248.9% to 53.1%]
$VE_{I3}$	≥90 days after dose 2	6.9% [-124.8% to 61.4%]	-27.9% [-53.7% to -6.5%]

# L'infografica che segue riassume la cronologia fondamentale:



\* 'Efficacia negativa' significa che **dopo pochi mesi dall'ultimo inoculo i vaccinati si infettano 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**



Article

# COVID-19 Vaccination Effectiveness in the General Population of an Italian Province: Two Years of Follow-Up

Annalisa Rosso <sup>1,†</sup>, Maria Elena Flacco <sup>1,\*†</sup>, Graziella Soldato <sup>2</sup>, Giuseppe Di Martino <sup>2</sup>, Cecilia Acuti Martellucci <sup>1</sup>, Roberto Carota <sup>2</sup>, Marco De Benedictis <sup>2</sup>, Graziano Di Marco <sup>2</sup>, Rossano Di Luzio <sup>2</sup>, Matteo Fiore <sup>3</sup>, Antonio Caponetti <sup>2</sup> and Lamberto Manzoli <sup>3,\*</sup>

**Table 3.** Adjusted hazard ratios (HR; 95% confidence interval—CI) <sup>A</sup> of the outcomes of vaccination effectiveness, overall and by age category.

Outcomes	SARS-CoV-2	COVID-19 <sup>B</sup>	COVID-19-Related Death <sup>B</sup>	All-Cause Death
	HR (95% CI)	HR (95% CI)	HR (95% CI)	HR (95% CI)
Vaccine doses				
Unvaccinated	1 (Ref. cat.)	1 (Ref. cat.)	1 (Ref. cat.)	1 (Ref. cat.)
1 dose <sup>C</sup>	1.26 (1.21–1.32) *	0.47 (0.37–0.60) *	0.36 (0.28–0.47) *	1.40 (1.24–1.58) *
2 doses <sup>D</sup>	2.41 (2.37–2.46) *	0.27 (0.24–0.30) *	0.38 (0.32–0.44) *	1.36 (1.28–1.45) *
3/4 doses <sup>E</sup>	1.27 (1.25–1.29) *	0.12 (0.11–0.13) *	0.15 (0.14–0.17) *	0.22 (0.20–0.23) *

Rispetto ai non vaccinati, gli autori han riportato un **significativo aumento di mortalità per tutte le cause nella popolazione vaccinata con 1 o 2 dosi**, ma avevano insistito sul fatto che ci fosse un'**importante riduzione di mortalità con ≥3 dosi, 4 volte minore** (tuttavia, essi non hanno corretto per il cosiddetto *immortal-time bias...*!) <sup>18</sup>

[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 \(epiprev.it\)](#)

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](#)

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

SOTTOMESSO A  EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

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

**3<sup>a</sup> dose HR 0,99 (ma stimando in modo corretto la speranza di vita residua, anche così avrebbero una perdita a fine vita di ~1,3 mesi)**

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**

## 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  $(75 \times 100)/182,5 = 41\%$ .

È bastato correggere per l'**immortal-time bias**, e l'incidenza di infezioni si è rovesciata!

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; franco.berrino@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.

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 i 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**.

Per le ragioni spiegate nel nostro lavoro, però, la perdita di aspettativa di vita di chi si è vaccinato ripetutamente potrebbe essere maggiore.



## 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]

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

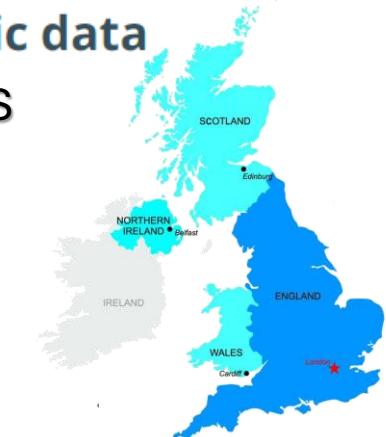
<sup>1</sup>Department of Life Sciences and Systems Biology, University of Turin, Torino, Italy

<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

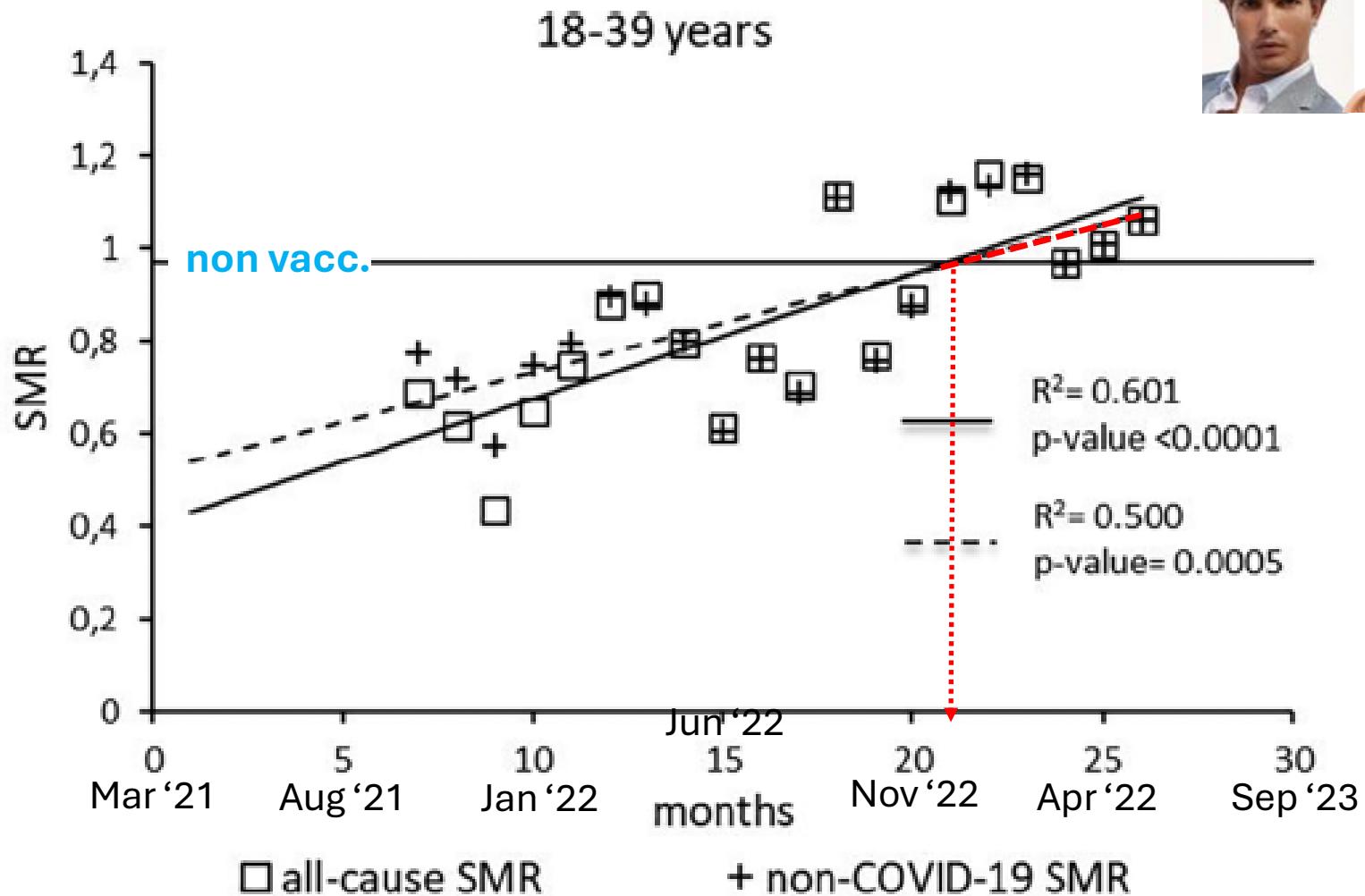
<sup>5</sup>MD, Specialist in Hygiene and Preventive Medicine, Independent Medical-Scientific Commission; President, Fondazione Allineare Sanità e Salute, Milano, Italy



