

La mortalità in Italia. Un'analisi storica

L'invecchiamento della popolazione italiana.....	1
Andamento della mortalità generale in Italia.....	2
La mortalità dimenticata.....	2
Una malattia altamente trasmissibile che non si trasmette come previsto.....	3
La deliberata distruzione del Sistema Sanitario Nazionale italiano.....	6
Conclusioni.....	7

Analizzare oggi la mortalità in Italia mette inevitabilmente chi scrive in una posizione difficile. Se si segue acriticamente ciò che viene propagandato quotidianamente, con sorprendente uniformità di vedute e di interpretazione dei dati disponibili, si rischia di raccontare una realtà poco coerente con quanto è accaduto, ma se si tenta di utilizzare un approccio razionale, e non fantasioso, alla descrizione dei fenomeni che abbiamo vissuto, ecco che si diviene immediatamente persone sospette, complottisti-negazionisti (per usare una terminologia ormai alla moda), cinici opportunisti che negano l'evidenza di un'immane tragedia e le sofferenze che questa ha causato. Questo pericolo non deve impedire un'analisi razionale dei fatti, analisi basata sui dati resi disponibili da fonti ufficiali. È ciò che tenteremo di fare con quest'articolo.

Gli eventi vanno analizzati attraverso i dati e le statistiche ufficiali perché la realtà dipinta dai numeri non corrisponde alle ricostruzioni basate su interpretazioni personali di giornalisti e sedicenti esperti.

La prima analisi da fare è una valutazione ragionata dell'andamento della mortalità in Italia e delle stime che ne proiettano l'andamento negli anni.

L'invecchiamento della popolazione italiana

La [piramide dell'età](#) in Italia dal 1950 al 2100 subisce un cambiamento radicale.

Nel 1950 (46.598.599 abitanti) si aveva una vera "piramide", con la parte numericamente più cospicua della popolazione concentrata nelle fasce più giovani.

Nel 2020 (60.461.827 abitanti) la piramide si modifica e le classi di età numericamente più consistenti si trovano tra i 45 e i 54 anni, mentre la stima per il 2100 (39.992.910 abitanti) mostra una composizione delle fasce di età molto simile da 0-4 sino a 85-89 anni, tutte comprese tra il 2 e il 3% del totale.

Il quadro è quello di una nazione che invecchia e in cui i giovani sono sempre meno numerosi. Insieme all'invecchiamento della popolazione aumenta la mortalità. L'invecchiamento non è la sola causa dell'incremento della mortalità, ma ne è una delle componenti importanti.

L'invecchiamento della popolazione provoca, tra le altre cose, un aumento della mortalità per patologie comuni, come le polmoniti. Nella fascia di età ≥ 70 anni si sono verificate oltre l'80% delle morti per polmoniti nel 1990 e oltre il 90% nel 2017. L'inquinamento atmosferico da polveri sottili appare essere il fattore di rischio più rilevante per questa patologia, addirittura maggiore del fumo.

Da diverse fonti (ISTAT e [Statista](#)) si ricava che la popolazione ultra 65enne aumenta del 2,4% dal 2010 al 2018, la mortalità generale del 7,6% e la mortalità per malattie respiratorie del 23,2%. Tutto in "era pre-covid".

Sembra chiaro, dai dati qui riportati da differenti fonti, che 1) la popolazione italiana invecchia inesorabilmente; 2) la mortalità generale aumenta; 3) la mortalità per malattie respiratorie aumenta

con l'aumentare della popolazione nelle fasce di età più anziane, concentrandosi nella fascia ≥ 70 anni.

Andamento della mortalità generale in Italia

È importante rendersi conto dell'andamento della mortalità nel nostro Paese vista attraverso l'analisi delle serie storiche e delle proiezioni future. Dare enfasi ai morti di oggi, senza informare quanti ce ne fossero ieri, delle oscillazioni della mortalità durante gli anni, delle correlazioni tra mortalità e parametri socio-economici e sanitari significa voler rinunciare a spiegare ciò che è successo attraverso le varie componenti di questo complesso fenomeno.

