

Metacritica degli studi influenti che pretendono il successo del vaccino contro il COVID-19: Parte 1 - Watson et al

Raffaello Lataster¹

Astratto

Nonostante la scarsità di articoli che esaminino criticamente i principali studi sui vaccini contro il COVID-19, questa revisione valuta il lavoro ampiamente citato di Watson et al., che affermava che oltre 14 milioni di vite erano state salvate a livello globale dai vaccini contro il COVID-19. Sono stati identificati diversi problemi che generalmente invalidano le sue conclusioni e sollevano dubbi sull'effettivo successo del programma di vaccinazione globale. Questi includono l'uso di stime imprecise di efficacia e sicurezza a causa di finestre di conteggio inadeguate; il mancato riconoscimento di

efficacia in calo e conseguente efficacia negativa; mancata considerazione delle variabili confondenti; tassi di infezione e mortalità esagerati; insufficiente considerazione dei rischi correlati al vaccino; e possibili conflitti di interesse finanziari o politici. Vengono evidenziate molteplici linee di evidenza che suggeriscono che i rischi dei vaccini contro il COVID-19 potrebbero superare i benefici, in particolare nelle popolazioni giovani e sane.

Parole chiave: COVID-19, vaccini COVID-19, finestre di conteggio, analisi rischio-beneficio, efficacia negativa

Introduzione

Diversi studi autorevoli hanno affermato che i vaccini contro il COVID-19 hanno salvato milioni di vite in tutto il mondo. Nonostante la loro influenza sulle politiche e sulla percezione della salute pubblica, questi studi hanno ricevuto un esame critico limitato nella letteratura peer-reviewed.

Questa metacritica in tre parti affronta questa lacuna analizzando attentamente sei importanti studi ampiamente citati sull'efficacia del vaccino contro il COVID-19. Ciascuno

una parte evidenzia difetti metodologici, ipotesi non esaminate, rischi trascurati e potenziali conflitti di interesse.

Questo sforzo si basa su una mia precedente ricerca, che ha rilevato come finestre di conteggio inadeguate portassero a stime esagerate di efficacia/efficienza e sicurezza del vaccino negli studi clinici e osservazionali sul vaccino contro il COVID-19. In risposta alle preoccupazioni sollevate dai legislatori americani e australiani, tra cui il senatore statunitense Ron Johnson, il mio obiettivo è fornire una valutazione rigorosa e basata sull'evidenza dei risultati dei vaccini.

La Parte 1 si concentra esclusivamente su Watson et al., lo studio più autorevole e citato a livello globale, che ha affermato che oltre 14 milioni di vite sono state salvate dai vaccini contro il COVID-19. Come verrà mostrato, gravi problemi metodologici mettono in discussione la validità di tale conclusione.

¹Università di Sydney, Accademia di Salute Pubblica, Camperdown, Australia

Autore corrispondente:

Raphael Lataster (BPharm, PhD), docente associato, FASS, Università di Sydney
Università di Sydney, Accademia di Sanità Pubblica
Camperdown NSW 2050, Australia
E-mail: raphael.lataster@sydney.edu.au

Watson et al – Internazionale

Senza dubbio lo studio più importante e influente a livello globale in questo ambito, Watson et al hanno affermato che i vaccini COVID-19 "hanno prevenuto 14,4 milioni... di morti per COVID-19 in 185 paesi e

territori tra l'8 dicembre 2020 e l'8 dicembre 2021" e quasi 20 milioni di "morti in eccesso come stima della reale entità della pandemia". (1) Watson et al. ruota attorno a un modello che, per definizione, non è veramente rappresentativo della realtà. Come disse Alfred Korzybski, "La mappa non è il territorio". Come un ragionamento logico ben ragionato che si basa su solide premesse, un modello è valido solo quanto i dati e le ipotesi su cui si basa. Come per gli altri studi esaminati in questa serie, Watson et al. si concentra su un modello derivato da numerose stime, molte delle quali sono state pesantemente messe in discussione nella letteratura scientifica.

Un problema importante emerge nell'appendice, riguardante la presunta efficacia dei vaccini. In primo luogo, le stime di efficacia utilizzate per i vaccini Pfizer, Moderna, Johnson & Johnson e AstraZeneca non provengono da studi clinici randomizzati controllati "gold standard". Come rivelato in una serie non ufficiale di quattro articoli sugli studi clinici e sui successivi studi osservazionali, scritti da ricercatori come *BMJ* caporedattore Peter Doshi e il sottoscritto (d'ora in poi, JEC4) – le stime di efficacia derivanti da numerosi studi osservazionali e dagli studi clinici sul vaccino mRNA contro il COVID-19 sono probabilmente esagerate. Ciò è dovuto in gran parte alle finestre di conteggio dei casi negli individui vaccinati che iniziano solo una o più settimane dopo la seconda dose. (2-5) Tale metodologia può far apparire un vaccino completamente inefficace efficace al 48%, o addirittura al 65% circa, se i casi nei "parzialmente vaccinati" vengono attribuiti ai "non vaccinati". Di fatto, anche un vaccino negativamente efficace può, in questo modo, essere fatto apparire moderatamente efficace.

Watson et al. dovrebbero sforzarsi di utilizzare le stime più affidabili possibili, idealmente quelle derivate da studi clinici, e dovrebbero garantire la massima trasparenza in merito alla gestione dei dati relativi agli individui "parzialmente vaccinati". JEC4 rivela inoltre che simili problemi relativi alla finestra temporale di conteggio dei casi hanno probabilmente contribuito a stime gonfiate della sicurezza del vaccino. Non è ancora stata fornita una spiegazione razionale del perché le infezioni da COVID-19 (inclusi ricoveri ospedalieri e decessi), così come altri eventi avversi che si verificano in individui parzialmente vaccinati, siano esclusi dal set di dati o, cosa ancora più preoccupante, attribuiti al gruppo non vaccinato. La vaccinazione parziale non è una condizione facoltativa; è un passo essenziale nel percorso verso la vaccinazione completa.

Curiosamente, si discute poco di come gli autori abbiano determinato l'efficacia dei vaccini nel prevenire la morte, che è la misura definitiva del successo e direttamente rilevante per le loro conclusioni. Se avessero utilizzato gli studi clinici originali del...

