

## Mortalità e SARS-CoV-2

<b>Breve storia del covid-19.....</b>	<b>1</b>
<b>La storia insegna.....</b>	<b>2</b>
<b>Una malattia infettiva che non si propaga come dovrebbe.....</b>	<b>3</b>
<b>Le fasce di età a rischio. Ha un senso vaccinarsi tutti?.....</b>	<b>8</b>
<b>L'evoluzione negativa del servizio sanitario nazionale.....</b>	<b>12</b>

«La storia insegna ma non ha scolari» – questa celebre frase di Antonio Gramsci sottolinea, oggi più che mai, quanto sia facile dimenticare le lezioni del passato. D'altra parte, è ben noto che chi controlla la memoria del passato controlla il presente e probabilmente anche il futuro, per cui conoscere e non dimenticare gli avvenimenti pregressi dà una mano a capire meglio l'attualità e a prevenire i problemi che potrebbero sorgere domani.

Queste osservazioni, anche se generali e non riferite a nessun avvenimento in particolare, sono quanto mai calzanti nel caso della strana questione “covid-19”, con tutti i suoi corollari polemici: mai come in quest'occasione abbiamo visto “studi scientifici” che dimostrano un po' di tutto, un assordante clamore dei media, apparentemente attenti alle sole “evidenze scientifiche” sulla supposta pandemia, le opinioni a senso unico degli “esperti” elargite dai salotti televisivi, una decisa criminalizzazione di chi non accredita la versione ufficiale dei fatti, inclusa la presunta efficacia e l'ancor più presunta sicurezza dei vaccini.

Le pressioni sui dubbiosi, bollati senza discriminanti di sorta come “no-vax”, hanno raggiunto livelli decisamente intollerabili e sono stati di contorno alla promulgazione di leggi ingiuste, antidemocratiche, anticostituzionali e fuori da ogni legittimità internazionale. Tutto questo perché? Proviamo a riassumere i fatti con estrema brevità.

### Breve storia del covid-19

L'11 marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dichiara ufficialmente lo scoppio di una pandemia attribuita a un coronavirus, famiglia di virus noti per causare sindromi similinfluenzali nell'uomo, battezzato SARS-Cov-2, agente eziologico della patologia respiratoria denominata covid-19. Viene prodotto un test basato sulla tecnica della PCR per la valutazione dei soggetti infettati dal virus. In Italia, la crisi sanitaria ha un picco tra i mesi di marzo e aprile 2020, decresce nei mesi estivi e ha un nuovo picco tra ottobre e novembre dello stesso anno.

L'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) calcola in circa 100.000 unità la mortalità in eccesso verificatasi nel 2020 rispetto alla media dei 5 anni precedenti.

Il SARS-CoV-2 riempie di sé sia le cronache che le pubblicazioni scientifiche. A tempo di record vengono messi a punto, prodotti e commercializzati vaccini contro questo temibile virus. I vaccini ottengono un'autorizzazione provvisoria ( si veda [qui](#) e [qui](#)) a causa dello stato di emergenza.

Questo è il contesto generale. Le incongruenze sono molteplici e nessuna riceve una spiegazione plausibile: il [test PCR](#) non viene solo utilizzato per identificare i malati e i morti da covid-19, ma anche per scovare gli “asintomatici”, persone perfettamente sane che d'improvviso diventano pericolosi portatori di un virus letale. Sulla base dei “contagi” o “focolai” di infezione, identificati con questo metodo, la cui attendibilità diagnostica e significatività clinica sono oggetto di critiche sempre maggiori, vengono abolite libertà individuali, chiusi esercizi commerciali, messa in ginocchio l'economia e si promulgano leggi liberticide. Le cose che non tornano sono relative ai test, alla stessa identificazione, e successivo isolamento, del SARS-CoV-2 che suscita [non poche perplessità](#) e alla fulminea produzione di vaccini contro un virus di cui si sa ancora così poco e di cui si ignora l'effettiva potenzialità infettiva.

Quest'articolo non esaminerà tutte le criticità emerse da una frettolosa attribuzione di patogenicità ad un virus così poco definito, né tantomeno esaminerà i problemi relativi alle morti attribuite alla

covid-19, sulla cui definizione aleggia un'incertezza assoluta, né entrerà nel merito dei test molecolari e antigenici, rapidi o no che siano, e sulla loro attendibilità. Non verrà esaminata nemmeno la questione dei vaccini, la loro efficacia e le loro reazioni avverse. Quest'articolo tenterà di mettere in luce le incongruenze, palesi bugie e grossolane approssimazioni che riguardano l'aspetto più importante di questa vicenda: le morti. È sulle morti e sulla paura della morte, infatti, che si è costruita un'impalcatura di menzogne che ha terrorizzato la popolazione spingendola a fare, e ad accettare, cose che in tempi normali non avrebbe mai fatto e mai accettato.

Nell'analisi che segue ci si baserà esclusivamente sui dati della mortalità generale, valore sempre in crescita in presenza di una crisi sanitaria e sganciato dalle interpretazioni sulle cause dei decessi. *Se la mortalità generale non cresce, o addirittura decresce, rispetto alla media quinquennale, vuol dire semplicemente che non c'è crisi sanitaria.*

## La storia insegna

Nulla avviene per caso e tutto ha radici e origini nel passato, recente o remoto che sia. Prima di addentrarci nella descrizione di ciò che è avvenuto negli anni scorsi a Brescia, ricordiamo come la crisi sanitaria attribuita alla covid-19 non è stata affatto omogenea sul territorio nazionale e certamente non a causa dell'efficienza differenziata in termini territoriali del nostro sistema sanitario nazionale. La crisi sanitaria si è avuta praticamente solo al nord e nemmeno in tutte le province. Al sud l'impatto è stato estremamente modesto, come vedremo in dettaglio più avanti.

Brescia è stata tra le province più colpite, una di quelle che ha sofferto un'alta mortalità a causa della pandemia (293,3% [in più dell'atteso](#)), ma, straordinariamente, pochi ricordano che nel 2018, proprio tra Brescia e Mantova, un improvviso aumento di polmoniti aveva messo in crisi gli ospedali e in allarme le autorità sanitarie.

Mercoledì 12 settembre 2018 *L'Eco di Brescia* [titola](#):

«Allarme polmonite in Lombardia «Nella Bergamasca nessun problema». I casi concentrati nella zona sud-est della provincia di Brescia. I consigli del ministero della Salute per prevenire la legionellosi.»

Il 13 settembre l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) informa, dalle [pagine del suo sito web](#), sulla situazione, accreditando l'ipotesi di polmoniti causate da *Legionella pneumophila*. L'8 ottobre il giornale online *Brescia Today* [titola](#):

«Polmonite: "Mai vista un'epidemia di tale gravità, ci stanno mentendo" Intervista a Sergio Perini, medico di base a Carpenedolo, uno dei comuni più colpiti dall'epidemia.»

*RAI News* riporta la [notizia](#) dell'apertura di un'inchiesta della Procura di Brescia sull'epidemia.

Il sito *Next* l'11 settembre 2018 pubblica [un articolo](#) dal titolo

«L'orribile piano degli immigrati [sic] per sterminare i bresciani con la polmonite. Dove scopriamo che gli immigrati sbarcati dalla Diciotti [nave militare che sbarcò alla fine di agosto del 2018 circa 140 migranti nel porto di Catania, nda] stanno introducendo sostanze estranee nei nostri preziosi fluidi vitali come atto di terrorismo [...].»