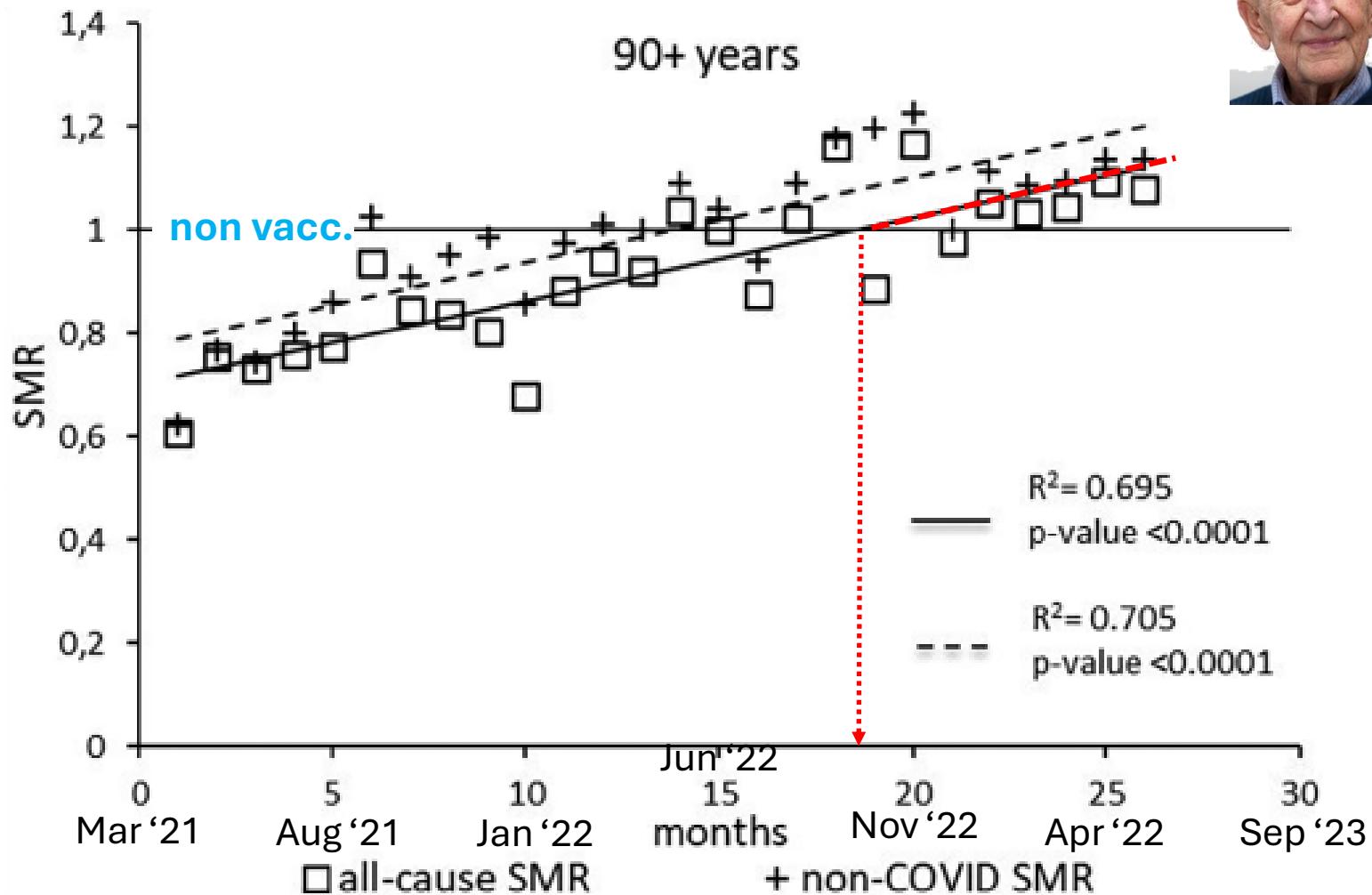
**Results ... in tutte le fasce d'età, i rapporti standardizzati di mortalità (SMR) totale dei vaccinati, all'inizio molto minori di 1 (vs i non vaccinati), sono aumentati tutti progressivamente. Per tale aumento, prima della fine del follow-up (maggio 2023) gli SMR nelle fasce d'età 18-39, 80-89 e 90+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

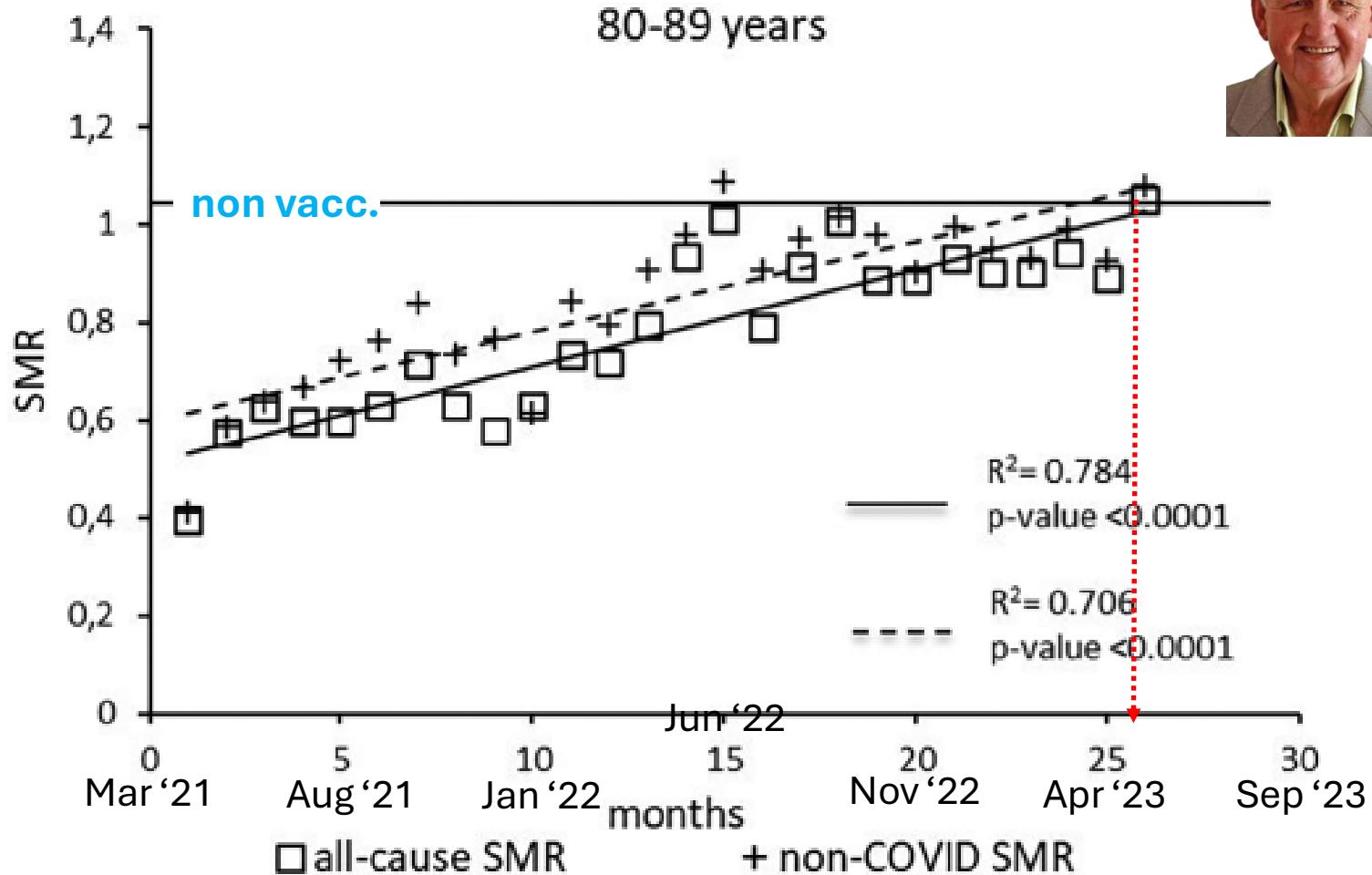
I trend degli SMR di mortalità non-COVID-19 erano molto simili. I loro valori iniziali molto <1 fanno pensare a bias importanti nei dati ONS, che fanno sottostimare i rischi per i vaccinati, poiché è implausibile che i vaccini COVID proteggano anche dai decessi non-COVID.



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



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



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

**Table 1.** Coefficient of determination (R2) 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 <sup>2</sup>	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!

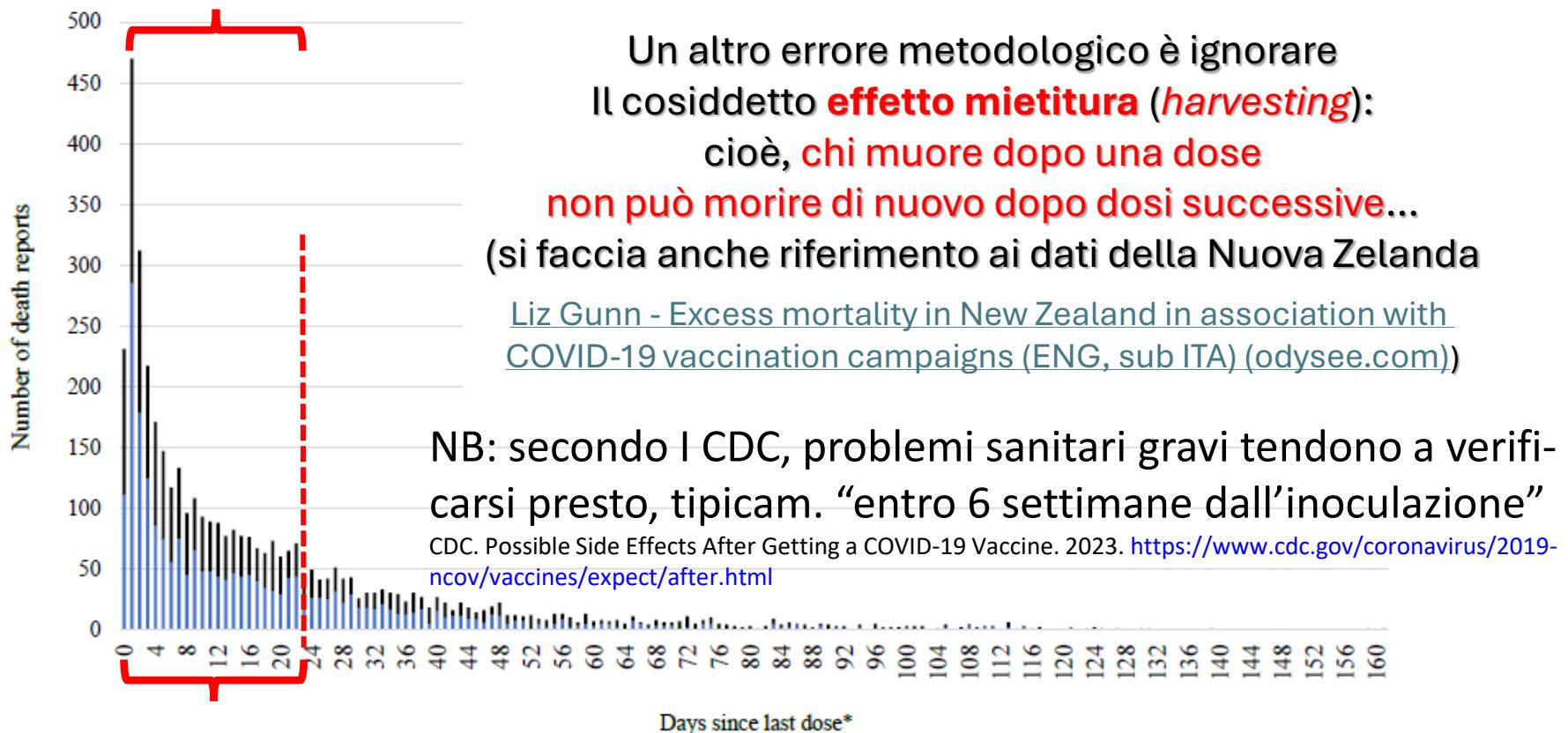
È chiaro ora perché l'ONS non  
pubblica più dati dal maggio 2023?