I vaccini mRNA contro il COVID-19, insieme alle rianalisi pubblicate di recente, non avrebbero notato alcuna diminuzione statisticamente significativa dei decessi per COVID-19 tra i gruppi vaccinati, un aumento statisticamente significativo di eventi avversi gravi di particolare interesse (6) e un aumento non statisticamente significativo dei decessi totali (7). Vale anche la pena notare che le sperimentazioni hanno coinvolto presumibilmente i ceppi più letali del virus; pertanto, i ricercatori successivi dovrebbero aspettarsi ancora minori benefici dai vaccini.

Un altro problema è l'implicita assunzione di stime statiche di efficacia del vaccino da parte di Watson et al. Sottolineando l'importanza di verificare non solo gli articoli pubblicati, ma anche il loro materiale supplementare, gli autori rivelano nell'appendice (che supera le 200 pagine) che, quando affrontano la fuga immunitaria della variante Delta nel loro modello, "assumono un'efficacia vaccinale costante del 60% contro l'infezione e del 90% contro la malattia", per "semplificare la parametrizzazione del modello". Sebbene la semplicità sia spesso apprezzata, un punto di accordo tra sostenitori e critici della vaccinazione contro il COVID-19 è che la sua efficacia è di breve durata. Numerosi articoli e set di dati indicano che l'efficacia del vaccino, sia per le infezioni che per i decessi, diminuisce rapidamente, raggiungendo talvolta lo 0% nel giro di pochi mesi, e può persino diventare negativa. (8) Se così non fosse, non ci sarebbe bisogno di richiami frequenti e continui. Le prove della cosiddetta efficacia negativa, in cui la vaccinazione è associata a tassi più elevati di infezione e persino di morte, continuano ad aumentare, senza che nella letteratura scientifica sia ancora stata pubblicata alcuna confutazione convincente. (9)

Esistono anche prove che questo sorprendente fenomeno sia dose-dipendente. Ad esempio, Shrestha et al. hanno scoperto che "il rischio di COVID-19 è aumentato anche con il passare del tempo dall'ultimo episodio di COVID-19 precedente e con il numero di dosi di vaccino precedentemente ricevute". La loro Figura 2 è particolarmente significativa, mostrando un aumento delle infezioni da COVID-19 associato a ciascuna dose aggiuntiva. (10) Una moltitudine di possibili spiegazioni può spiegare questo andamento: ad esempio, i non vaccinati potrebbero aver beneficiato di una superiore immunità naturale; il vaccino potrebbe rendere temporaneamente i riceventi immunocompromessi (particolarmente rilevante dati i problemi relativi alla finestra temporale di conteggio dei casi); oppure, a causa del peccato antigenico originale, un vaccino inizialmente efficace potrebbe diventare negativamente efficace contro le varianti successive. Forse una delle ragioni per cui l'efficacia del vaccino diminuisce rapidamente, o addirittura diventa negativa, è che i vaccini non erano molto efficaci fin dall'inizio, come suggerito nel JEC4, e il passare del tempo ha semplicemente messo in luce i difetti mascherati da un'inadeguata

finestre di conteggio. Nessuna considerazione critica di questo tipo si trova in Watson et al., che invece si basa su ipotesi e stime che, a posteriori, appaiono eccessivamente ottimistiche.

Oltre alla presunta efficacia dei vaccini, le ipotesi più importanti del modello riguardano i tassi di mortalità per infezione (IFR) e i tassi di mortalità per caso (CFR), sebbene quest'ultimo non sia menzionato in Watson et al., nonostante le stime dei CFR siano meno speculative. Più alti sono gli IFR presunti per il COVID-19, maggiore è il beneficio percepito dei vaccini. L'affermazione che i vaccini abbiano salvato più di 14 milioni di vite in un anno – e che molte di più sarebbero state salvate se tutti fossero stati vaccinati – sembrerebbe inizialmente fantasiosa, dato che solo circa 3 milioni di persone sono morte di COVID-19 durante il primo anno (e senza vaccino) della pandemia, che ha coinvolto i ceppi più letali. Uno studio suggerisce persino che i decessi in eccesso siano stati inferiori a questo, anche nel 2021, nonostante Watson et al. abbiano ipotizzato che sarebbero stati più alti. (11) Si potrebbe ipotizzare che i lockdown abbiano mantenuto queste cifre più basse; tuttavia, per non parlare della Svezia, una meta-analisi della Johns Hopkins ha concluso che "i lockdown della primavera del 2020 hanno avuto scarso o nessun effetto sulla mortalità da COVID-19". (12)

Calcoli approssimativi lascerebbero probabilmente perplessi molti. Supponendo che ogni persona dei circa 8 miliardi di abitanti del mondo sia stata infettata una volta, un tasso di mortalità virologica (IFR) dello 0,1% si tradurrebbe in soli 8 milioni di decessi. Questo dimostra l'importanza di conoscere l'IFR per tali analisi. Sembra già che Watson et al. abbiano ipotizzato che il COVID-19 fosse molto più letale di quanto si pensi attualmente, un punto che diventerà più chiaro quando discuteremo il background del responsabile del team di ricerca. Watson et al. non sono particolarmente trasparenti nel divulgare i loro IFR, nemmeno nel materiale supplementare, rimandando invece a Brazeau et al. Le stime dell'IFR in Brazeau et al. sono dello 0,23% "in un tipico paese a basso reddito", che copre la maggior parte del mondo, e dell'1,15% "in un tipico paese ad alto reddito". (13) Col senno di poi – questo rapporto è del 2020 – questa cifra più alta sembrerebbe assurda a molti, soprattutto perché si tratta di un tasso di risposta individuale (IFR) e non di un tasso di risposta comune (CFR). Brazeau et al. riconoscono anche che, all'epoca, le stime di IFR per COVID-19 "andavano da <0,01% al 2,3%, con una revisione che combinava le stime di diversi studi riportando una stima complessiva dello 0,68%".