Lasciamo ai lettori l'interpretazione di queste dichiarazioni, drammaticamente simili a quelle lanciate in questi giorni contro i cosiddetti "no vax" da rappresentanti della stampa, delle istituzioni e dei media.

L'11 dicembre 2018 è la volta de *Il Giorno* che [titola](#):

«Polmonite a Brescia, 878 malati senza un perché. Niente risposte dopo tre mesi, l'ipotesi di un maxi-studio sulla popolazione come accaduto per il sito Caffaro [sito inquinato di interesse nazionale, NdA] e la diossina.»

Si parla ancora di Legionella, ma si comincia ad affacciare l'ipotesi di un problema più complesso che comprende anche il forte inquinamento ambientale delle aree colpite.

Il 6 marzo 2019 l'Ordine dei medici pubblica sul suo sito web un [articolo](#) del dott. Sergio Perini dal titolo: «Epidemia di polmonite da *Legionella pneumophila* a sud di Brescia». Vale la pena di leggere il sunto dell'articolo:

«Nel settembre 2018 è avvenuta nella bassa pianura a sud di Brescia una grave epidemia di polmoniti da *Legionella pneumophila* di sierotipi 1-2-14 con diagnosi da parte dell'Istituto Superiore Sanità (ISS). Ne è conseguito un numero considerevole di ricoveri nelle strutture ospedaliere dell'ATS di Brescia e Valpadana (MN) con indice di mortalità elevata. [...] Quest'epidemia è una delle espressioni del malessere dell'area geografica a sud di Brescia per diverse situazioni ambientali di degrado.»

La causa dell'epidemia sembrerebbe dunque legata alla Legionella e alla compromessa situazione ambientale, che permane tutt'oggi.

Il mistero dell'esplosione di polmoniti nell'area tra Brescia e Mantova rimane inspiegato. L'8 agosto 2019 la *Gazzetta di Mantova* [titola](#):

«Morti per polmoniti, la procura di Brescia: “Non era Legionella”»

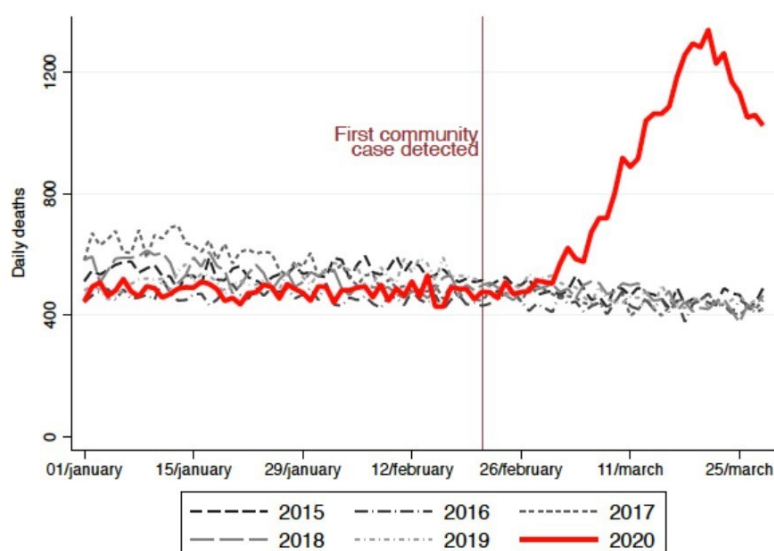
Il sostituto procuratore della Procura di Brescia, Maria Cristina Bonomo, dispone l'archiviazione dell'indagine sull'epidemia da legionella e smentisce l'Istituto Superiore di Sanità: «Si è accertato, con approfonditi esami autoptici - si legge nel comunicato della procura - che nessun decesso dei pazienti affetti da polmonite è connesso alla legionella, batterio non rinvenuto», ma le polmoniti sembrano essere comunque di origine batterica.

Dunque, l'area tra Brescia e Mantova non è nuova a crisi di malattie dell'apparato respiratorio a carattere epidemico. Fino a ieri le polmoniti sono state diagnosticate come batteriche, oggi come virali.

## Una malattia infettiva che non si propaga come dovrebbe

La covid-19 dovrebbe essere una malattia altamente trasmissibile e ad alta letalità causata dal virus SARS-CoV-2. Una delle sue principali caratteristiche dovrebbe essere l'alta capacità infettante, tanto che tutti noi viviamo in un perenne allarme, indossiamo mascherine, siamo limitati nei nostri spostamenti e nelle nostre quotidiane abitudini di vita. Un virus di tal fatta dovrebbe diffondersi in modo abbastanza uniforme su tutto il territorio nazionale, ma non è così.

Ciminelli e Garcia-Mandicó, in un [articolo](#) pubblicato in aprile 2020, mostrano l'incremento della mortalità nel nord Italia dal 21 febbraio al 28 marzo 2020. Gli autori prendono in considerazione i dati ISTAT di mortalità di 1,161 comuni in 7 regioni del nord (Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Toscana e Veneto).



Nel grafico si indica il primo caso di paziente italiano deceduto per SARS-CoV-2 intorno al 21 febbraio, data nella quale l'agenzia di stampa Reuters, riportando una dichiarazione del Ministro della Salute Speranza, dà la [notizia](#) della morte del primo paziente affetto da covid-19 in Italia. Nella figura riportata qui sopra si nota inoltre che al 28 marzo il fenomeno dell'eccesso di mortalità, raffrontato con l'andamento di 5 anni precedenti, era in fase decrescente.

Il 22 febbraio l'agenzia di stampa ANSA riporta la notizia della [prima vittima italiana](#). L'articolo è corredato da diverse foto. In una di queste si vede il pullman che ha trasportato all'ospedale Codogno-Cecchignola 19 italiani arrivati dal Giappone bisognosi di cure, tra cui sembra si trovasse anche la vittima, visto che un'altra foto mostra il volto di un uomo e l'entrata di un ospedale ed ha la seguente didascalia:

«La prima vittima italiana, l'ospedale di Codogno e la Cecchignola dove sono stati trasportati i 19 italiani provenienti dal Giappone.»



Creator: ANSA/CLAUDIO PERI | Credit: ANSA. Copyright: ANSA/CLAUDIO PERI

Le foto sono abbastanza impressionanti. Si vedono gli autisti del mezzo che ha trasportato i pazienti protetti da tute gialle corredate di protezione completa del viso. Le foto contrastano con ciò che viene riportato nel seguito dell'articolo:

«IL RISCHIO RIMANE BASSO "Il rischio di infezione da Sars-CoV-2 per le persone in Ue e Gran Bretagna è considerato basso - scrivono gli esperti nell'ultimo 'risk assessment' ... NEL MONDO IL 55% DEI CASI È A TRASMISSIONE LOCALE Secondo una elaborazione della Fondazione Gimbe su dati Oms al 19 febbraio il 55% casi (299/382) confermati negli altri paesi non ha storia di viaggi in Cina. Negli Usa ad esempio sono 2 su 15, in Canada ce n'è uno su cui sono ancora in corso le indagini, mentre in Corea del Sud su 104 totali sono 72.»

Il 18 febbraio 2020 il sito del Ministero della Salute riporta il 18 febbraio 2020 le [dichiarazioni di Mike Ryan](#), capo del Programma di emergenze sanitarie dell'OMS, rilasciate in occasione di una conferenza stampa a Ginevra:

«Nel parlare di possibile pandemia da nuovo coronavirus bisogna essere molto cauti. La percentuale di casi confermati al di fuori della Cina e della provincia di Hubei è molto bassa, e quasi tutti hanno un collegamento con la Cina.»