Secondo stime delle Nazioni Unite del 2019 (prodotte in epoca "pre-covid") l'andamento storico del tasso di mortalità in Italia (riferito al numero medio di morti per tutte le cause per 1.000 abitanti) è stato abbastanza costante tra il 1950 e il 1990, per poi conoscere un costante aumento sino ad oggi, con un'accelerazione dal 2008. Il tasso di mortalità aumenterà progressivamente sino agli anni intorno al 2060, per poi lentamente decrescere. Da questi dati si debbono ritenere principalmente due cose: 1) tutte le cifre dal 2020 in poi sono stime che non prevedono l'effetto covid-19, 2) da oggi al 2063 la popolazione diminuirà, ma il tasso di mortalità aumenterà di ben 5,6 punti (dal 10,7 al 16,3). In altri termini, nel 2063 ci saranno 804.454 decessi su di una popolazione di 49.353.136 unità, ben 11.108.691 di unità in meno di quella odierna.

La mortalità dimenticata

Nel 2015 si è registrato un preoccupante aumento della mortalità, che ha portato Signorelli e Odone a pubblicare, sullo *Scandinavian Journal of Public Health*, un [articolo dal titolo](#): "Dramatic 2015 excess mortality in Italy: a 9.1% increase that needs to be explained". Un drammatico incremento che si attesta su 54.000 decessi in più dell'atteso. L'eccesso di mortalità per 100.000 abitanti è stato di 89,1, mentre il tasso di mortalità grezza era del 10,7, [il più alto](#) tra quelli misurati dal secondo dopoguerra sino al 2019. Con numeri così preoccupanti nessuno ha ritenuto necessario allarmare la popolazione, né imporre misure restrittive delle libertà individuali a fini di prevenzione. Non c'era ancora il SARS-CoV-2.

A questo proposito vale la pena leggere il [documento OCSE](#) "Health at a Glance: Europe 2018" che testualmente recita a proposito della situazione del 2015:

«Oltre 5.200.000 persone sono morte nei paesi dell'UE nel 2015. Un insolito e consistente aumento del numero di morti nel 2015 spiega la riduzione dell'aspettativa di vita in molti paesi rispetto al 2014 (...). Il numero più elevato di decessi nel 2015 nei paesi dell'UE è stato concentrato principalmente tra le persone di età pari o superiore a 75 anni ed è stato attribuito principalmente alla maggiore mortalità per influenza e polmonite.»

Le influenze e le polmoniti virali non sono certo l'unica causa di morte in Italia. L'Agenzia Europea dell'Ambiente, nel suo [rapporto sulla qualità dell'aria](#) in Europa del 2019, fa rilevare che l'Italia detiene il record negativo per morti premature da biossido di azoto (14.600 vittime l'anno), ha il numero maggiore di decessi per ozono (3000 vittime all'anno) ed è seconda in Europa per mortalità da polveri sottili PM2,5 (polveri del diametro inferiore a 2,5 millesimi di millimetro) (58.600 vittime all'anno). Il totale è 76.200 morti precoci all'anno. Anche su questo non sembra che i media i siano particolarmente distinti nel divulgare la notizia. I decessi sono quasi uguali a quelli attribuiti al covid-19, ma nessun allarme è stato mai trasmesso alla popolazione, né all'argomento è stato destinato neppure lontanamente lo spazio riservato alla "pandemia" da covid.

Una malattia altamente trasmissibile che non si trasmette come previsto

Il covid-19 dovrebbe essere una malattia altamente trasmissibile e ad alta letalità causata dal virus SARS-Cov-2. Una delle sue principali caratteristiche sarebbe la trasmissibilità, 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. Cerchiamo di analizzare i dati relativi alla “prima ondata covid”, quella che ha visto la mortalità generale al nord aumentare del 93,9% a marzo e del 74,3% ad aprile 2020.

I dati riportati dal Sistema Italiano di Sorveglianza della Mortalità Giornaliera (SISMG), che monitora questo parametro in solo 19 città italiane (tra cui non c'è Napoli, benché sia la terza città italiana per popolazione), mostrano una situazione piuttosto sorprendente. Se si confrontano gli andamenti della mortalità settimanale, dal 25 settembre 2019 al 19 maggio 2020, per la fascia di età ≥ 65 anni, si scoprono cose interessanti. Se si consulta il [documento](#) si vedranno dei grafici della mortalità per le fasce di età maggiori di 65 anni caratterizzati da fasce colorate e linee. Le fasce colorate rappresentano il cosiddetto “intervallo di confidenza dei dati”. Quest’intervallo rappresenta il livello di significatività statistica delle rilevazioni e permette di individuare la fascia di oscillazione delle rilevazioni all’interno della quale non ci sono differenze statisticamente significative tra i dati osservati e la media della mortalità degli ultimi 5 anni. Il livello di confidenza scelto in questo caso è del 95%.