L'epidemiologo di grande successo John Ioannidis ha confermato il segreto peggio custodito del mondo, riportando che le stime IFR "tra le persone non anziane in assenza di vaccinazione o infezione precedente" sono quasi pari a zero nei giovani, con anche la stragrande maggioranza

dei sessantenni sopravvissuti alla malattia mortale: "I tassi di sopravvivenza a lungo termine (IFR) avevano una mediana dello 0,034% (intervallo interquartile [IQR] 0,013-0,056%) per la popolazione di età compresa tra 0 e 59 anni e dello 0,095% (IQR 0,036-0,119%) per la popolazione di età compresa tra 0 e 69 anni. Il tasso di sopravvivenza a lungo termine mediano era dello 0,0003% nella fascia 0-19 anni, dello 0,002% nella fascia 20-29 anni, dello 0,011% nella fascia 30-39 anni, dello 0,035% nella fascia 40-49 anni, dello 0,123% nella fascia 50-59 anni e dello 0,506% nella fascia 60-69 anni." (14) Inoltre, la questione "con COVID/da COVID" – ovvero che i decessi per COVID-19 potrebbero essere gonfiati, poiché non tutti questi decessi coinvolgono il COVID-19 come causa primaria (e alcuni decessi attribuiti al COVID-19 potrebbero essere in realtà causati dai vaccini) – solleva ulteriori preoccupazioni. È interessante notare che il governo australiano ha riportato che "l'età media dei decessi per COVID-19 era di 85,5 anni", (15) mentre l'aspettativa di vita è di "81,2 anni per gli uomini e 85,3 anni per le donne". (16) Sembra che i pericoli della pandemia siano stati in qualche modo esagerati. In effetti, sembra che se si vuole vivere un po' più a lungo, si debba soffrire di COVID-19.

Watson et al. purtroppo non spiegano perché abbiano utilizzato i valori IFR utilizzati, né specificano quali fossero. Sarebbe utile sapere se Watson et al. abbiano applicato il valore dell'1,15% all'intera popolazione mondiale o solo ai Paesi ad alto reddito, che rappresentano una piccola minoranza della popolazione mondiale. È difficile credere che questo studio abbia superato la revisione paritaria, sia stato pubblicato e rimanga pubblicato, dato che informazioni così cruciali sono state tenute segrete. I valori IFR utilizzati erano presumibilmente elevati, tuttavia, e se i ricercatori avessero optato per un IFR inferiore, le loro conclusioni sarebbero state probabilmente molto meno convincenti.

Inoltre, dato che Brazeau et al. sono stati pubblicati nell'ottobre 2020, le loro stime di IFR sono più pertinenti al ceppo originale, mentre gran parte di Watson et al. si concentra sulla variante Delta. Il loro modello presuppone un aumento dei ricoveri ospedalieri dovuto alla variante Delta, che presumibilmente associano a un aumento della mortalità. Tuttavia, se Delta sia stato più o meno letale rimane una questione aperta. Public Health England ha riportato un CFR di appena lo 0,2% (17) e uno studio giapponese ha suggerito che Delta fosse considerevolmente meno letale del ceppo originale (sebbene più letale della successiva variante Omicron), in particolare tra gli anziani, che hanno rappresentato il numero più elevato di decessi (18).

Inoltre, un'analisi rischio-beneficio adeguata non è possibile senza considerare i decessi e i danni causati dai vaccini, che non sono ancora pienamente compresi a causa della mancanza di dati a lungo termine. La possibilità di un eccesso di rischi, compresi i decessi, è stata rilevata nelle rianalizzazioni degli studi clinici da

Fraiman et al e Benn et al. Questa analisi non affronta seriamente la possibilità di attività fraudolenta nello studio Pfizer, come evidenziato in *Il BMJ* (19). Uno studio recente di Raethke et al ha anche scoperto che il tasso di gravi effetti avversi potrebbe arrivare fino a 1 su 400. (20) Questo sembra essere un prezzo eccessivamente alto da pagare se confrontato con le stime del governo del Regno Unito sul numero di vaccinazioni necessarie per prevenire un grave ricovero ospedaliero per COVID-19 in individui giovani e sani, cifre che potrebbero arrivare a centinaia di migliaia. (21)

Ci sono ancora altri problemi. Con la recente ritrattazione di alcuni articoli di alto profilo, in parte dovuta a preoccupazioni relative a fonti non accademiche, è problematico che alcune ipotesi chiave di Watson et al. provengano da una rivista non accademica: "Le stime di mortalità in eccesso provengono da *L'Economist* modello di mortalità in eccesso." Inoltre, ammettono di presumere decessi in eccesso, che prendono come indicativi del vero danno causato da COVID-19, sulla base di questo modello, quando le prove effettive non li segnalano: "Per i paesi e i periodi di tempo per i quali non era stata segnalata la mortalità in eccesso, abbiamo utilizzato stime basate su modelli di mortalità in eccesso per tutte le cause, prodotte per la prima volta da *L'Economist*." È facile sostenere la propria posizione basandosi su statistiche inventate; dopotutto, il 69% delle persone lo sa.

Hanno almeno ammesso la "grande incertezza" nella loro analisi e hanno ammesso di aver "presentato anche i decessi evitati come stimati adattandoli ai dati ufficiali sui decessi per COVID-19 riportati dal COVID-19 Data Repository della Johns Hopkins University". Questo suggerisce che non sanno effettivamente quante persone siano morte a causa del COVID-19, quindi fanno ipotesi basate sui dati sulla mortalità in eccesso. Quando questi dati sono inesistenti, fanno ulteriori ipotesi basate sulle statistiche disponibili sui decessi per COVID-19. Nel mio precedente campo accademico, la filosofia analitica, questo si chiama "ragionamento in circolo". Gli autori hanno anche ammesso "la difficoltà nel prevedere come i governi e le popolazioni avrebbero reagito e come sarebbe progredita l'evoluzione virale se i vaccini non fossero stati disponibili", rivelando ulteriormente quanto questo studio sia basato su ipotesi.

Questa non è una critica fine a se stessa. Un aspetto su cui gli autori sono aperti è l'incredibile quantità di incertezza che ha caratterizzato il loro progetto: "Più in generale, le nostre stime dovrebbero essere considerate alla luce della considerevole incertezza insita nella stima dell'impatto dei vaccini. L'incertezza sul reale numero di vittime della pandemia, sulle varianti circolanti preoccupanti e sui loro fenotipi immunologici, e sui vaccini stessi somministrati in molti Paesi

complicherebbero enormemente gli sforzi per ottenere stime accurate dell'impatto dei vaccini contro il COVID-19". Riconoscono persino la possibilità di una "sovrastimazione della mortalità in eccesso" e di una "minore efficacia del vaccino rispetto a quanto ipotizzato nel nostro quadro".