Il direttore generale dell'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, tranquillizzava affermando:

«Covid-19 non è mortale come altri coronavirus come SARS e MERS. Oltre l'80% dei pazienti ha una forma moderata e guarisce. Nel 14% dei casi il virus causa malattia severa, con polmonite e respiro corto. E circa il 5% dei pazienti va incontro a un quadro critico con insufficienza respiratoria, shock settico e collasso multi-organo. Nel 2% dei casi riportati di Covid-19 il virus è risultato fatale, più nei pazienti anziani.»

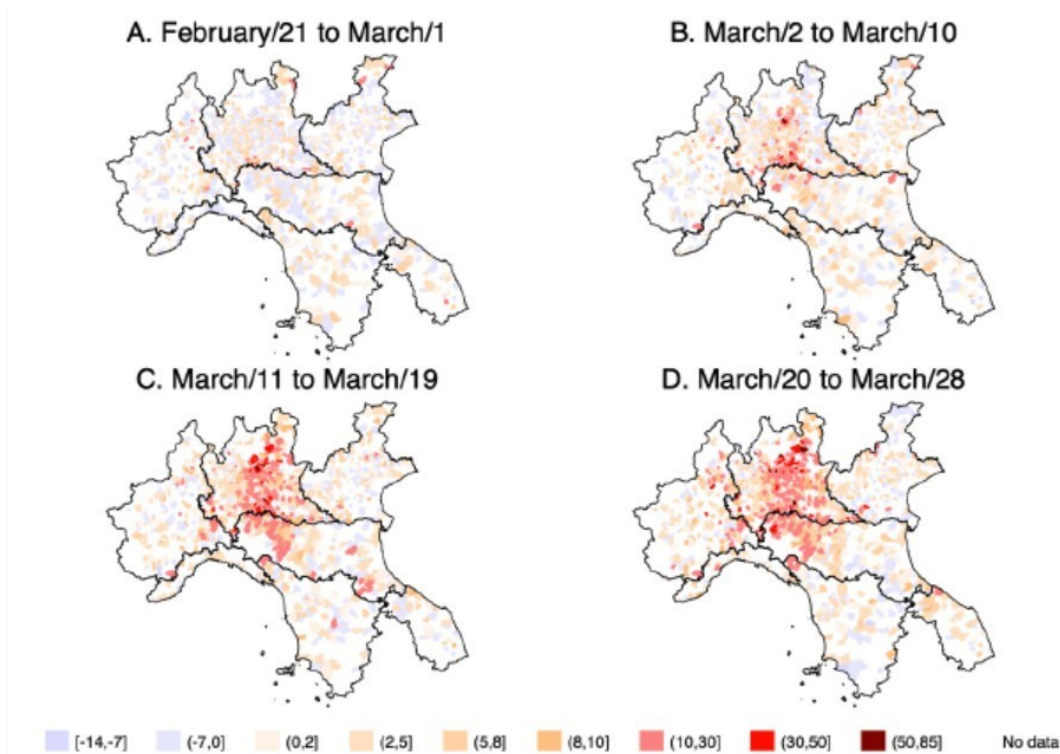
Le domande che ci poniamo sono:

- perché se “il rischio è basso”, almeno fino al 18 febbraio, il 21 febbraio gli autisti del mezzo che trasporta i 19 pazienti all'ospedale sono così protetti?;



- la mortalità generale nel febbraio 2020 [risulta essere](#) di 31 decessi in più dell'atteso nella provincia di Lodi e 3 nel comune di Codogno; come hanno fatto, queste cifre, a impressionare le autorità sanitarie a un punto tale da adottare misure di protezione così stringenti per gli operatori sanitari?;
- da dove spuntano fuori i 19 pazienti «provenienti dal Giappone»? Non si è sempre parlato di un'epidemia scoppiata in Cina?

Altra cosa molto interessante è la localizzazione dell'incremento di mortalità, mostrato nella figura che segue, tratta sempre dal citato articolo di Ciminelli e Garcia-Mandicó .



Notes: the figure shows municipal-level variation in daily excess deaths per 100,000 inhabitants in 2020 relative to 2016

Source: authors own calculations from ISTAT death registry and census data

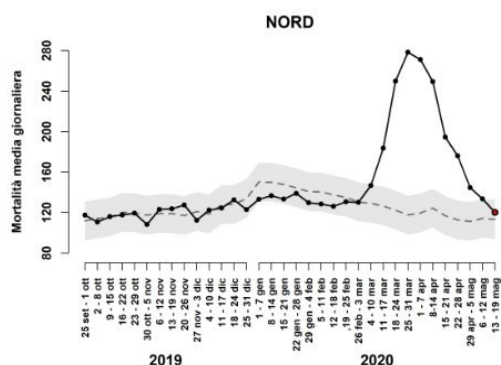
Si nota chiaramente la distribuzione disomogenea dell'incremento di mortalità, che appare concentrato nel nord-ovest dell'Emilia Romagna e nell'asse nord-sud in Lombardia nelle settimane dal 21 febbraio al 28 marzo 2020. Bisogna sottolineare che in queste regioni esistono delle zone colorate in grigio dove la mortalità è stata inferiore a quella del 2016, anno preso come riferimento dagli autori. Le aree più colpite sono geograficamente molto ben delimitate. L'incremento di mortalità è definito con il raffronto con il 2016, una scelta di cui non si capisce la ratio visto che il 2016 è stato un anno caratterizzato da una mortalità generale relativamente bassa, perché successivo al 2015, anno in cui si è registrato un eccesso di mortalità di circa 50.000 unità, ancora da chiarire.

La distribuzione non omogenea della mortalità generale nel pieno della "crisi covid" è confermata nello stesso articolo di Ciminelli e Garcia-Mandicó, in cui si riporta l'andamento del tasso di mortalità grezzo per 100.000 abitanti man mano che ci si allontana dal comune di Codogno, considerato l'epicentro dell'epidemia. *Già a soli 200 chilometri da Codogno il tasso di mortalità generale si riduce di circa 5 volte.*

Anche i dati riportati dal [Sistema Italiano di Sorveglianza della Mortalità Giornaliera](#) (SISMG), che sappiamo monitora questo parametro in sole 19 città italiane (tra cui non c'è Napoli, benché sia la terza città italiana per popolazione), mostrano una situazione piuttosto sorprendente.

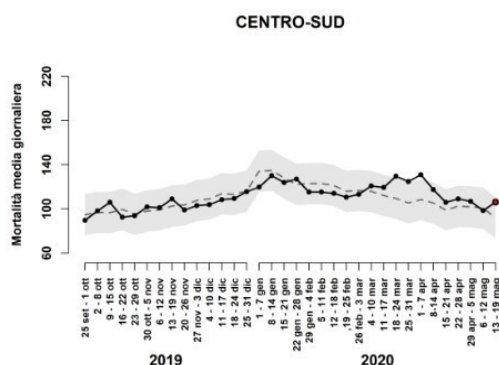
Nella figura che segue è riportato l'andamento della mortalità generale settimanale, dal 25 settembre 2019 al 19 maggio 2020, per la fascia di età  $\geq 65$  anni (la più colpita in questa crisi sanitaria) confrontato con l'andamento della media della mortalità nello stesso periodo per i 5 anni

precedenti, che rappresenta la mortalità attesa ed è indicata dalla linea tratteggiata. La zona in grigio rappresenta l'oscillazione delle medie degli ultimi 5 anni all'interno di un intervallo di confidenza del 95%. L'intervallo definisce l'attendibilità del dato. In altri termini, tutti i dati all'interno dell'intervallo non sono statisticamente differenti tra loro per il livello di significatività scelto. La linea piena è quella della mortalità osservata.