era già  
avvenuta!

Supplement to: Rosenblum HG, Gee J, Liu R, et al. Safety of mRNA vaccines administered during the initial 6 months of the US COVID-19 vaccination programme: an observational study of reports to the VAERS and v-safe. *Lancet Infect Dis* 2022; published online March 7. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00054-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00054-8).



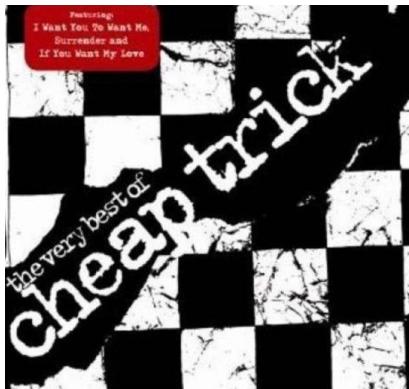
**Figure S1: Number of reports of death per day following vaccination, by manufacturer, to Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)—December 14, 2020–June 14, 2021**



\*x-axis reports through 161 days since last dose.

**(Trucco a buon mercato)**

# The extent and impact of vaccine status miscategorisation on covid-19 vaccine efficacy studies



Martin Neil ([m.neil@qmul.ac.uk](mailto:m.neil@qmul.ac.uk))

School of Electronic Engineering and Computer Science  
Queen Mary, University of London



Norman Fenton ([n.fenton@qmul.ac.uk](mailto:n.fenton@qmul.ac.uk))

School of Electronic Engineering and Computer Science  
Queen Mary, University of London



Scott McLachlan ([scott.mclachlan@kcl.ac.uk](mailto:scott.mclachlan@kcl.ac.uk))

School of Nursing, Midwifery and Palliative Care  
Kings College London

A systematic review of covid vaccine studies claiming high efficacy and/or safety

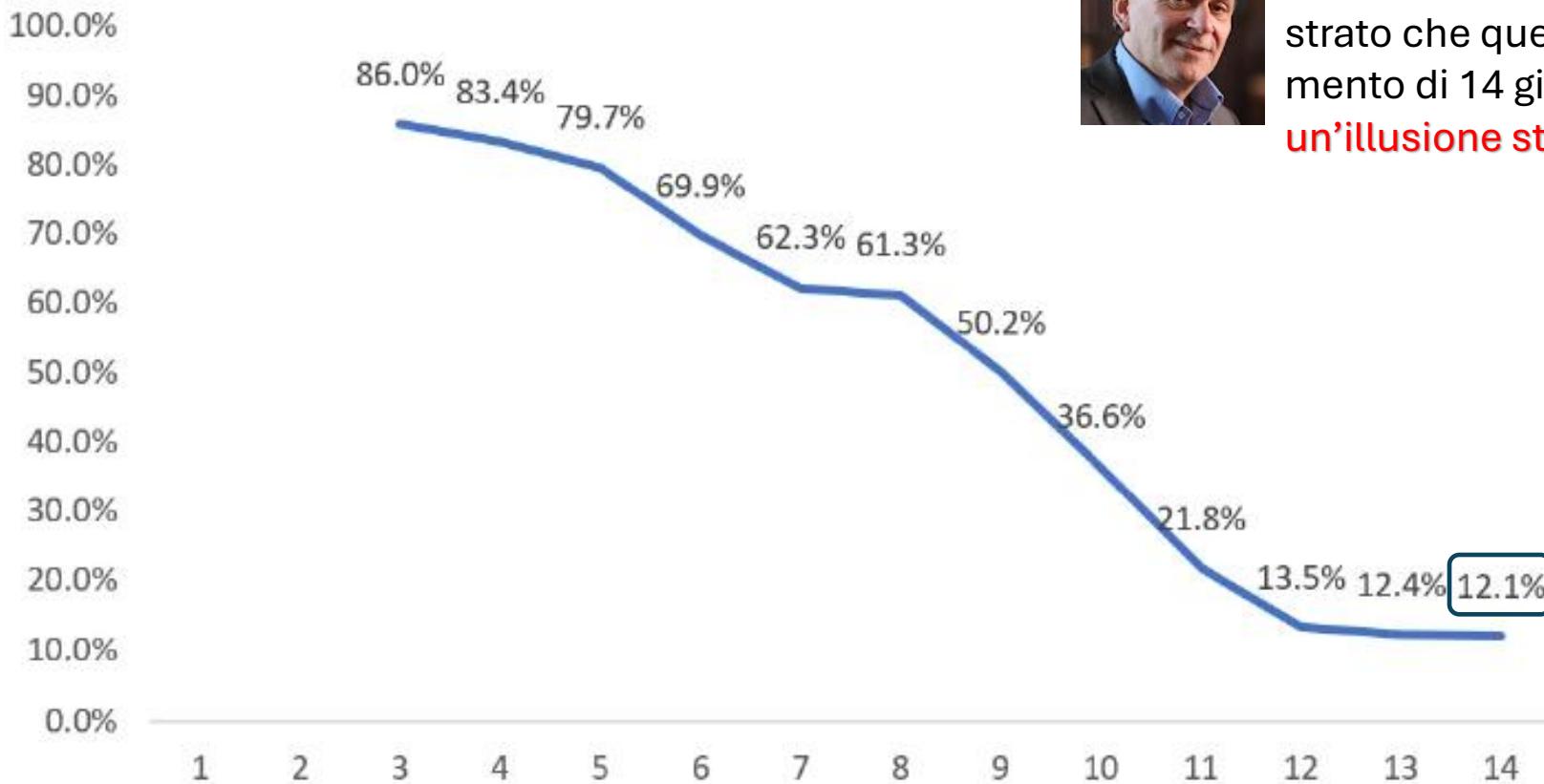
Simulation demonstrates that this miscategorisation bias artificially boosts vaccine efficacy and infection rates even when a vaccine has zero or negative efficacy. Furthermore, simulation demonstrates that repeated boosters, given every few months, are needed to maintain this misleading impression of efficacy. Given this, any claims of Covid-19 vaccine efficacy based on these studies are likely to be a statistical illusion.

VE

## Weekly efficacy reported



Il matematico e informatico Norman Fenton ha dimostrato che questo spostamento di 14 giorni crea **un'illusione statistica**.