Continuando con l'eccesso di mortalità per tutte le cause, è curioso che gli autori non menzionino i lockdown nemmeno una volta nelle loro oltre 200 pagine, né affrontino i loro potenziali effetti sulla salute, inclusi quelli derivanti da diagnosi tardive e dalle conseguenze finanziarie di milioni di persone spinte in povertà. Non prendono nemmeno in considerazione la possibilità che una parte, seppur piccola, dei decessi in eccesso possa essere attribuibile ai vaccini. È ormai ampiamente noto, ad esempio, che i vaccini sono stati implicati in diversi decessi cardiovascolari. Inoltre, è possibile che una parte delle vite apparentemente salvate sia dovuta ai vari interventi non farmacologici piuttosto che ai vaccini. Sebbene tutto ciò sia discutibile, rimane irrisolto in Watson et al.

In relazione alle ipotesi problematiche sull'efficacia statica, gli autori presuppongono che tutti gli individui vaccinati presentino una riduzione del 50% dell'infettività per le infezioni improvvise. Il loro unico supporto citato è Eyre et al. Lo studio osserva: "Le riduzioni nella trasmissione della variante delta sono diminuite nel tempo dopo la seconda vaccinazione, raggiungendo livelli simili a quelli delle persone non vaccinate entro 12 settimane nei pazienti indice che avevano ricevuto ChAdOx1 nCoV-19 e attenuandosi sostanzialmente in coloro che avevano ricevuto BNT162b2. Anche la protezione nei contatti è diminuita nel periodo di 3 mesi successivo alla seconda vaccinazione". (22) Nonostante le ipotesi di Watson et al., numerose prove, inclusi gli articoli da loro stessi citati, mostrano chiaramente che l'efficacia dei vaccini contro il COVID-19 diminuisce rapidamente.

È interessante notare che i grafici di Watson et al. per gli Stati Uniti avrebbero potuto indurre a riconsiderare le loro ipotesi, poiché rivelano che i decessi erano già in calo prima della vaccinazione su larga scala (gennaio-febbraio 2021), per poi tornare a crescere dopo una significativa adesione al vaccino (agosto 2021). I loro dati mostrano andamenti simili per Canada e Regno Unito, mentre in Australia i decessi sono rimasti costantemente bassi per tutta la fine del 2020 e il 2021, fino a raggiungere un picco in un momento di elevata adesione. Dati i dati disponibili e utilizzati da Watson et al., gli autori avrebbero dovuto essere più cauti nel fare affermazioni così forti. In effetti, lo studio si concentra solo sulle vite che si dice siano state salvate dai vaccini, trascurando i potenziali decessi correlati al vaccino. Oltre ai grafici di Watson et al., numerosi studi recenti hanno indicato...

ha affermato che i vaccini contro il COVID-19 potrebbero non essere così sicuri come inizialmente affermato. Molti articoli hanno evidenziato il sorprendente aumento dell'eccesso di mortalità in tutto il mondo occidentale, con alcuni che mettono apertamente in dubbio il ruolo dei vaccini contro il COVID-19. (23) Ho pubblicato un'indicazione di associazione ancora più forte, che dimostra una correlazione positiva tra tassi di vaccinazione, dosi totali di vaccino per paese europeo e decessi in eccesso. (24) Un altro studio è in corso, che esclude le alternative alla vaccinazione di massa come principali fattori di eccesso di mortalità in determinate regioni e periodi di tempo.

Gli autori hanno inoltre affermato: "Abbiamo escluso la Cina dalle nostre stime a causa della sua posizione unica come origine dell'epidemia rilevata e della sua grande influenza sulle stime dei decessi evitati, derivante dalle dimensioni della sua popolazione". Un'influenza davvero grande. La Cina rappresenta circa un quinto della popolazione mondiale, eppure riporta un numero notevolmente basso di decessi per COVID-19, il che fa apparire i dati risultanti completamente manipolati. (25) In precedenza, abbiamo visto che, quando le prove non erano disponibili, Watson et al. si accontentavano di azzardare ipotesi; ora constatiamo che alcune prove esistenti, forse perché non utili ai loro obiettivi, sono state semplicemente ignorate.

Infine, vi sono anche diverse preoccupazioni relative ai conflitti di interesse finanziari. Watson et al. non si limitano a fare affermazioni altisonanti sui benefici dei vaccini contro il COVID-19, ma li promuovono attivamente: "Anche le infrastrutture di distribuzione e distribuzione dei vaccini devono essere potenziate a livello mondiale". Questa advocacy è problematica date le loro affiliazioni e i finanziamenti, e va notato che i seguenti esempi non sono esaustivi. L'ultimo autore elencato, in genere il ricercatore senior o supervisore, ha lavorato per aziende farmaceutiche, tra cui Moderna, importante produttore di vaccini contro il COVID-19. Diversi altri autori hanno lavorato per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Più direttamente, lo studio è stato sostenuto finanziariamente dall'OMS e da Gavi, entrambi beneficiari di ingenti donazioni dalla Fondazione Bill & Melinda Gates (BMGF) (26,27), quest'ultima a sua volta finanziatrice. La BMGF aveva investito molto nei vaccini contro il COVID-19, con un investimento significativo in BioNTech, azienda che sviluppa il vaccino contro il COVID-19 di Pfizer, effettuato fortuitamente poco prima della dichiarazione della pandemia. (28)