Mortalità settimanale per classi di età NORD

— Mortalità --- Baseline



Mortalità settimanale per classi di età CENTRO-SUD

— Mortalità --- Baseline

La figura mostra chiaramente come al nord la mortalità è ancora compresa all'interno dell'intervallo di confidenza sino alla settimana che va dal 4 al 10 marzo per poi cominciare ad aumentare dall'11 al 17 marzo, raggiungere il picco massimo nella settimana dal 25 al 31 marzo per poi diminuire costantemente sino alla settimana che va dal 6 al 12 maggio. La settimana successiva il dato di mortalità rientra nell'intervallo di confidenza e non è, dunque, statisticamente diverso dal dato atteso (che, lo ricordiamo, è la media della mortalità degli ultimi 5 anni).

Nel centro-sud la mortalità settimanale si allontana di poco dall'area che descrive l'intervallo di confidenza solo nella settimana dall'1 al 7 aprile. Dunque, il fenomeno osservato è relativo ad alcune province del nord Italia, mentre in alcune regioni italiane, nel periodo considerato, la mortalità è stata addirittura più bassa della media quinquennale, come conferma la tabella pubblicata dall'ISTAT il 22 ottobre 2020, riportata qui di seguito (cfr. [qui](#)).

**Tabella 3 – Variazione percentuale dei decessi del 2020 rispetto alla media 2015-2019, per regione, ripartizione e mese**

Regione\Ripartizione	gennaio e febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	gennaio-agosto
Piemonte	-11,2	52,8	76,6	9,6	-3,6	-8,3	-5,8	11,5
Valle d'Aosta	-10,8	52,8	70,3	-1,8	-1,1	-16,1	19,6	11,9
Lombardia	-5,8	191,2	117,1	12,2	0,6	-4,9	0,0	38,0
Trentino-Alto Adige	-3,5	62,2	72,6	9,0	1,1	1,4	6,2	18,2
Veneto	-4,8	21,4	30,4	4,1	1,8	1,7	3,6	6,4
Friuli-Venezia Giulia	-4,7	12,3	20,3	-9,4	-6,4	-4,2	0,4	0,4
Liguria	-14,0	53,5	62,0	5,6	-3,7	-6,1	-2,8	9,5
Emilia-Romagna	-6,5	69,1	52,9	3,4	3,2	0,7	1,7	14,6
Toscana	-8,4	12,8	18,4	-5,8	-2,4	-1,6	6,2	1,1
Umbria	-8,8	8,4	1,4	-6,2	-1,1	-8,7	6,0	-2,4
Marche	-6,9	43,7	35,1	-0,7	3,8	-0,5	5,4	8,9
Lazio	-8,6	2,6	3,6	-3,7	-5,4	-1,8	-4,9	-3,5
Abruzzo	-6,7	13,5	15,4	0,1	-5,0	-10,5	-5,9	-0,8
Molise	-15,6	2,8	1,5	3,5	4,4	-5,0	-3,7	-4,1
Campania	-6,0	1,1	1,3	-5,9	-4,7	-3,6	-4,2	-3,5
Puglia	-4,2	11,5	15,7	1,7	5,3	0,3	5,6	3,7
Basilicata	-6,7	-4,6	9,8	3,9	-6,0	-8,0	-2,2	-2,7
Calabria	-9,0	3,4	6,9	2,4	0,8	-2,1	4,9	-0,7
Sicilia	-9,4	-0,6	2,4	-1,1	-6,1	-4,0	5,5	-3,1
Sardegna	-3,3	11,2	10,8	-2,2	-4,8	3,9	5,4	2,1
<b>Nord</b>	<b>-7,2</b>	<b>93,9</b>	<b>74,3</b>	<b>7,2</b>	<b>-0,2</b>	<b>-3,4</b>	<b>-0,1</b>	<b>19,5</b>
<b>Centro</b>	<b>-8,3</b>	<b>12,2</b>	<b>12,6</b>	<b>-4,2</b>	<b>-2,8</b>	<b>-2,1</b>	<b>1,1</b>	<b>-0,2</b>
<b>Mezzogiorno</b>	<b>-6,9</b>	<b>4,3</b>	<b>6,8</b>	<b>-1,3</b>	<b>-2,5</b>	<b>-2,9</b>	<b>1,7</b>	<b>-1,1</b>
<b>ITALIA</b>	<b>-7,3</b>	<b>47,2</b>	<b>39,2</b>	<b>2,1</b>	<b>-1,5</b>	<b>-3,0</b>	<b>0,8</b>	<b>8,6</b>

L'analisi dei dati riportati mostra come nel centro e nel sud Italia la mortalità generale (tutte le cause di morte per tutte le età) sia stata globalmente, da gennaio ad agosto 2020, inferiore dello 0,2% e dell'1,1%, rispettivamente.

Al nord si è invece rilevato un incremento del 19,5%.

La crisi sembra dunque essere stata confinata in alcune province del nord e non diffusa su tutto il territorio nazionale. Se consideriamo un intervallo di confidenza dei dati del 95%, sono 12 le regioni in cui mortalità rimane all'interno dell'intervallo. Per 8 di esse la mortalità è al disotto dell'atteso e oscilla tra -0,4% a -4,1% , per le rimanenti 4 la mortalità oscilla tra +0,4 e +3,7%. La Campania, la regione italiana con la più bassa aspettativa di vita per gli uomini (79 anni, quasi 2 anni al di sotto della media nazionale, stimata in 80,8 anni, e 3 anni pieni meno della mediana delle "morti covid", stimata in 82 anni) vede in questo periodo *la mortalità generale diminuire del 3,5%*. Poiché gli ospedali sono entrati in crisi sia in Lombardia che in Campania nel 2020, sarebbe interessante che qualcuno spiegasse com'è possibile portare al collasso gli ospedali in una regione, la Campania, nella quale *la sua mortalità generale diminuisce, su base semestrale, rispetto alla media dei 5 anni precedenti*.

Decisamente, c'è qualcosa che non va nella narrativa diffusa dai media e dagli organi istituzionali.

Anche l'"[Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione](#)", pubblicato nel 2019 dall'ISTAT mette in evidenza la distribuzione diseguale della mortalità in Italia: «Lo studio ha messo in evidenza importanti differenze geografiche nella mortalità, indipendenti da età e livello socioeconomico, con un impatto più significativo nelle regioni più povere del Sud, rivelando un inedito vantaggio di salute delle regioni adriatiche».

Nello stesso documento si legge nella scheda sintetica dedicata alle morti per polmoniti nel biennio 2012/2014: «La mortalità si concentra esclusivamente al Nord, con eccessi nelle province dell'arco alpino, in quelle dolomitiche e dell'Appennino tosco-emiliano; UOMINI: il rischio è particolarmente concentrato in Piemonte e Lombardia». La storia insegna di nuovo.

Per quanto riguarda il livello di assistenza sanitaria, secondo [il Ministero della Sanità](#), in Lombardia nel 2019 vi erano 34.812 posti letto (3,5 per 1.000 abitanti), il 18,4% del totale nazionale, mentre in Campania erano 14.582 (2,6 per 1.000 abitanti). Per avere lo stesso rapporto abitanti/posti letto della Lombardia la Campania avrebbe dovuto contare su circa 20.000 posti letto.

È interessante analizzare l'infografica relativa alle cause e ai luoghi di decesso dei mesi di marzo e aprile 2020, riportata qui di seguito, elaborata dall'ISTAT.