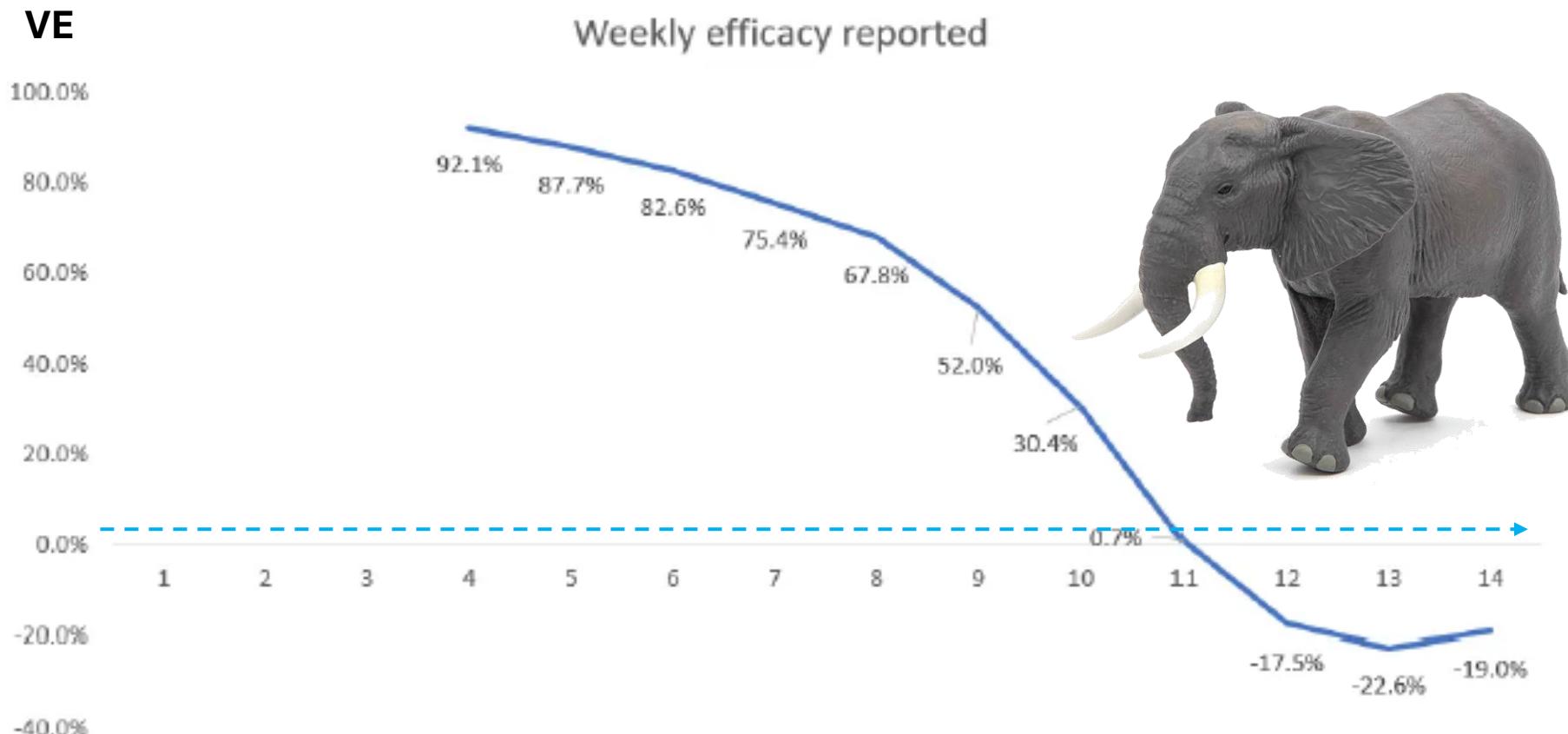


Con lo spostamento dei 14 giorni, **un vaccino completamente inutile (con reale VE 0%) sembra avere una VE molto alta nelle prime settimane**. Pur diminuendo di continuo, la VE sembra ancora sopra il 50% a due mesi. **Alla settimana 14 la VE è ancora positiva, ma solo al 12.1%... da cui discende la necessità 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**:



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’infettione 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’infettione 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.

RESEARCH ARTICLE

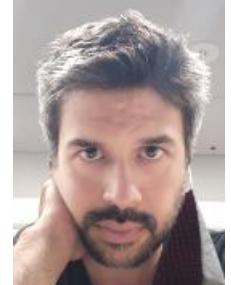
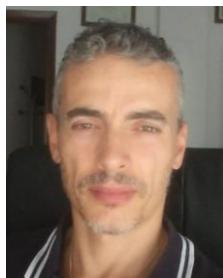
 OPEN ACCESS



## Classification bias and impact of COVID-19 vaccination on all-cause mortality: the case of the Italian region Emilia-Romagna

Marco Alessandria<sup>a,b</sup>, Giovanni Trambusti<sup>c</sup>, Giovanni Maria Malatesta<sup>c</sup>, Panagis Polykretis<sup>c,d</sup>  
and Alberto Donzelli<sup>c,d</sup>

<sup>a</sup>Department of Life Sciences and Systems Biology, University of Turin, Turin, Italy; <sup>b</sup>Department of Theoretical and Applied Sciences, eCampus University, Novedrate, Italy; <sup>c</sup>Scientific Committee of the "Allineare Sanità e Salute" Foundation, Milan, Italy; <sup>d</sup>Independent Medical-Scientific Commission, Milan, Italy



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

Gli studi nel mondo reali sull'efficacia vaccinale spesso presentano diversi *bias*, che distorcono i risultati. Un precedente articolo sulla popolazione di Pescara, che correggeva l’“*immortal time bias*”, ha mostrato più mortalità totale nei vaccinati.

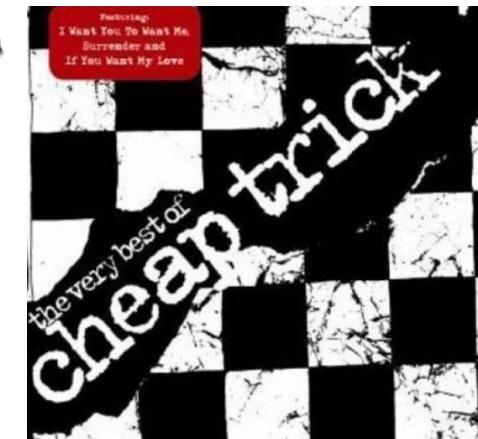
Qui mostriamo il ‘**bias della finestra di conteggio dei casi**’ (Cheap Trick), che considera i vaccinati ‘non vaccinati’ per 14 giorni dopo la dose.

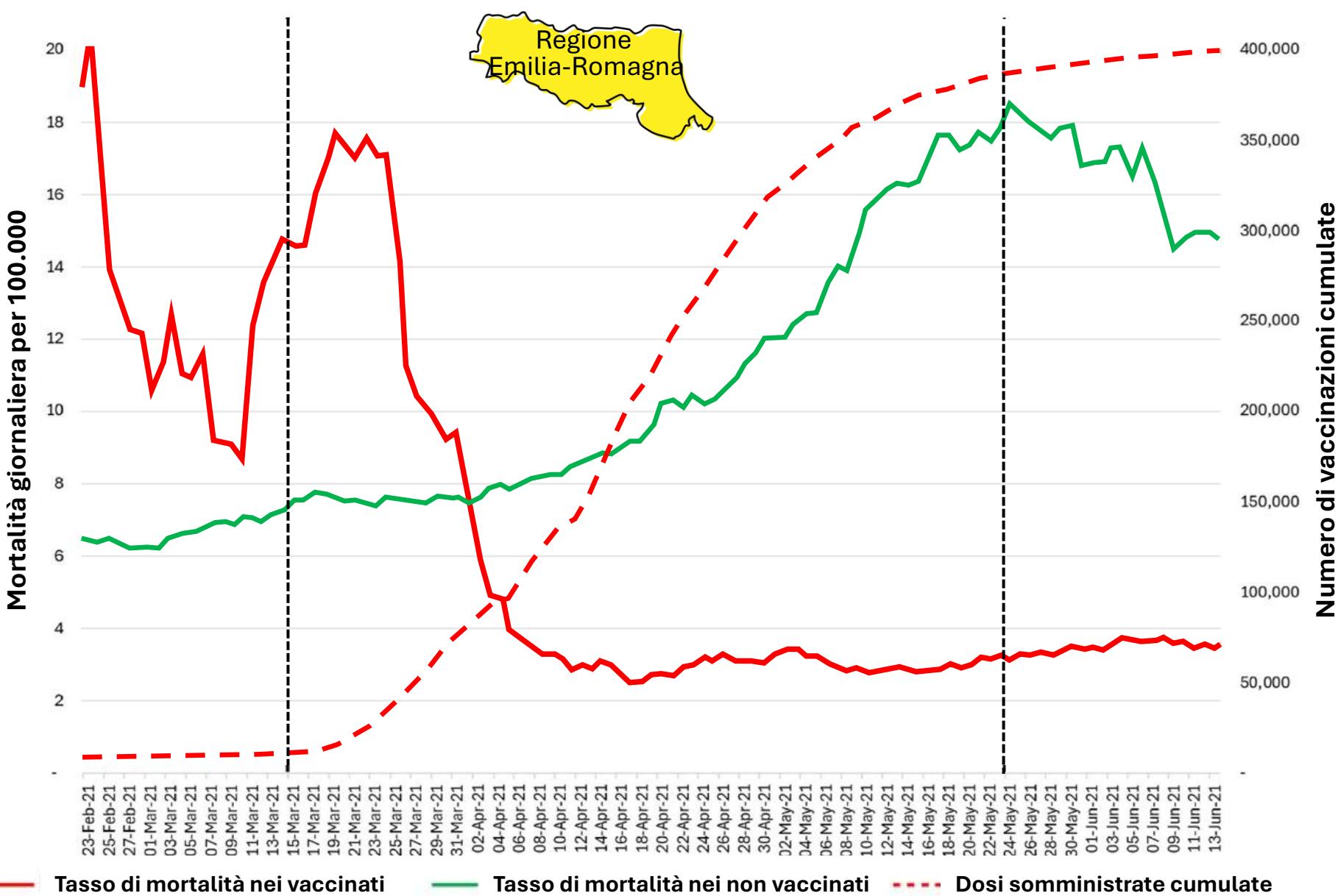
Abbiamo documentato questo bias nella regione Emilia-Romagna, calcolando l’incidenza giornaliera di mortalità per ogni fascia d’età di vaccinati e non-, e verificando le differenze di mortalità totale nei 14 giorni considerati.

In questa finestra i due gruppi han mostrato **enormi differenze nei decessi per tutte le cause**, che non si possono attribuire solo ai decessi COVID-19. Lo spostamento di mortalità di 14 giorni rispetto al previo stato vaccinale **è una specifica indicazione dell’ISS italiano**.