Inoltre, tutti gli autori sono affiliati al MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis presso l'Imperial College di Londra, co-fondato (29) e guidato all'epoca dall'epidemiologo Neil Ferguson. (30) Il MRC Centre, precedentemente noto come MRC Centre for Outbreak Analysis and Model-

ling, ha dichiarato di aver ricevuto finanziamenti dalla casa farmaceutica Gilead Sciences, e molti dei suoi ricercatori hanno legami diretti con le aziende farmaceutiche. Ha inoltre ricevuto finanziamenti dal governo del Regno Unito, che ha attivamente promosso, approvato e persino imposto i vaccini contro il COVID-19 (31), nonché dall'OMS, dalla BMGF e dal Wellcome Trust. (32) Il Wellcome Trust è stato criticato per aver investito "in aziende che contribuiscono agli stessi problemi che la filantropia vuole risolvere". (33) Ha investimenti finanziari in diverse aziende farmaceutiche, tra cui il produttore di vaccini contro il COVID-19 Johnson & Johnson, (34) ha finanziato il vaccino contro il COVID-19 di AstraZeneca, (35) e ha annunciato l'intenzione di investire ulteriormente nei vaccini contro il COVID-19, con Pfizer come potenziale beneficiario. (36) Inoltre, Jeremy Farrar, che all'epoca dirigeva il Wellcome Trust, ha fatto parte dello Scientific Advisory Group for Emergencies (SAGE), un gruppo di scienziati che forniva consulenza al governo del Regno Unito sul COVID-19, (37) prima di diventare capo scienziato presso l'OMS. (38) L'Imperial College di Londra ha ricevuto finanziamenti dal governo del Regno Unito, dall'OMS, dalla BMGF e dal Wellcome Trust. (39) Inoltre, l'Imperial College ha stretto una partnership con AstraZeneca, azienda produttrice di vaccini contro il COVID-19. (40)

Passiamo a Neil Ferguson: si tratta proprio di Neil Ferguson, la cui storia include previsioni notevolmente imprecise sulla mortalità per malattia (41) e le cui previsioni catastrofiche drammaticamente esagerate sulla mortalità da COVID-19 (come dimostra chiaramente un semplice confronto tra le previsioni del suo team e i risultati effettivi) (42) hanno influenzato significativamente le politiche governative che hanno portato a lockdown globali senza precedenti. (43) Queste azioni gli sono valse il soprannome di "Professor Lockdown", una reputazione che lo stesso Ferguson ha minato quando è stato sorpreso a violare le stesse misure di lockdown che aveva sostenuto avendo una relazione con una donna sposata durante le restrizioni, un incidente che ha portato alle sue dimissioni da SAGE. (44) In particolare, una giustificazione esplicitamente dichiarata per l'implementazione di interventi non farmaceutici come lockdown, chiusure delle scuole e distanziamento sociale era quella di mantenere le misure di controllo "finché non sarà disponibile un vaccino". (45-48) Dato il ruolo di primo piano di Ferguson nel definire le politiche globali contro le pandemie – e la sua leadership diretta del team di ricerca che ha concluso, in modo appropriato, che i vaccini erano straordinariamente efficaci – la sua assenza dall'elenco degli autori o dalla sezione dei ringraziamenti di Watson et al. solleva legittime perplessità. Simili preoccupazioni riguardo a conflitti di interesse o collegamenti discutibili emergono in altri studi influenti.

in questa serie di articoli. In effetti, gli stessi individui che hanno contribuito a elaborare le risposte alle pandemie riappaiono spesso – accreditati o meno – nelle ricerche che confermano il successo di questi interventi, come se non si potessero ragionevolmente prendere in considerazione conclusioni alternative. Non si tratta di osservatori imparziali o scienziati disinteressati. Piuttosto, si tratta di individui e organizzazioni finanziariamente legati ai produttori di vaccini e ai loro principali investitori, i cui risultati di ricerca e le cui raccomandazioni politiche aumentano convenientemente i profitti farmaceutici. Tali interessi intrecciati sollevano serie questioni etiche e suggeriscono azioni che un giorno potrebbero essere criticamente considerate negligenti o addirittura criminali.

I critici potrebbero sostenere che queste connessioni finanziarie e istituzionali siano labili, riflettendo semplicemente la natura sempre più globalizzata e interconnessa del nostro mondo. Eppure, tale argomentazione giustifica un maggiore scetticismo piuttosto che una riduzione dell'attenzione. Questa intricata rete di finanziamenti rispecchia la percepita diversità delle organizzazioni e dei marchi giornalistici, che, in realtà, sono di proprietà di una manciata di multinazionali. In effetti, molte di queste grandi aziende – inclusi i media mainstream e le aziende farmaceutiche – possono essere ricondotte, attraverso ricerche online, a una manciata di proprietari miliardari. (49) Quando un piccolo gruppo controlla non solo i principali produttori di vaccini contro il COVID-19, ma anche i media che promuovono i loro prodotti – e finanzia sia gli scienziati che approvano questi vaccini sia, attraverso gli enti regolatori, i governi che li approvano (50) e li impongono – lo scetticismo è giustificato. Inoltre, l'industria farmaceutica finanzia e presumibilmente influenza le principali riviste mediche che pubblicano studi favorevoli di questi stessi scienziati, (51-56) così come i revisori di queste riviste (57) – proprio come sponsorizza le sperimentazioni cliniche dei propri prodotti, che prevedibilmente producono risultati più favorevoli ai suoi interessi rispetto agli studi indipendenti. (58)

In sintesi, la ricerca scientifica discutibile finanziata dai produttori di vaccini contro il COVID-19 viene pubblicata su riviste mediche che ricevono finanziamenti dagli stessi gruppi farmaceutici. Tale ricerca influenza le politiche governative, che a loro volta rendono necessari, approvano (tramite enti regolatori finanziati da gruppi farmaceutici), incoraggiano o addirittura impongono i vaccini contro il COVID-19. Questo sistema aumenta sostanzialmente i profitti degli sviluppatori di vaccini e dei loro investitori, comprese le cosiddette organizzazioni benefiche. I media, spesso di proprietà delle stesse entità che controllano le aziende farmaceutiche, promuovono ulteriormente questi sviluppi.