Come si vede, l'82% dei decessi covid si è verificato in ospedale, il 15% nelle RSA e solo il 3% nelle abitazioni. Inoltre, nelle RSA la mortalità non covid è cresciuta del 213% rispetto alla media 2015/2019, nelle abitazioni è cresciuta del 125%, mentre negli ospedali è leggermente diminuita (circa - 4%). Dalla stessa scheda infografica si può constatare l'enorme aumento di mortalità verificatosi negli stessi mesi per polmoniti e influenza, oltre che per demenza e alzheimer. Non sembra questo un quadro di una società in cui l'assistenza sanitaria sia al suo meglio.

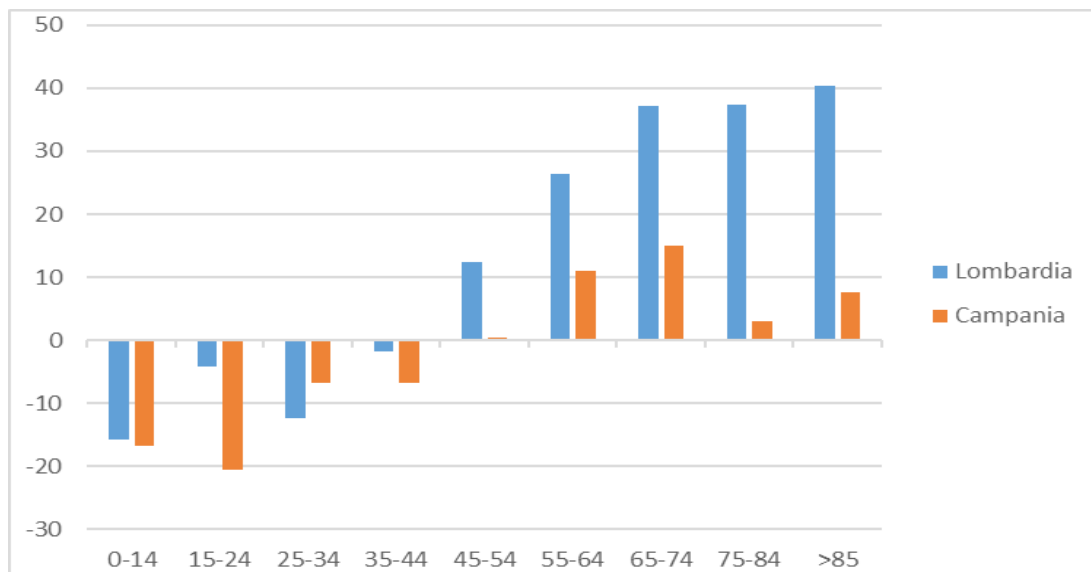
La covid-19 diventa dunque, almeno per il centro e il sud Italia, *una comoda copertura per mascherare il cronico dissesto del nostro sistema sanitario nazionale*, incapace di reagire positivamente persino a crisi sanitarie che *non* fanno aumentare la mortalità attesa.

### Le fasce di età a rischio. Ha un senso vaccinarsi tutti?

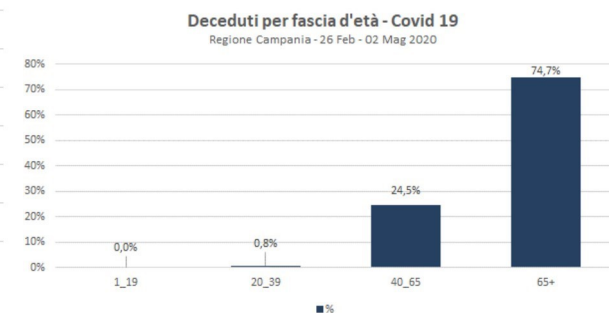
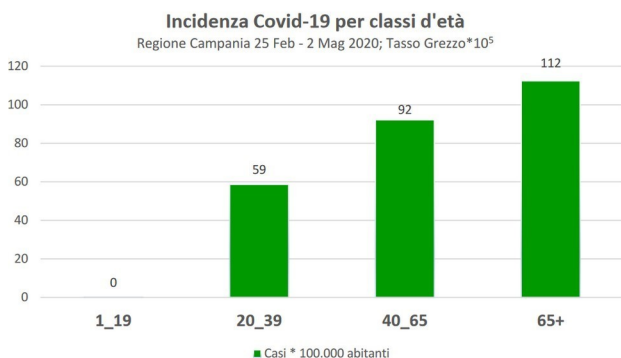
Quanto appena descritto ci riporta alla fasce di età da considerare a rischio in questa crisi sanitaria che si stenta a definire correttamente e di cui nessuno sembra interessato a capire la natura. Il sito dell'ISTAT che riporta la [mortalità generale in Italia per anno, età comuni e regioni](#) è particolarmente interessante ed istruttivo. Proviamo ad analizzare alcuni dei dati reperibili sotto il menù "Dati mensili per Regione, Provincia e Comune, per esempio quelli relativi alla Lombardia, la regione più colpita dalla "crisi covid-19", e della Campania. Nel grafico che segue è riportata la mortalità generale per fasce di età nel 2020 rispetto alla media quinquennale.



2015-2019 Mortalità in Lombardia e Campania nel 2020 per fasce di età comparata con la media.  
(Elaborazione su dati ISTAT)



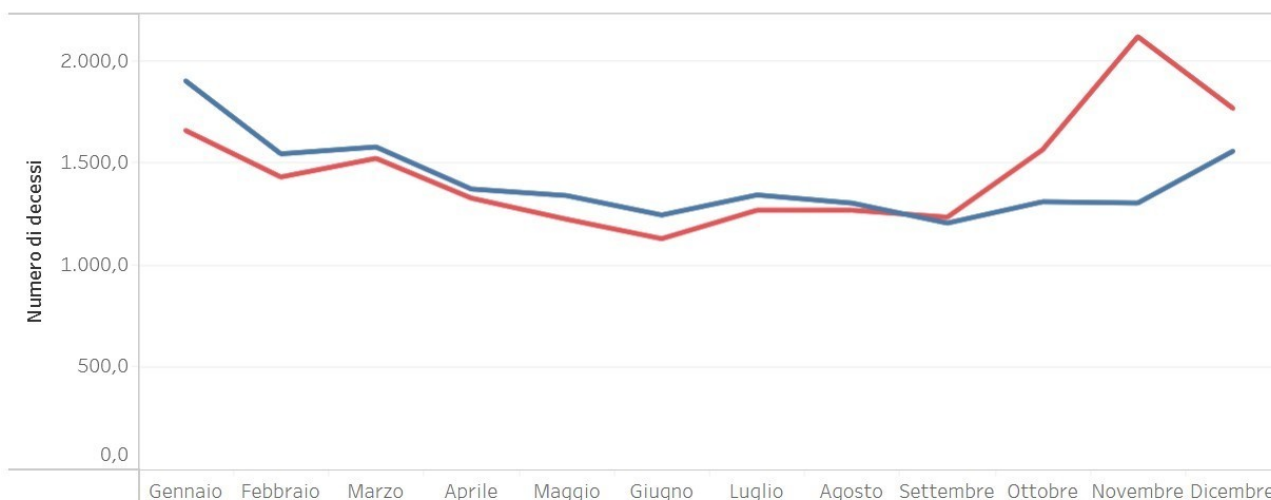
Come si vede, sia in Lombardia che in Campania, le fasce di età sino a 44 anni hanno avuto una mortalità inferiore all’atteso. In Campania la fascia di età dai 45 ai 54 anni ha avuto un incremento rispetto all’atteso di solo lo 0,5%, quindi il dato è da considerare non differente dal dato atteso. Per quanto riguarda i dati forniti dalla Regione Campania sull’incidenza e mortalità della infezione da SARS-CoV2 in funzione delle fasce di età durante la cosiddetta “prima ondata”, sono istruttivi, come mostrato dai due grafici che seguono. Come si vede, anche con tutte le riserve sulle modalità di rilevazione della “incidenza Covid-19”, sembra che nel pieno della crisi la classe di età da 1 a 19 anni era esente da contagio e che le morti si siano verificate a partire dalla classe di età dai 40 anni in su. Resta da spiegare come sia possibile che, durante la crisi sanitaria di marzo-aprile 2020, la media della mortalità generale nella classe di età da 45 a 64 anni sia aumentata solo del 3,8%, rispetto al dato atteso, secondo i dati ISTAT, mentre la mortalità dovuta alla Covid-19 assorbe il 24,5% dei decessi nella classe di età da 40 a 65 anni secondo i dati della Regione Campania. L’unica spiegazione plausibile sarebbe ipotizzare una diminuzione del 20,7% delle cause di morte “non covid” in quel periodo.