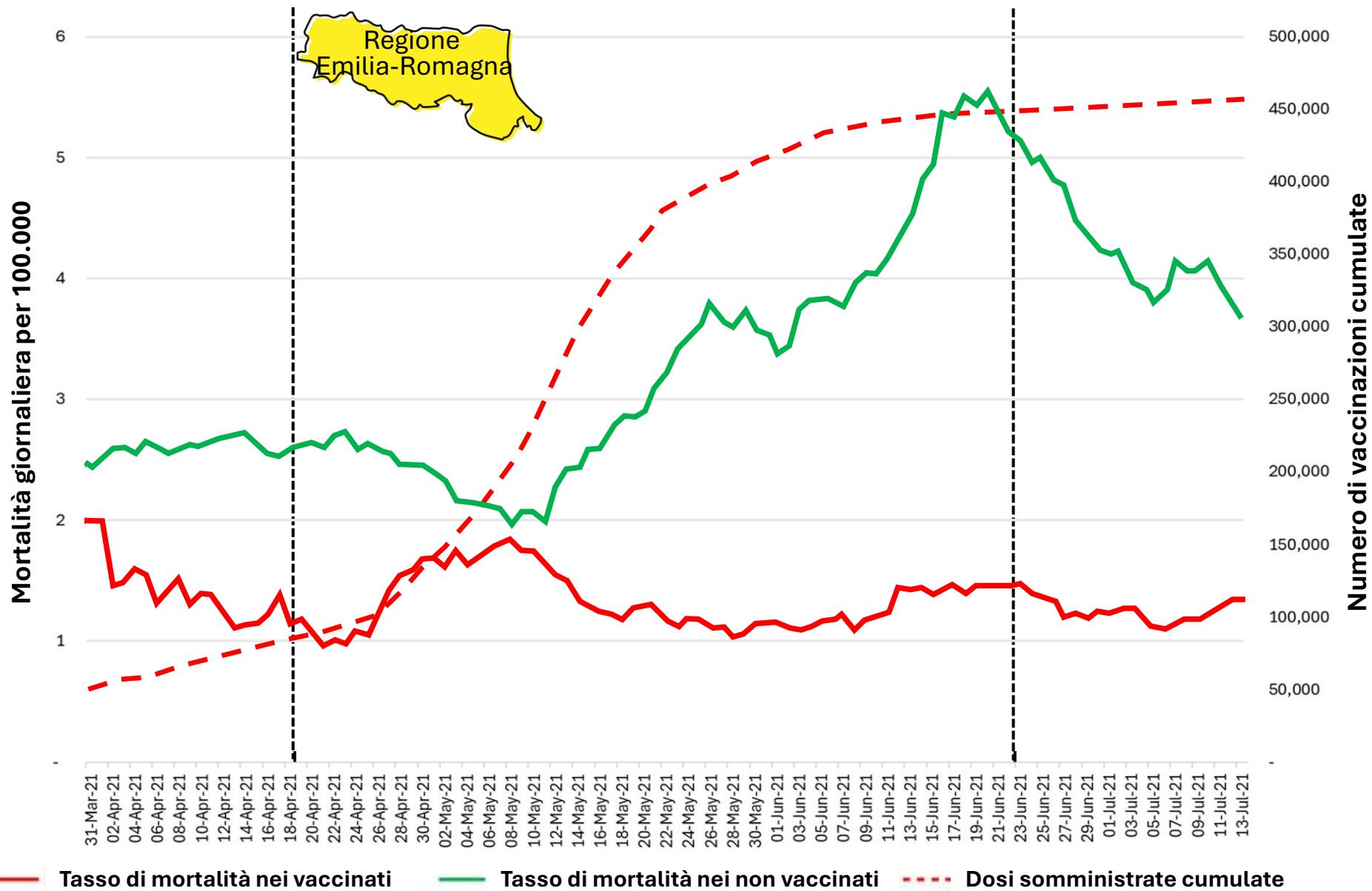
Così, analizzando i dati di una Regione, abbiamo trovato prove del ‘*bias della finestra di conteggio dei casi*’, che **aumenta in modo artificiale la mortalità dei ‘non vaccinati’ e riduce la mortalità vera dei vaccinati**.

Lo stesso *bias* è in gioco anche nei dati inglesi di mortalità per stato vaccinale