All'inizio della pandemia, qui in Australia, siamo stati inondati di pubblicità che ci assicuravano che "siamo tutti sulla stessa barca". Tuttavia, alla luce di queste rivelazioni, questo sentimento non appare più genuino. Piuttosto, nell'era del "capitalismo degli stakeholder" del World Economic Forum, sembra che "loro" – enti governativi, leader del settore, fondazioni benefiche immensamente ricche e scienziati e accademici finanziati da questi gruppi – siano effettivamente "sulla stessa barca". Come ha osservato il grande filosofo George Carlin, "È un grande club, e tu non ne fai parte". (59)

A causa dei numerosi difetti metodologici, delle ipotesi discutibili e dei conflitti di interesse qui delineati, la conclusione di Watson et al. – secondo cui i vaccini contro il COVID-19 hanno salvato "decine di milioni di vite a livello globale" in un anno – non può essere considerata valida. Per valutare accuratamente il numero di vite realmente salvate da questi vaccini, Watson et al. e altri dovrebbero ripetere la loro analisi utilizzando metodi più rigorosi e trasparenti: incorporando stime conservative dell'efficacia del vaccino, date le recenti preoccupazioni sulle metodologie di conteggio a finestra; tenendo conto del rapido calo e del potenziale negativo dell'efficacia; utilizzando IFR e CFR accurati e chiaramente divulgati; dando la preferenza alle prove disponibili rispetto a stime speculative; e idealmente, conducendo la ricerca in modo indipendente, senza legami finanziari con i produttori di vaccini, i loro azionisti o le organizzazioni che promuovono e impongono questi vaccini.

Conclusione

Watson et al. hanno avuto un ruolo centrale nel plasmare la narrazione dominante secondo cui i vaccini contro il COVID-19 hanno salvato decine di milioni di vite in tutto il mondo. Tuttavia, un esame più attento rivela una rete di presupposti metodologici errati, stime non supportate e rischi poco discussi, fattori che indeboliscono sostanzialmente questa conclusione.

Nella Parte 2, mi concentrerò su Kitano et al., un importante studio statunitense che, analogamente, sostiene significativi benefici netti della vaccinazione. Come sarà chiaro in seguito, molte delle stesse preoccupazioni metodologiche ed etiche si applicano, insieme ad altre problematiche specifiche del contesto americano. Infine, la Parte 3 esplorerà questi modelli in diversi altri importanti studi riguardanti Europa e Oceania, evidenziando infine le debolezze costanti nella letteratura a sostegno della vaccinazione su larga scala contro il COVID-19.

Riferimenti

1. Watson OJ, Barnsley G, Toor J et al. Impatto globale del primo anno di vaccinazione contro il COVID-19: uno studio di modellizzazione matematica. *Lancet Infect Dis.* 2022;22:1293-302. doi:10.1016/S1473-3099(22)00320-6
2. Fung K, Jones M, Doshi P. Fonti di distorsione negli studi osservazionali sull'efficacia del vaccino contro il Covid-19. *J Eval Clin Pract.* 2023;30(1):30-36. doi:10.1111/jep.13839
3. Lataster R. Risposta a Fung et al. sui bias nella finestra temporale del conteggio dei casi del vaccino COVID-19 che sopravvalutano l'efficacia del vaccino. *J Eval Clin Pract.* 2023;30(1):82-85. doi:10.1111/jep.13892
4. Doshi P, Fung K. Come la finestra di conteggio dei casi ha influenzato i calcoli dell'efficacia del vaccino negli studi randomizzati sui vaccini contro il COVID-19. *J Eval Clinical Pract.* 2023;30(1):105-106. doi: 10.1111/jep.13900
5. Lataster R. Come la finestra di conteggio degli effetti avversi ha influenzato i calcoli sulla sicurezza dei vaccini negli studi randomizzati sui vaccini contro il COVID-19. *J Eval Clin Pract.* 2024;30(3):453-458. doi:10.1111/jep.13962
6. Fraiman J, Erviti J, Jones M et al. Eventi avversi gravi di particolare interesse a seguito della vaccinazione mRNA contro il COVID-19 in studi randomizzati su adulti. *Vaccino.* 2022;40:5798-5805. doi:10.1016/j.vaccine.2022.08.036
7. Benn CS, Scholtz-Buchholzer F, Nielsen S et al. Studi clinici randomizzati sui vaccini contro il COVID-19: i vaccini a vettore adenovirus hanno effetti benefici non specifici? *iScienza.* 2023;26(4):106733. doi:10.1016/j.isci.2023.106733
8. Kerr S, Bedston S, Bradley DT et al. Diminuzione delle vaccinazioni anti-COVID-19 con ChAdOx1 e BNT162b2 di prima e seconda dose: uno studio clinico mirato su 12,9 milioni di individui in Inghilterra, Irlanda del Nord, Scozia e Galles. *Int J Epidemiol.* 2023;52(1):22-31. doi:10.1093/ije/dyac199
9. Lataster R. Dovremmo ora discutere della possibile efficacia negativa del vaccino contro il COVID-19? *Pratica del generale australiano.* 2024;53(7):423-424. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2024/july/letters>
10. Shrestha N, Burke P, Nowacki A et al. Efficacia del vaccino bivalente contro la malattia da Coronavirus 2019. *Forum aperto Infetta Dis.* 2023;10(6):ofad209. doi:10.1093/ofid/ofad209
11. Levitt M, Zonta F, Ioannidis JPA. Confronto dell'eccesso di mortalità pandemica nel 2020-2021 attraverso diversi calcoli empirici. *Environ Res.* 2022;213:113754. doi:10.1016/j.envres.2022.113754
12. Herby J, Jonung L, Hanke SH. Una revisione della letteratura e una meta-analisi degli effetti del lockdown sulla mortalità da COVID-19. *Stud Appl Econ.* 2022;200. Consultato il 14 agosto 2024. [https://sites.krieger.jhu.edu/iae/files/2022/01/A - Revisione della letteratura e meta-analisi degli effetti dei lockdown sulla mortalità da COVID-19.pdf](https://sites.krieger.jhu.edu/iae/files/2022/01/A-Revisione%20della%20letteratura%20e%20meta-analisi%20degli%20effetti%20dei%20lockdown%20sulla%20mortalità%20da%20COVID-19.pdf)
13. Brazeau N, Verity R, Jenks S et al. Report 34: Tasso di mortalità per infezione da COVID-19: stime basate sulla sieroprevalenza. Imperial College London; ottobre 2020. doi:10.25561/83545
14. Pezzullo AM, Axfors C, Contopoulos-Ioannidis DG et al. Tasso di mortalità per infezione stratificato per età di COVID-19 nella popolazione non anziana. *Environ Res.* 2023;216(3):114655. doi:10.1016/j.envres.2022.114655
15. Australian Bureau of Statistics. Mortalità da COVID-19 in Australia: decessi registrati fino al 31 ottobre 2022. Pubblicato nel 2022. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.abs.gov.au/articles/covid-19-mortality-australia-deaths-registered-until-31-october-2022>
16. Australian Bureau of Statistics. Aspettativa di vita. Pubblicato nel 2023. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.abs.gov.au/statistics/people/population/life-expectancy/latest-release>
17. Public Health England. Varianti di SARS-CoV-2 preoccupanti e varianti sotto inchiesta in Inghilterra – briefing tecnico 18 luglio 2021. Consultato il 14 agosto 2024. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1001358/Variants_of_Concern_VOC_Technical_Briefing_18.pdf
18. Zhang T, Nishiura H. Stima del rischio di mortalità per infezione e bias di accertamento del COVID-19 a Osaka, Giappone, da febbraio 2020 a gennaio 2022. *Rappresentante scientifico.* 2023;13:5540. doi:10.1038/s41598-023-32639-9
19. Thacker PD. Covid-19: un ricercatore denuncia problemi di integrità dei dati nella sperimentazione del vaccino Pfizer. *BMJ.* 2021;375:2635. doi:10.1136/bmj.n2635
20. Raethke M, van Hunsel F, Luxi N et al. Frequenza e tempistica delle reazioni avverse ai vaccini COVID-19; uno studio di monitoraggio degli eventi di coorte multinazionale. *Vaccino.* 2024. doi:10.1016/j.vaccine.2024.03.001
21. Dipartimento della Salute e dell'Assistenza Sociale. Appendice 1: stima del numero di vaccinati necessari per prevenire un ricovero ospedaliero per COVID-19 per i pazienti