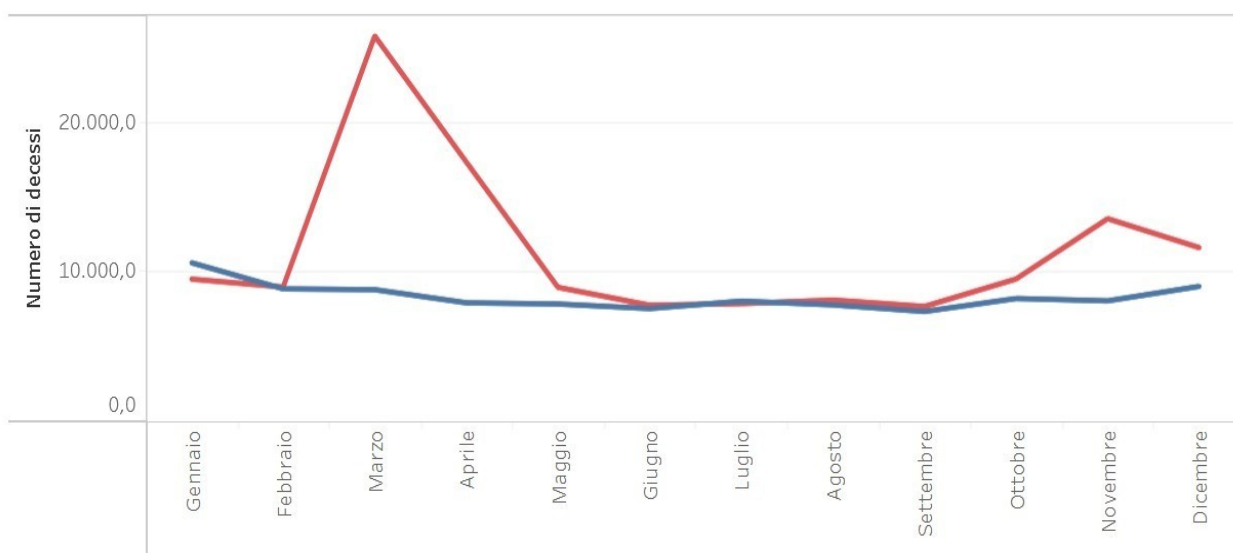
Queste sono le similitudini, ma esiste una differenza sostanziale tra le due regioni, una differenza che caratterizza, nel suo complesso, le regioni del nord dalle altre. In Lombardia l’eccesso di mortalità si è verificato sia nel periodo marzo-aprile che ottobre-dicembre 2020. Nelle altre regioni l’andamento è stato completamente diverso. Sempre riferendoci alla Campania, scegliamo questa regione come “caso potenzialmente peggiore”, vista la bassa aspettativa di vita dei suoi abitanti e il numero di posti letto in ospedale al di sotto della già bassa media nazionale, la mortalità cresce solo da ottobre a dicembre, come si vede dal grafico che segue.

Mortalità generale in Campania e Lombardia nel 2020 e mortalità attesa (media 2015-2019) (fonte ISTAT).  
Anno 2020: rosso, media 2015/2019: blu

### Decessi mensili



### Decessi mensili



Come spiegare quest'andamento? Non è ragionevole pensare che l'epidemia di covid, esplosa nel nord del paese tra marzo e aprile, si sia esaurita alla fine di aprile senza aver colpito il centro e il sud e dopo cinque mesi sia esplosa di nuovo, ma simultaneamente in tutt'Italia. Le cause vanno ricercate evidentemente altrove.

Le epidemie influenzali si comportano in modo differente da quello mostrato dall'epidemia di SARS-Cov-2. Rizzo *et al.*, nel loro [articolo](#) del 2007, in cui analizzano 32 stagioni di epidemia influenzale in Italia (dal 1969 al 2001), rilevano come al nord, centro e sud si riscontri un alto livello di sincronicità nell'ampiezza dei picchi di influenza e della mortalità a questa associata. L'influenza dunque, da malattia infettiva qual è, si diffonde sincronicamente su tutto il territorio nazionale. La Covid-19 sembra di no.

Anche il [Quotidiano Sanità](#) punta l'attenzione su queste anomalie:

«Il Covid non uccide ovunque allo stesso modo, differenze di quasi 5 volte tra alcune Regioni. In Lombardia muore il 5,4% dei malati, all'estremo opposto la Campania con l'1,3 di letalità.»

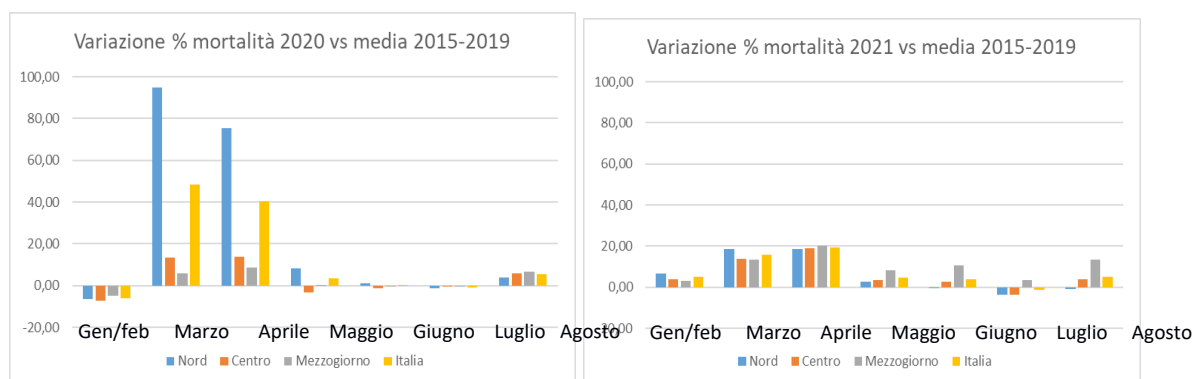
In verità e per amore di completezza, all'analisi del "Quotidiano Sanità" si dovrebbero aggiungere i dati elaborati dal [Centro Studi Nebo](#) (Centro Studi Nebo - Rapporto MEV(i)) relativi alla mortalità generale standardizzata. Quest'indice permette di comparare popolazioni di numerosità differente e con diverse strutture di età. In motivo è semplice: popolazioni con un maggior numero di anziani hanno una mortalità naturalmente più alta di popolazioni con una maggior rappresentatività di fasce di età più giovani. [Il rapporto 2020/2021 del Centro Studi NEBO](#) fa risaltare come la Campania sia

la regione d'Italia con la più alta mortalità standardizzata per la fascia di età da 0 a 74 anni. Qui di seguito riportiamo i dati relativi agli anni 2019 e 2020 per tutte le regioni italiane.