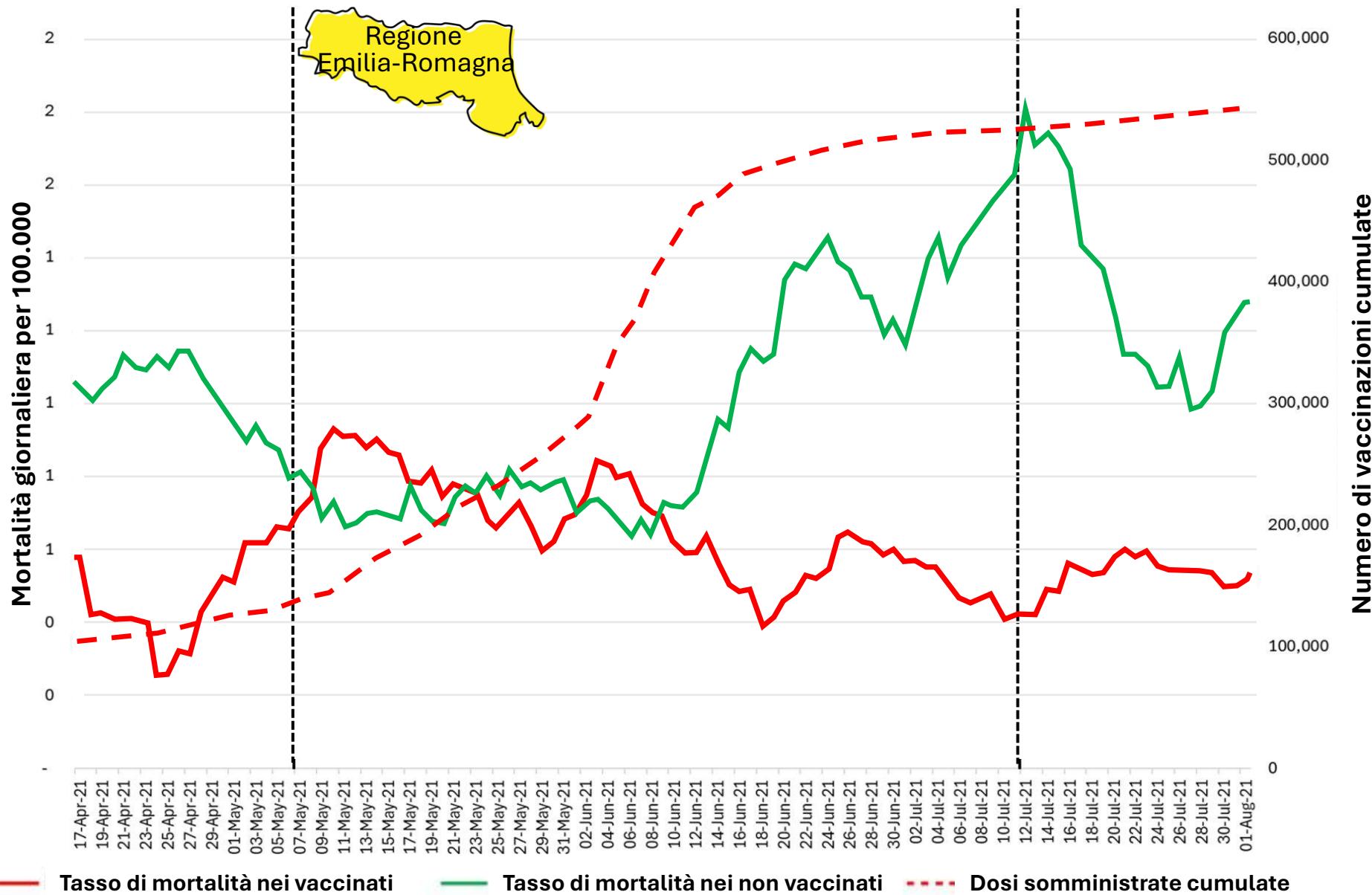




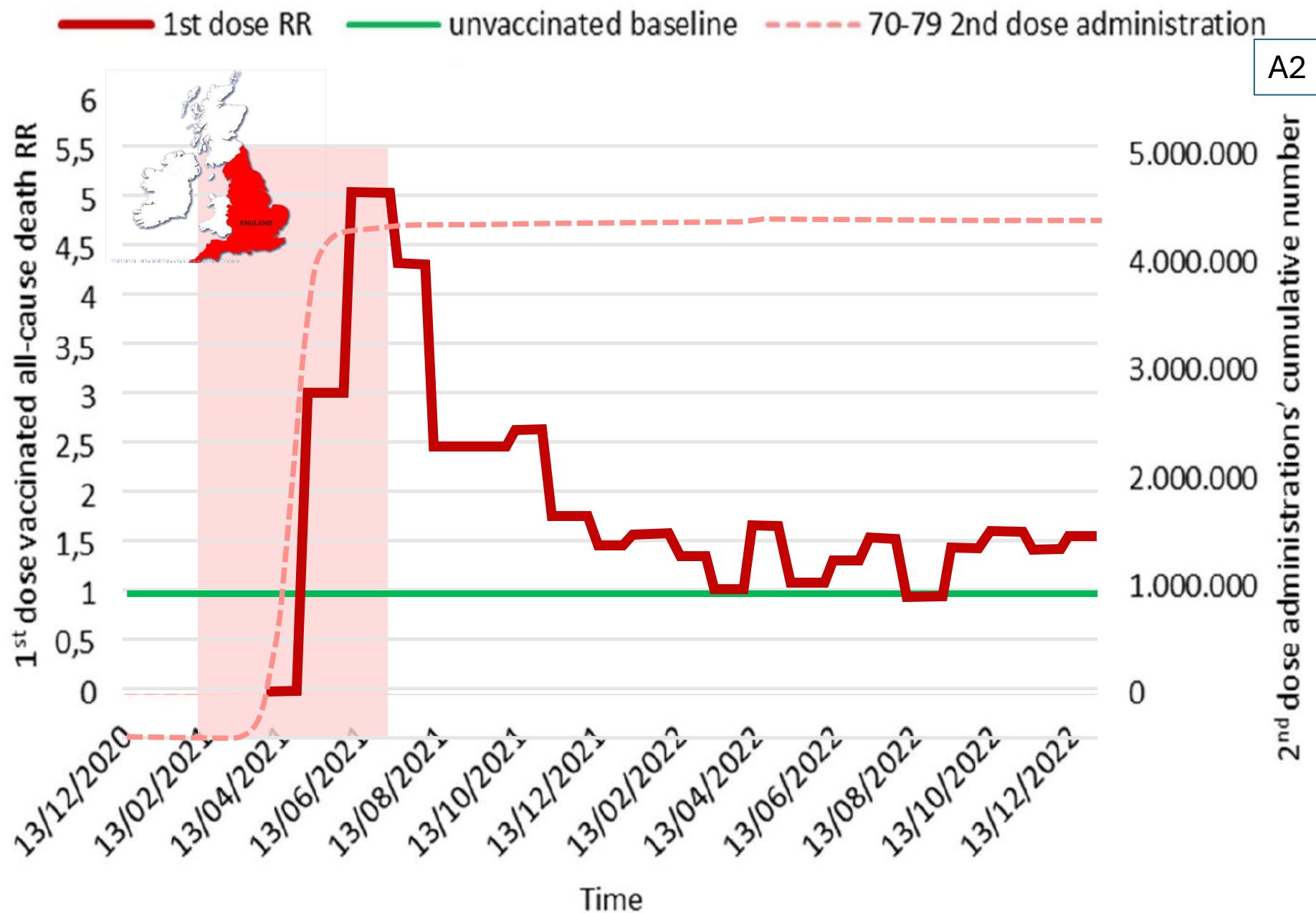
70-79 anni, tassi mortalità totale al dì x 100.000 **vaccinati**, **non vaccinati** e **n. cumulativo vaccinazioni con almeno 1 dose (tratteggio)**. Linee d'incidenza mortalità come media mobile a 15 gg (Full article: Classification bias and impact of COVID-19 vaccination on all-cause mortality: the case of the Italian region Emilia-Romagna



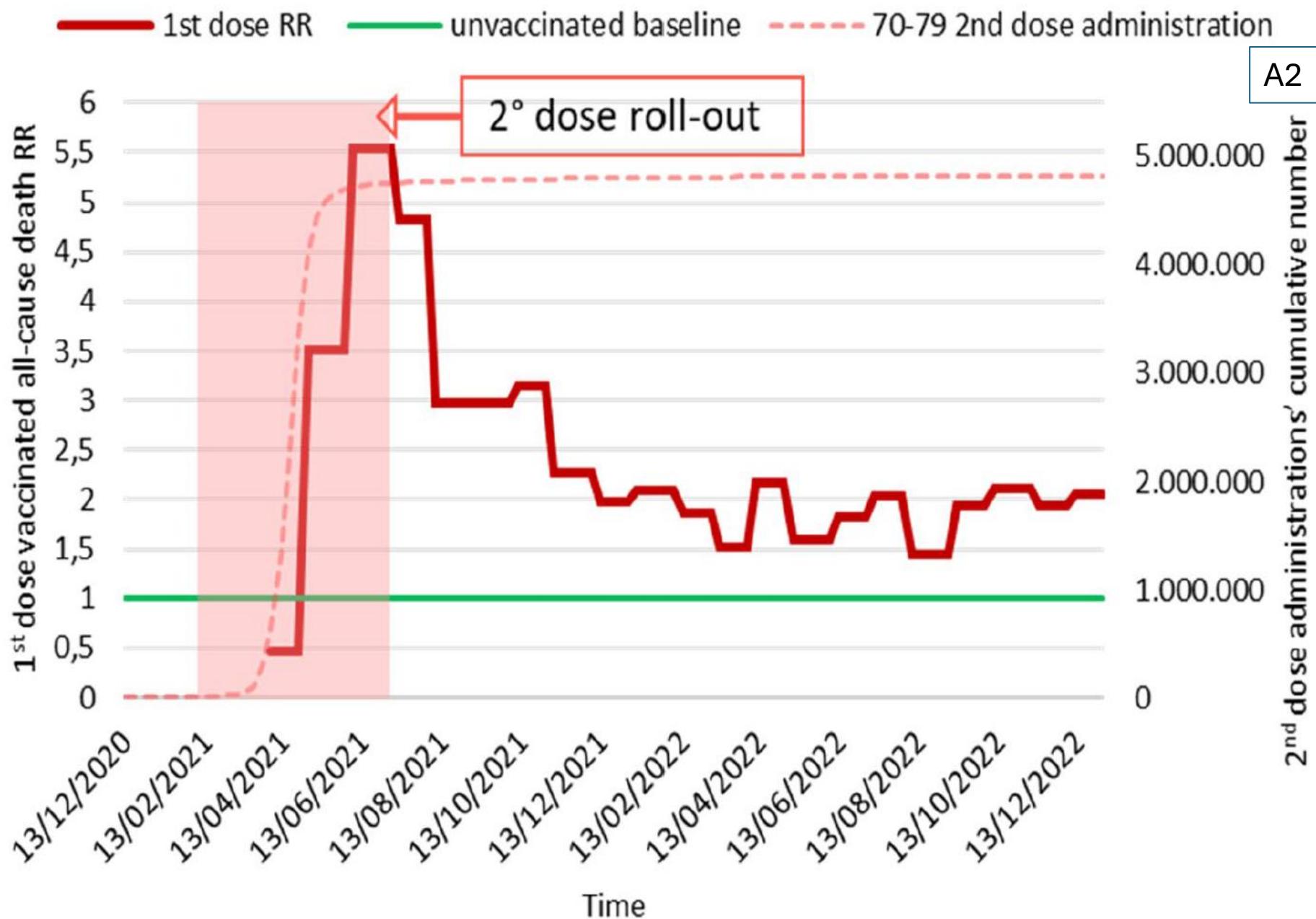
**60-69 anni, tassi mortalità totale al dì x 100.000 **vaccinati**, **non vaccinati** e **n. cumulativo vaccinazioni con almeno 1 dose (tratteggio)**. Linee d'incidenza mortalità come media mobile a 15 gg (Full article: Classification bias and impact of COVID-19 vaccination on all-cause mortality: the case of the Italian region Emilia-Romagna**



50-59 anni, tassi mortalità totale al dì x 100.000 **vaccinati**, **non vaccinati** e **n. cumulativo vaccinazioni con almeno 1 dose (tratteggio)**. Linee d'incidenza mortalità come media mobile a 15 gg (Full article: Classification bias and impact of COVID-19 vaccination on all-cause mortality: the case of the Italian region Emilia-Romagna