- Vaccinazione di base, richiamo vaccinale (terza dose), autunno 2022 e primavera 2023 per i nuovi arrivati in un gruppo a rischio. Pubblicato nel 2023. Consultato il 14 agosto 2024. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1131409/appendice-1-del-jcvi-statement-on-2023-covid-19-vaccination-programme-8-novembre-2022.pdf
22. Eyre DW, Taylor D, Purver M et al. Effetto della vaccinazione contro il Covid-19 sulla trasmissione delle varianti Alpha e Delta. *N Engl J Med*. 2022;386(8):744-756. doi:10.1056/NEJMoa2116597
 23. Mostert S, Hoogland M, Huibers M, Kaspers G. Eccesso di mortalità nei paesi del mondo occidentale dall'inizio della pandemia di COVID-19: stime di "Our World in Data" da gennaio 2020 a dicembre 2022. *BMJ Salute Pubblica*. 2024;2(1):e000282. doi:10.1136/bmjph-2023-000282
 24. Lataster R. L'eccesso di mortalità in Europa è correlato alla vaccinazione contro il COVID-19 fino al 2024. *Med bulgaro*. 2023;13(2):24-28.
 25. Our World in Data. Cina: profilo nazionale della pandemia di coronavirus. Pubblicato nel 2024. Consultato il 14 agosto 2024. <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/china>
 26. Euronews. Come viene finanziata l'Organizzazione Mondiale della Sanità e perché fa così tanto affidamento su Bill Gates? Pubblicato il 3 febbraio 2023. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.euronews.com/health/2023/02/03/how-is-the-world-health-organization-funded-and-why-does-it-rely-so-much-on-bill-gates>
 27. Fondazione Bill & Melinda Gates. La Fondazione Bill & Melinda Gates promette 1,6 miliardi di dollari a Gavi, l'Alleanza per i Vaccini, per proteggere la prossima generazione con vaccini salvavita. Pubblicato a giugno 2020. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.gatesfoundation.org/ideas/mediacenter/press-releases/2020/06/bill-and-Melinda-Gates-si-impegna-con-l'alleanza-per-i-vaccini-gavi>
 28. BioNTech SE. Relazione strategica tra la Fondazione Bill & Melinda Gates e BioN-Tech SE. Commissione per i titoli e gli scambi degli Stati Uniti. Pubblicato nel 2019. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.sec.gov/Archives/edgar/data/1776985/000119312519241112/d635330dex1037.htm>
 29. Imperial College London. Professor Neil Ferguson – Biografia. 2024. Consultato il 14 agosto 2024. <https://profiles.imperial.ac.uk/neil.ferguson>
 30. Centro MRC per l'analisi globale delle malattie infettive. Governance. Imperial College London Don. Pubblicato nel 2022. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.imperial.ac.uk/mrc-globalinfectious-disease-analysis/about-us/governance>. Archiviato all'indirizzo: <https://web.archive.org/web/20221220085835/https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/aboutus/governance>
 31. Dipartimento della Salute e dell'Assistenza Sociale. Vaccinazione contro il coronavirus (COVID-19) per le persone che lavorano o sono impiegate in case di cura: linee guida operative. GOV.UK Aggiornato nel 2022. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.gov.uk/government/publications/vaccination-of-people-working-or-deployed-in-care-homes-operationalguidance/coronavirus-covid-19-vaccination-of-people-working-or-deployed-in-care-homes-operational-guidance>
 32. MRC Centre for Outbreak Analysis and Modelling. Rapporto annuale 2015-16. Imperial College London. Pubblicato nel 2016. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/2015-16.pdf>
 33. Piller C. I finanziatori privati della ricerca suscitano polemiche con miliardi di investimenti segreti. *Scienza* Pubblicato il 6 dicembre 2018. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.science.org/content/article/private-research-funders-court-controversy-billions-secretive-investments>
 34. Schwab T. Il principale finanziatore della ricerca sanitaria trarrà beneficio economico dalla pandemia, sollevando interrogativi sulla trasparenza e sulla responsabilità. *BMJ*. 2021;372:n556. doi:10.1136/bmj.n556
 35. Safi M. Oxford/AstraZeneca: la ricerca sul vaccino contro il Covid è stata finanziata al 97% con fondi pubblici. *The Guardian*. Pubblicato il 15 aprile 2021. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.theguardian.com/science/2021/apr/15/oxfordastrazeneca-covidvaccine-research-was-97-publicly-funded>
 36. Kollwe J. Wellcome Trust investirà 16 miliardi di sterline in ricerca, con particolare attenzione ai vaccini contro il Covid. *The Guardian*. Pubblicato l'11 gennaio 2022. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.theguardian.com/business/2022/jan/11/wellcome-trust-covid-vaccines>
 37. BBC. Covid-19: Sir Jeremy Farrar, scienziato di Sage, si dimette dall'incarico. Pubblicato il 3 novembre 2021. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.bbc.com/news/uk-59143366>
 38. Wellcome Trust. Il direttore di Wellcome, il Dott. Jeremy Farrar, si dimetterà a febbraio 2023. Pubblicato nel 2022. Consultato il 14 agosto 2024. <https://wellcome.org/news/wellcome-director-dr-jeremyfarrar-step-down-february-2023>