REGIONE	TASSO 2019	TASSO 2020
CAMPANIA	317	357
SICILIA	297	322
VALLE D'AOSTA	266	319
LOMBARDIA	245	317
LIGURIA	271	314
MOLISE	279	313
PIEMONTE	270	311
CALABRIA	287	303
SARDEGNA	283	303
BASILICATA	277	291
PUGLIA	258	288
ABRUZZO	257	284
LAZIO	268	281
FRIULI VEN. G.	255	278
EMILIA ROM.	243	276
TOSCANA	242	261
TRENTINO A.A.	232	259
VENETO	237	258
MARCHE	230	257
UMBRIA	230	254

Da quanto riportato, la Campania risulta essere la regione d'Italia che nel 2019 ha fatto registrare la più alta mortalità standardizzata d'Italia: 317 per 100.000 abitanti, la stessa della Lombardia nel 2020, *annus horribilis* della pandemia. Quest'indice in Campania ha raggiunto, nel 2020, il valore di 357 su 100.000 abitanti, l'11% in più della Lombardia. Tentiamo di analizzare questi dati. Se la letalità del SARS-Cov-2 è stata del 5,4% in Lombardia e dell'1,3% in Campania e la Campania ha avuto una mortalità standardizzata superiore alla Lombardia, di cosa sono morti i campani? In più, dalle elaborazioni del Centro Nebo, basate su dati ISTAT, appare chiaro che la mortalità 2020 in Lombardia, che ha sconvolto le coscienze di tutti, in realtà si era già verificata in Campania nel 2019. Bisogna dunque pensare che viviamo in una nazione in cui i cittadini muoiono nell'indifferenza generale un anno e provocano un allarme globale l'anno successivo? Da cosa dipende? Dalla zona d'Italia dove si verificano le morti, oppure dalla convenienza politica di ignorare i decessi del passato e sovraesporre quelli del presente?

Per continuare la nostra analisi comparativa riportiamo due grafici, elaborati su dati ISTAT, che rappresentano la variazione percentuale dei decessi degli anni 2020 e 2021 rispetto alla media 2015-2019 per i mesi da gennaio ad agosto (ultimi dati disponibili per il 2021).



È del tutto evidente come la situazione del 2020 sia totalmente differente da quella verificatasi nel 2021 ed è altrettanto evidente che nel 2020 l'emergenza sanitaria si è verificata praticamente solo al nord. Dunque, oggi viviamo in un contesto sanitario in alcun modo paragonabile al 2020. La cosa strana è che a fronte di una diminuzione sostanziale della mortalità al nord nel 2021, assistiamo ad un aumento della mortalità al centro e al sud rispetto al 2020.

Allora, se questi sono i dati forniti dalle autorità competenti, siamo proprio sicuri che ciò che serve sia un un vaccino? E come fare a giustificare la vaccinazione di fasce di età la cui mortalità nel 2020 è sensibilmente diminuita? La retorica dei "casi asintomatici" viene in soccorso per giustificare scelte completamente irrazionali: si trasformano persone perfettamente sane in pericolosi soggetti in grado di alimentare "focolai di covid", di celare all'interno del proprio corpo pericolose varianti del SARS-Cov-2 che minacciano i vaccinati e di impedire l'eradicazione del virus.

Un'altra domanda senza risposta è: perché nessuno sembra interessato a capire cosa sta succedendo nelle province del nord? Eppure i primi segnali ci sono già stati nel 2018 e non sembra siano stati presi in seria considerazione.

### **L'evoluzione negativa del servizio sanitario nazionale**

Carlo Palermo, segretario dell'associazione dei medici dirigenti (ANAAO), riferendosi al 2020, ha [dichiarato](#) alla stampa:

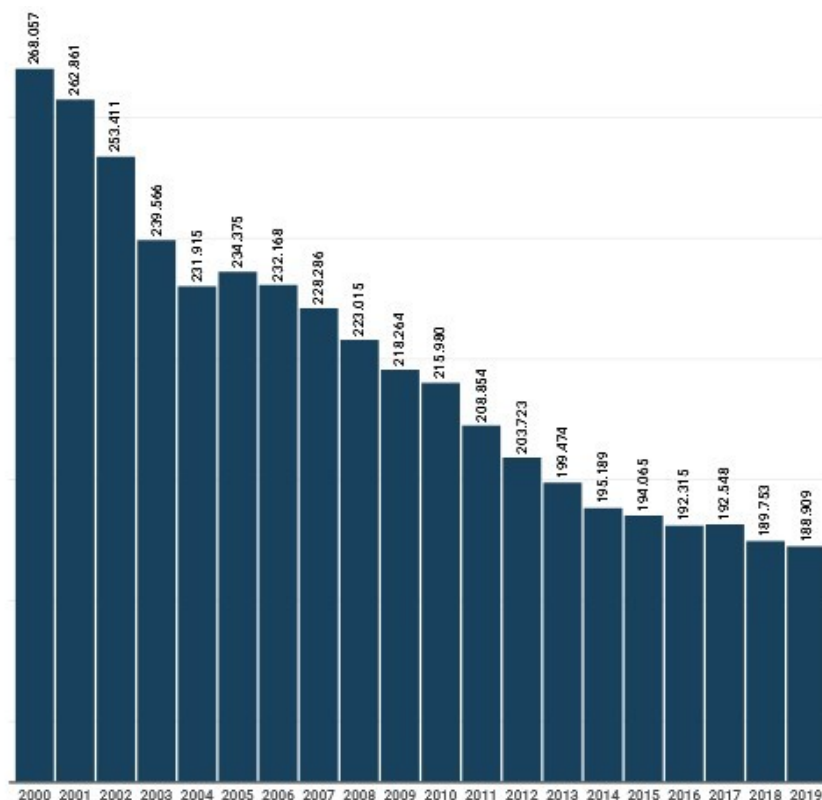
«Sono state sospese 13 milioni di visite specialistiche, 300 mila i ricoveri non effettuati, 500 mila gli interventi chirurgici e ben 4 milioni sono gli screening oncologici rimandati ... L'allungamento delle liste d'attesa rischia di trasformarsi in una grande crisi di fiducia dei cittadini nei confronti del Sistema Sanitario Nazionale.» In uno [studio dell'ANAAO](#) si legge:

«La mancanza di posti letto per acuti, soprattutto nelle branche internistiche, è stato uno dei motivi che negli ultimi anni hanno portato il sistema dei Pronto Soccorso in grave sofferenza, ancora prima del 2020. Il boarding elevato (il tempo di attesa per ricovero) per la scarsità dei posti letto nei reparti, è una delle cause più importanti del sovraffollamento delle strutture di emergenza, e in situazioni come quelle che stiamo vivendo si evidenziano tutti i limiti del sottofinanziamento del fondo sanitario nazionale, con perdita di performance di tutto il sistema che assiste il paziente acuto.»

È inquietante che tutto questo venga dichiarato a catastrofe avvenuta. Se la situazione degli ospedali era così ben conosciuta, perché non si è intervenuti prima? Forse per scaricare le colpe di un disastro annunciato su di un virus?