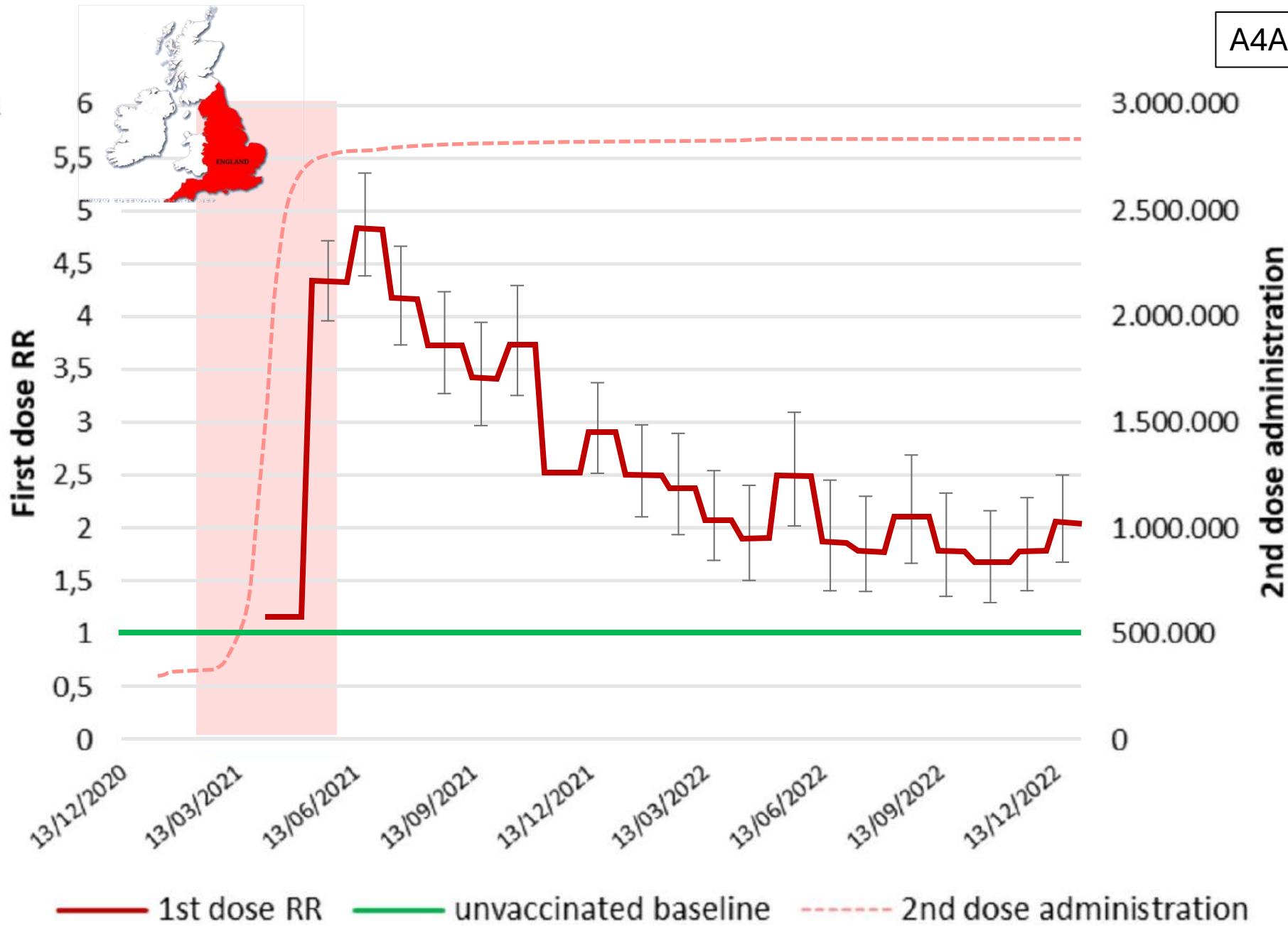
**70-79 anni, RR morti totali dei vaccinati 1<sup>a</sup> dose alla somministrazione della 2<sup>a</sup> dose.**



70-79 anni, RR morti non-COVID dei vaccinati 1<sup>a</sup> dose alla somministrazione della 2<sup>a</sup> dose.

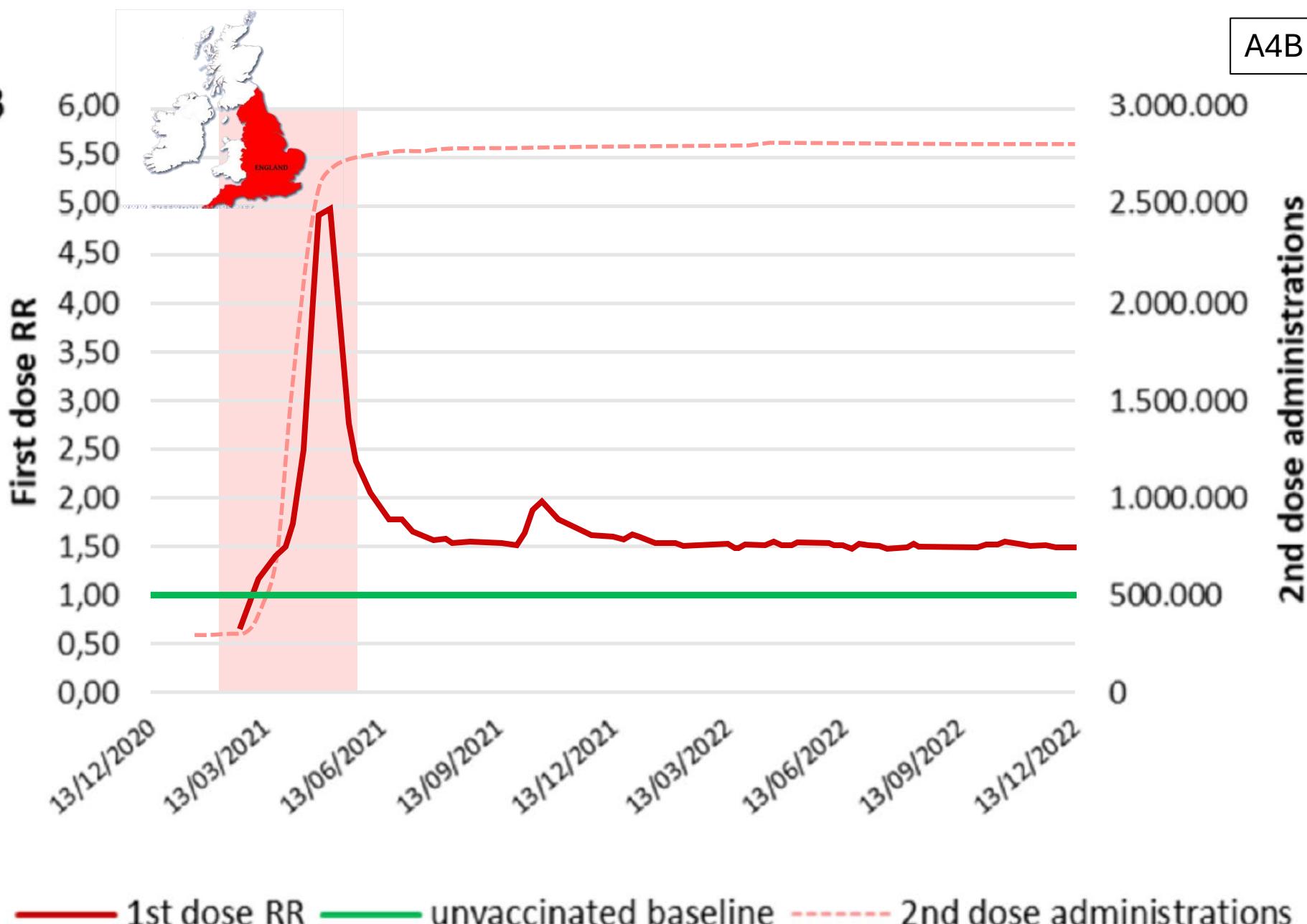
A2

A



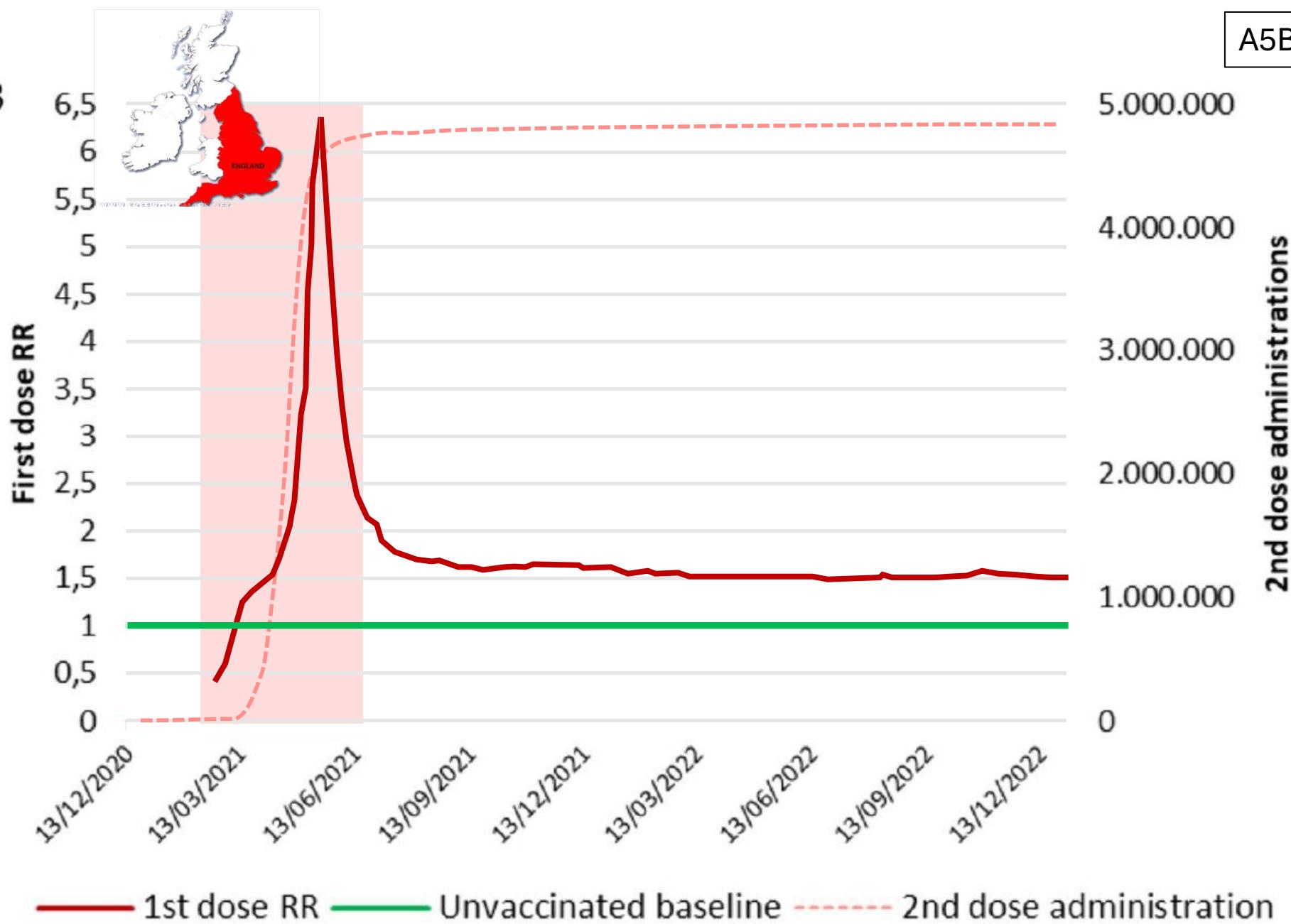
80+ anni, RR morti non-COVID dei vaccinati 1<sup>a</sup> dose alla somministrazione della 2<sup>a</sup> dose.