39. Imperial Network for Vaccine Research. Finanziamenti. Imperial College London. 2024. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.imperial.ac.uk/vaccine-research-network/funding>
40. O'Hare R. Imperial collabora con AstraZeneca per finanziare la ricerca di base. Imperial College London. Pubblicato nel 2017. Consultato il: 14/08/2024. <https://www.imperial.ac.uk/news/180370/imperial-partners-with-astrazeneca-fund-basic>
41. Onge PS, Campan G. Il modello COVID-19 imperfetto che ha bloccato il Canada. Montreal Economic Institute. Pubblicato nel 2021. Consultato il 14 agosto 2024. https://www.iedm.org/wp-content/uploads/2020/06/note032020_en.pdf
42. Magness PW. Il fallimento della modellizzazione dell'Imperial College è molto peggiore di quanto pensassimo. American Institute for Economic Research. Pubblicato nel 2021. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.aier.org/article/the-failure-of-imperial-college-modeling-is-far-worse-than-we-knew>
43. Kirby J. Neil Ferguson nega di aver oltrepassato il limite nel fornire consulenza al governo durante la pandemia. The Independent. Pubblicato il 18 ottobre 2023. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.independent.co.uk/news/uk/neil-ferguson-government-chris-whitty-covid-nhs-b2431304.html>
44. Gallagher J. Coronavirus: il Prof. Neil Ferguson si dimette dal governo dopo aver "indebolito" il lockdown. BBC News. 2020. <https://www.bbc.com/news/uk-politics-52553229>.
45. Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G. Rapporto 9: Impatto degli interventi non farmaceutici (NPI) per ridurre la mortalità da COVID-19 e la domanda di assistenza sanitaria. Imperial College London. Pubblicato il 16 marzo 2020. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/mrc-gida/2020-03-16-COVID19-Report-9.pdf>
46. Trigg N. Coronavirus: necessario un significativo distanziamento sociale "finché non verrà trovato un vaccino". BBC News. Pubblicato il 16 aprile 2020. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.bbc.com/news/uk-52308201>
47. Cowley J. Neil Ferguson: Il modellista Covid. *Nuovo statista* Pubblicato a luglio 2020. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.newstatesman.com/long-reads/2020/07/neil-ferguson-covidmodeller>
48. Blanchard J. Il "Professor Lockdown" del Regno Unito spera che non ci saranno ulteriori lockdown. Politico. Pubblicato nel 2021. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.politico.eu/article/uks-professorlockdown-hopeful-there-will-be-no-furtherlockdowns>
49. Lataster R. Proprietari di tutto, persino l'uno dell'altro. Pubblicato nel 2022. Consultato il 14 agosto 2024. <https://okaythennews.substack.com/p/owners-of-everything-even-each-other>
50. Demasi M. Dalla FDA alla MHRA: gli enti regolatori dei farmaci sono da assumere? *BMJ*. 2022;377:o1538. doi:10.1136/bmj.o1538
51. Smith R. Riviste mediche e aziende farmaceutiche: compagni di letto inquietanti. *BMJ*. 2003;326:1202. doi:10.1136/bmj.326.7400.1202
52. Smith R. Le riviste mediche sono un'estensione del reparto marketing delle aziende farmaceutiche. *PLoS Med*. 2005;2(5):e138. doi:10.1371/journal.pmed.0020138
53. Callaway E. Domande sollevate sui legami finanziari delle riviste mediche con l'industria. *Natura* Pubblicato online il 20 ottobre 2010. doi:10.1038/news.2010.564
54. Spurling G, Mansfield P, Lexchin J. Pubblicità di aziende farmaceutiche in *The Lancet. Lancetta*. 2011;378(9785):30. doi:10.1016/S0140-6736(11)61019-2
55. Liu JJ, Bell CM, Matelski JJ et al. Pagamenti da parte di produttori farmaceutici e di dispositivi medici statunitensi ai redattori di riviste mediche statunitensi: studio osservazionale retrospettivo. *BMJ*. 2017;359:j4619. doi:10.1136/bmj.j4619
56. Abramson J. Le grandi aziende farmaceutiche stanno dirottando le informazioni di cui i medici hanno più bisogno. *Tempo* Pubblicato online il 20 aprile 2022. <https://time.com/6171999/big-pharma-clinical-data-doctors>
57. Nguyen D, Muramaya A, Nguyen A, et al. Pagamenti da parte di produttori di farmaci e dispositivi medici ai revisori statunitensi delle principali riviste mediche. *JAMA*. 2024. doi:10.1001/jama.2024.17681
58. Schott G, Pacht H, Limbach U et al. Il finanziamento delle sperimentazioni farmacologiche da parte delle aziende farmaceutiche e le sue conseguenze - parte 2: una revisione qualitativa e sistematica della letteratura sulle possibili influenze sulla paternità, l'accesso ai dati delle sperimentazioni e la registrazione e pubblicazione delle sperimentazioni. *Dtsch Arztebl In*. 2010;107(17):295-301. doi:10.3238/arztebl.2010.0295
59. Canale YouTube ufficiale di George Carlin. La vita vale la pena perderla: stupidi americani. YouTube. Pubblicato online il 30 luglio 2016. Consultato il 14 agosto 2024. <https://www.youtube.com/watch?v=KLOGhEYlvk>

Questa pagina è stata lasciata intenzionalmente vuota