Siamo passati dai circa 9 posti letto per mille abitanti del 1960, ai 10,6 del 1970 per giungere ai 3,1 del 2018. Una perdita di circa 255.000 posti letto rispetto 1960 (popolazione residente 49.914.000), di circa 380.000 posti letto rispetto al 1970 (popolazione residente 53.685.118). Per inciso, la popolazione residente nel 2018 contava 60.480.000 unità. Dunque, nel 1960 c'erano 10.566.000 abitanti in meno e 255.000 posti letto in più. Se volessimo tornare ai livelli del 1960 dovremmo avere circa 538.000 posti letto in totale, circa 350.000 in più dell'attuale. La media europea della disponibilità di posti letto è scesa dagli 8,2 per 1000 abitanti del 1990 ai 4,6 del 2018. In Italia il dato è ancora più basso: 3,1 per 1000 abitanti e, come abbiamo visto, con macroscopiche differenze tra le regioni. La [figura che segue](#) mostra la diminuzione progressiva dei posti letto dal 2000 al 2019.





Numero di posti per anno, fonte: OCSE

La diminuzione dei posti letto non attiene a un migliore stato di salute della popolazione, bensì a tagli lineari del budget destinato alla sanità. Sul sito <http://www.healthdata.org/italy> sono riportati l'incremento dell'incidenza delle principali patologie, quasi tutte in crescita, dal 2009 al 2019. La tabella che segue ne dà una sintesi.

#### Andamento delle principali patologie dal 2009 al 2019 in Italia

	% change, 2009-2019
Ischemic heart disease	7.1%
Stroke	8.3%
Alzheimer's disease	30.4%
Lung cancer	0.7%
Hypertensive heart disease	31.7%
COPD (Malattia Polmonare Ostruttiva Cronica)	15.7%
Colorectal cancer	8.0%
Diabetes	10.2%
Chronic kidney disease	30.5%
Breast cancer	5.1%
Stomach cancer	-2.7%

Il [grafico che segue](#) mette in evidenza la diminuzione del finanziamento al sistema sanitario nazionale dal 2015 al 2019 al netto dell'inflazione:

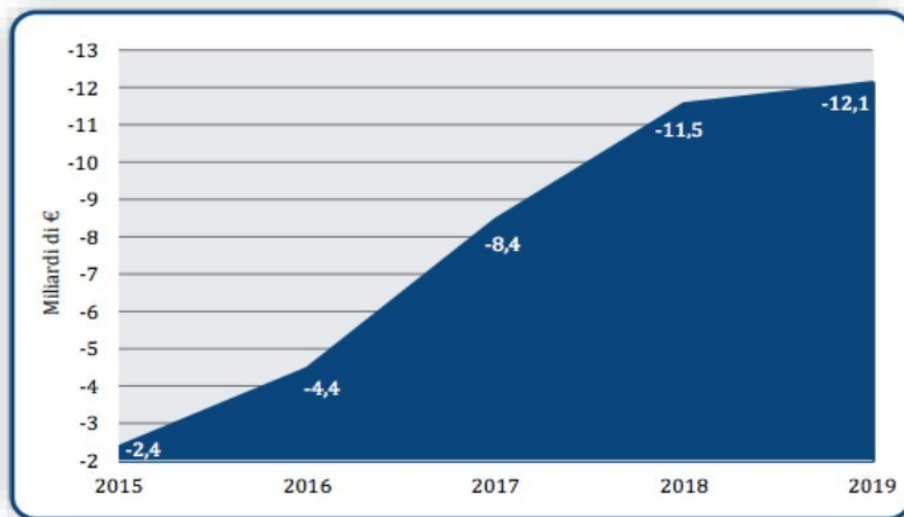


Figura 5. Riduzione cumulativa del finanziamento pubblico 2015-2019 (elaborazione da<sup>12)</sup>)

La diminuzione della disponibilità di posti letto negli ospedali non è senza conseguenze. Nel rapporto Osservasalute del 2018, di cui parla un [articolo](#) del giornale online Sanità Informazione, si riportano i dati delle morti per malattie infettive contratte in ospedale, che passano dai 18.668 decessi del 2003 ai 49.301 del 2015. Dallo stesso rapporto emerge come in Italia si verificano il 30% di tutti i casi di sepsi dell'intera Unione Europea. Walter Ricciardi, il direttore dell'Osservatorio Nazionale della salute dell'epoca, dichiarò alla stampa:

«C'è una strage in corso, migliaia di persone muoiono ogni giorno per infezioni ospedaliere, ma il fenomeno viene sottovalutato, si è diffusa l'idea che si tratti di un fatto ineluttabile».

In un articolo del 6 settembre 2018 l'agenzia di stampa Adnkronos [titola](#): «Mancano 50mila infermieri, servizi a rischio». Nell'articolo si riporta una dichiarazione della Federazione nazionale degli Ordini professioni infermieristiche:

«C'è il rischio di un calo dei servizi e dell'aumento della mortalità. È urgente tavolo di confronto al ministro della Salute con le Regioni. Se ogni infermiere assistesse al massimo 6 pazienti, sarebbero evitabili almeno 3.500 morti l'anno.»

La media degli assistiti era di 11 pazienti per ogni infermiere nel 2018.

I dati negativi purtroppo non finiscono qui. Ivan Cavicchi, in un suo [articolo](#) dal titolo «Medicina generale. Tutti i rischi di una controriforma al buio» mette in guardia dai pericoli della prossima riforma sanitaria che riguarderà i medici di medicina generale:

«Credo sia un errore mettere le mani sul medico di medicina generale per ridimensionarne il ruolo e la funzione, senza una discussione pubblica e soprattutto senza un progetto evolutivo di riforma degno di questo nome.»

Dunque, ancora un passo verso la disattivazione della medicina territoriale e della medicina di prossimità, che ha dimostrato tutta la sua utilità nel contenere le morti in questa inedita crisi sanitaria, come ben illustrato nel sito <https://www.terapiadomiciliarecovid19.org/>.

Se questi sono gli incontrovertibili e drammatici dati, appare sinceramente incomprensibile la [dichiarazione](#) dell'Associazione degli Ospedali Pediatrici Italiani e della Società Italiana di Pediatria:

«In Italia, grazie all'eccellenza dell'assistenza garantita all'età 0-18 anni dal SSN italiano, riconosciuto come uno dei migliori al mondo, il numero di decessi in età evolutiva dovuti al COVID è contenuto... »

Viene il sospetto di non vivere nella stessa loro nazione e che quanto affermato si riferisca a luoghi lontani dall'Italia nel tempo e nello spazio. D'altra parte, dai dati disponibili sembra abbastanza ovvio che i soggetti in età pediatrica, e in generale i soggetti più giovani, non si ammalino e non muoiano *perché non sono a rischio* e non grazie ad un sistema sanitario ormai lontanissimo dall'eccellenza mondiale.

Se i dati sono questi, come meravigliarsi se una qualsiasi emergenza si trasforma in una catastrofe? Come corollario verrebbe da chiedersi: come credere a coloro che hanno materialmente causato questo disastro, che hanno assistito inermi al suo perpetrarsi o che si permettono dichiarazioni assurde sullo stato della sanità italiana e oggi candidamente si propongono come paladini della nostra salute?

È bene ricordare che questo stesso apparato politico-burocratico nel 2020, nel pieno della “pandemia”, ha approvato [spese militari](#) per 26.343.500.000 euro che corrispondono a 72.173.973 euro al giorno, con un aumento rispetto al 2019 del 6,4%, che corrisponde, a sua volta, a 1.585.050.000 euro. Se invece di aumentare le spese militari, quel 6,4% fosse stato investito nel sistema sanitario nazionale, quante vite si sarebbero salvate?

Inserito: 27 ottobre 2021; correzione refuso: 29.X.2021

*Scienza e Democrazia/Science and Democracy*

[www.dmi.unipg.it/mamone/sci-dem](http://www.dmi.unipg.it/mamone/sci-dem)