B



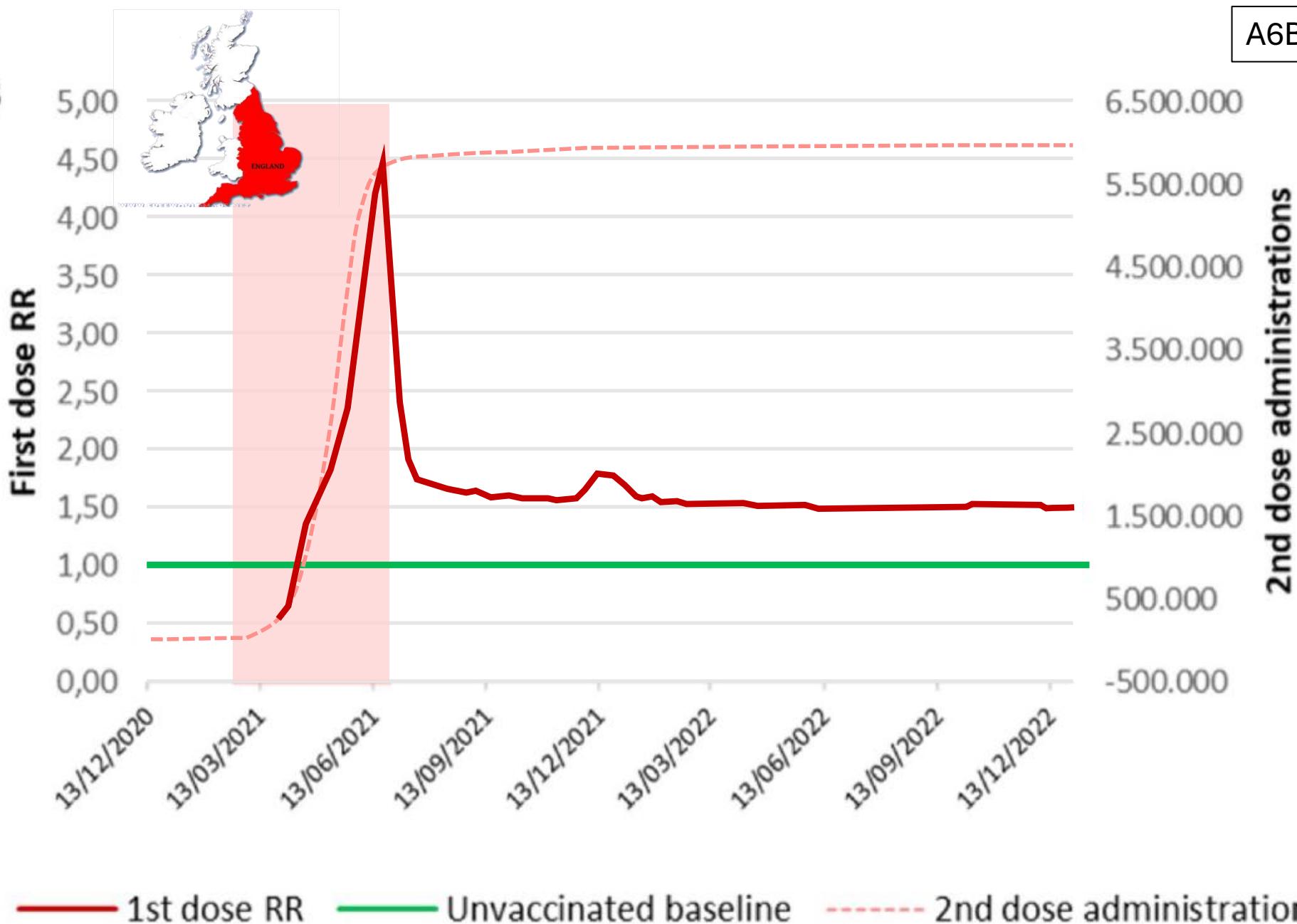
Ricostruzione, su dati reali, dell'effetto di attribuire ai non vaccinati **80+** i morti non-COVID tra i vaccinati nei 14 giorni dopo la 1<sup>a</sup> dose nella campagna vaccinale in Inghilterra.

B



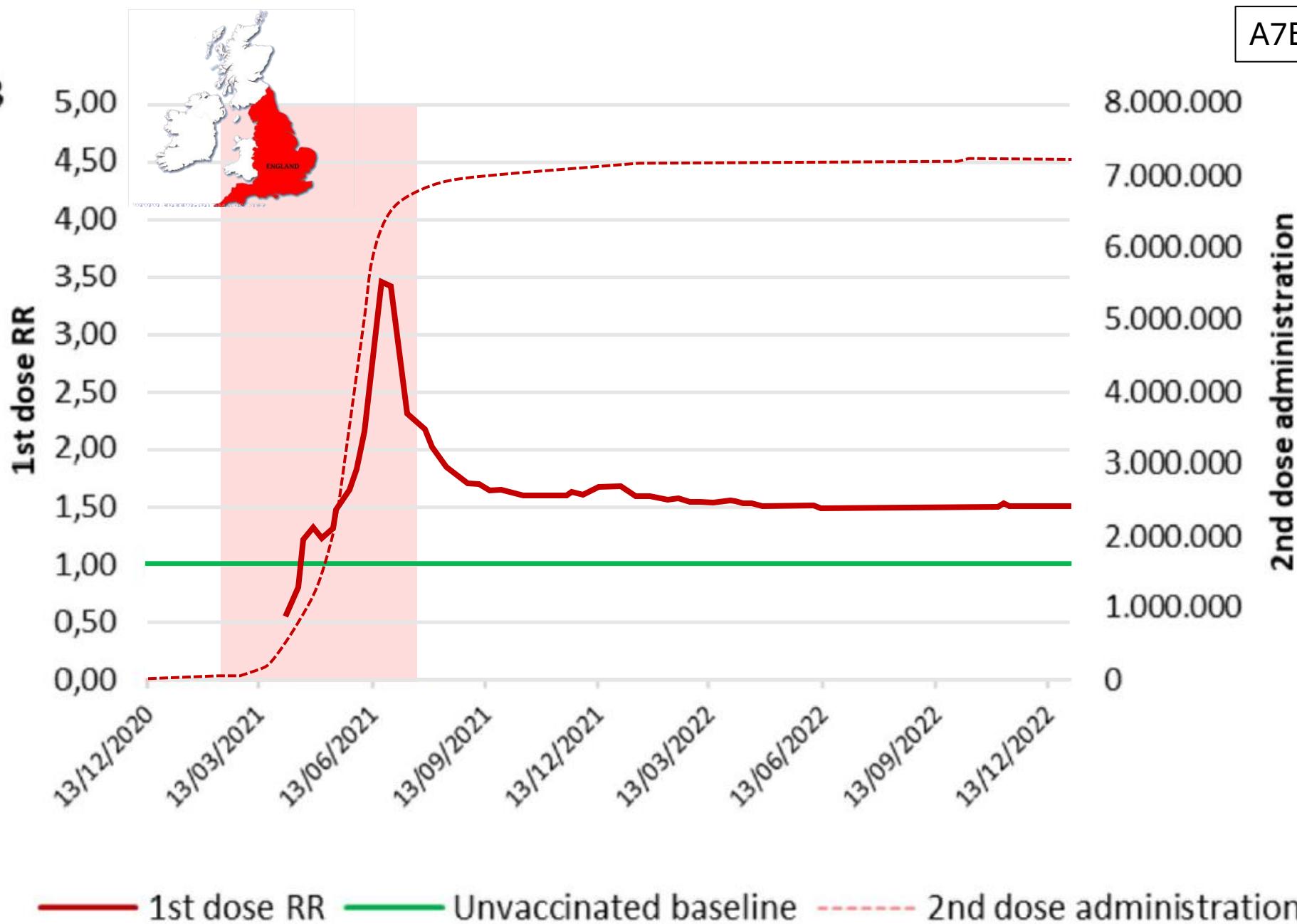
Ricostruzione, su dati reali, dell'effetto di attribuire ai non vaccinati **70-79** i morti non-COVID tra i vaccinati nei 14 giorni dopo la 1<sup>a</sup> dose nella campagna vaccinale in Inghilterra.

B



Ricostruzione, su dati reali, dell'effetto di attribuire ai non vaccinati **60-69** i morti non-COVID tra i vaccinati nei 14 giorni dopo la 1<sup>a</sup> dose nella campagna vaccinale in Inghilterra.

B



Ricostruzione, su dati reali, dell'effetto di attribuire ai non vaccinati **50-59** i morti non-COVID tra i vaccinati nei 14 giorni dopo la 1<sup>a</sup> dose nella campagna vaccinale in Inghilterra.