Durante la “prima ondata” 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, raggiunge 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 diversa dal dato atteso. La durata dell’anomalia è, dunque, di circa 11 settimane. Nel centro-sud la mortalità settimanale si allontana di poco dall’area che descrive l’intervallo di confidenza solo nella settimana che va dall’1 al 7 aprile (mai se si considera solo il sud). Dunque, il fenomeno osservato è relativo solo ad alcune province del nord e non è assolutamente estendibile al resto d’Italia. Dato confermato dalla tabella pubblicata dall’ISTAT il 22 ottobre 2020, riportata qui di seguito.

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
Nord	-7,2	93,9	74,3	7,2	-0,2	-3,4	-0,1	19,5
Centro	-8,3	12,2	12,6	-4,2	-2,8	-2,1	1,1	-0,2
Mezzogiorno	-6,9	4,3	6,8	-1,3	-2,5	-2,9	1,7	-1,1
ITALIA	-7,3	47,2	39,2	2,1	-1,5	-3,0	0,8	8,6

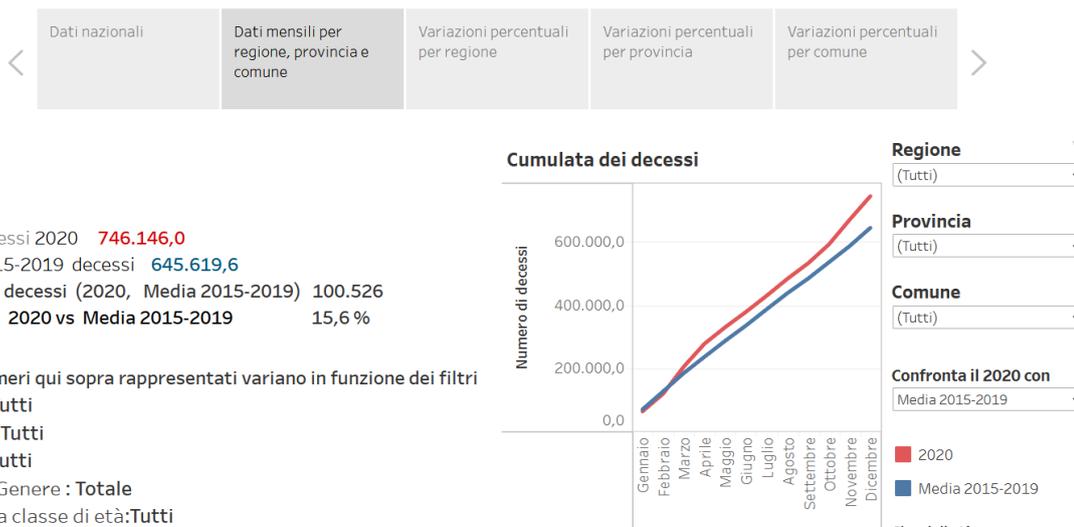
Considerando i dati della Tabella 3 del [rapporto](#), riportata qui sopra, nei primi 8 mesi del 2020 l'Italia centrale e quella meridionale hanno mostrato una mortalità inferiore dello 0,2% e dell'1,1%

rispetto al dato atteso. Nello stesso periodo si è registrato nelle regioni del nord un aumento della mortalità del 19,5%. In particolare, otto regioni (Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia), hanno avuto una mortalità inferiore a quella attesa (da -4,1 a -0,7%) e tre regioni (Friuli, Toscana e Sardegna) hanno registrato un lieve aumento della mortalità (dallo 0,40 al 2,10 %.) La Campania ha fatto registrare una mortalità di -3,5% rispetto al dato atteso, mentre la Lombardia ha registrato l'aumento più elevato (38,0%).

Un utile esercizio, che riserverà a chi lo pratica numerose sorprese, è quello di consultare il [sito dell'ISTAT](#). La situazione generale è ben documentata nel grafico e nelle tabelle che seguono.

ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica

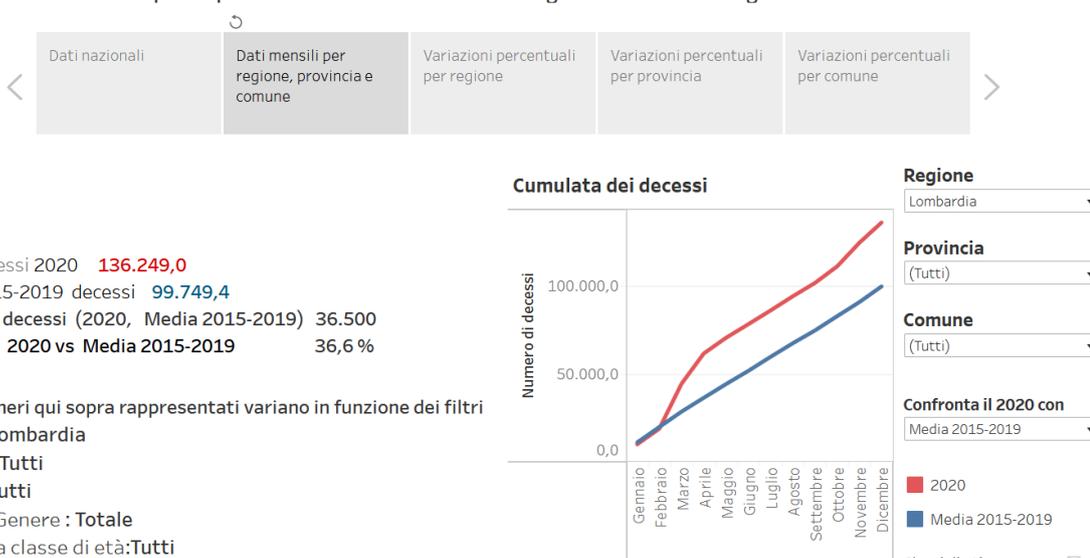
L'andamento dei decessi nel periodo 1 gennaio - 31 dicembre per gli anni 2015-2020.
Dati anticipatori per l'anno 2020 sulla Base dati integrata della mortalità giornaliera comunale



La mortalità generale per il 2020 è aumentata, rispetto alla media 2015-2019, di 100.526 unità in tutte le regioni e per ogni fascia di età (un numero su cui dovremo ritornare alla fine). Guardiamo ora la Lombardia, la regione sicuramente più colpita. Dalla curva cumulata dei decessi si nota un picco di mortalità che parte da fin e febbraio 2020 e che sale fino ad aprile e rimane costante sino a dicembre. I decessi registrati sono stati 36.500 in più della media 2015-2019.

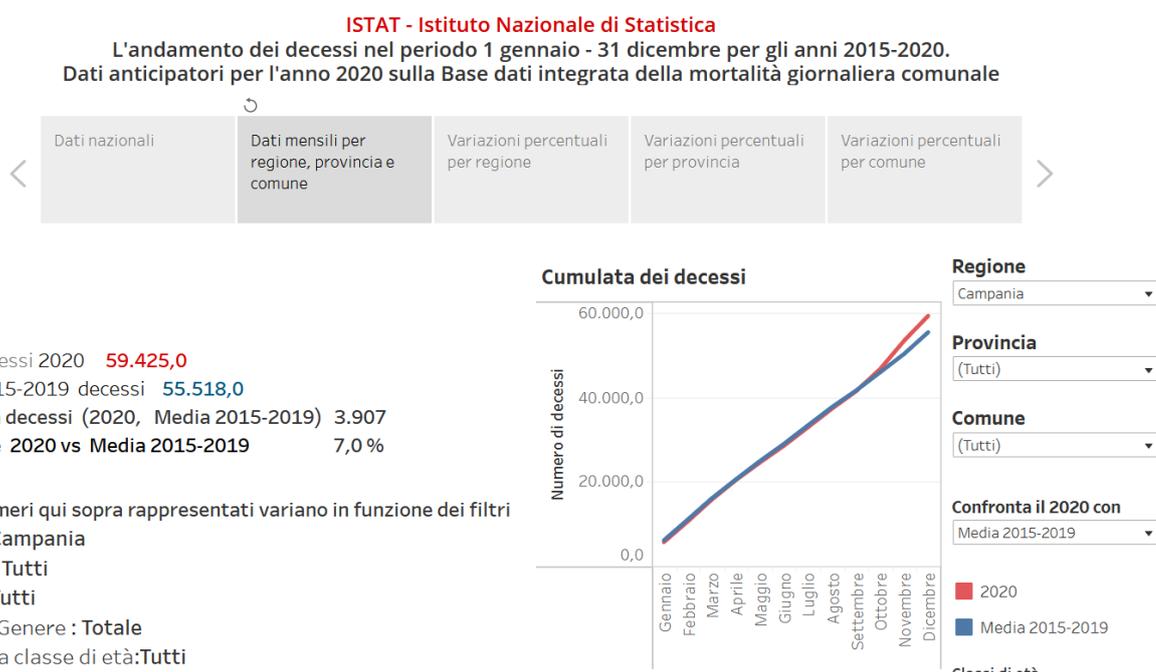
ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica

L'andamento dei decessi nel periodo 1 gennaio - 31 dicembre per gli anni 2015-2020.
Dati anticipatori per l'anno 2020 sulla Base dati integrata della mortalità giornaliera comunale



Bene, ora diamo uno sguardo a ciò che è successo per fasce di età. Se si selezionano le fasce di età dai 0 ai 54 anni, scopriamo che la mortalità è diminuita del 4,0% in confronto alla media 2015-2019 e del 9,5% rispetto al 2015. Se estendiamo la fascia di età sino a 64 anni l'aumento di mortalità rispetto al 2015 è del solo 3%, un dato che difficilmente può essere considerato statisticamente significativo. Se vogliamo riferirci ai più giovani (0-24 anni) i valori sono - 8,2% rispetto alla media 2015-2019 e - 10.1% rispetto al 2015. La cosa più interessante da notare è che la mortalità tra i più giovani **decresce nei mesi da ottobre a dicembre 2020, mentre quella delle classi di età più anziane aumenta.**

Guardiamo ora cosa è successo in Campania la regione d'Italia con la più bassa aspettativa di vita. Nella figura che segue, è riportata la situazione generale per il 2020. Come si vede, la mortalità generale cumulata si discosta dalla media 2015-2019 solo a partire dal mese di ottobre, probabilmente come risultato del blocco dell'assistenza sanitaria dovuto al sedicente covid. Da gennaio a ottobre, come abbiamo già visto, la mortalità è del 3,5% al disotto della media quinquennale.



In questa regione nelle fasce di età da 0 a 54 anni la mortalità è diminuita, per l'intero 2020, del 3,5% rispetto alla media 2015-2019 e del 10,3% rispetto al 2015. Le fasce di età più giovani (0-24 anni) hanno visto una diminuzione della mortalità del 20,5% rispetto alla media 2015-2019 e del 28,4% rispetto al 2015. Anche in questo caso non si è visto nessun incremento nei mesi da ottobre a dicembre. Lo stesso vale anche per altre regioni meridionali e centrali. **La situazione nazionale in questa fascia di età è invece -18,3% rispetto alla media e - 24,2% rispetto al 2015 (in numeri assoluti circa 1.000 morti in meno).**

In base a questi dati mi chiedo come si possa affermare che: 1) il covid è una malattia infettiva altamente contagiosa, 2) tutte le classi di età sono in pericolo, 3) sia necessario vaccinare tutti per proteggere la popolazione.

È più che evidente di come la realtà sia completamente diversa. Il covid, o qualsiasi altra patologia sia, **ha colpito le fasce di età più anziane di alcune province di alcune regioni del nord e non ha toccato praticamente per nulla sia il centro che il sud.** Il fenomeno si è esaurito ad aprile 2020 e l'incremento di mortalità rilevato tra ottobre e dicembre 2020 è con tutta probabilità dovuto al completo collasso del sistema sanitario nazionale e a una stagione influenzale anticipata, come si è già verificato, per esempio, nel 2009/2010. L'ovvia conclusione è che i media, i virologi da salotto TV, il governo e le autorità sanitarie hanno mentito spudoratamente e continuano a farlo.

La deliberata distruzione del Sistema Sanitario Nazionale italiano

Il Sistema Sanitario Nazionale ha conosciuto un brutale ridimensionamento negli anni. Gli ultimi dati disponibili sono fermi al 2018 e uno [studio dell'Associazione Medici Dirigenti](#) (ANAAO-ASSOMED) rileva che sia «ragionevole pensare che, all'inizio del 2020, i numeri dei posti letto internistici potesse essere molto simile a quello rilevato nel 2018».

Nello stesso studio 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 sotto-finanziamento del fondo sanitario nazionale, con perdita di performance di tutto il sistema che assiste il paziente acuto.»

La diminuzione della disponibilità di posti letto negli ospedali non è senza conseguenze. Per inciso, secondo i dati della World Bank, nel 1960 c'erano in Italia 10.566.000 abitanti in meno e 255.000 posti letto in più. Nel [rapporto Osservasalute](#) del 2018, 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 che in Italia si verificano il 30% di tutti i casi di sepsi dell'intera Unione Europea. Il direttore dell'Osservatorio Nazionale della salute dell'epoca era Walter Ricciardi, che 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.»

Non credo ci si debba meravigliare se in tali condizioni una qualsiasi emergenza possa trasformarsi in una catastrofe. Il paradosso è che lo stesso sistema politico-burocratico responsabile di questo scempio si candida oggi a proteggere la nostra salute. Lo stesso dicasi dell'apparato mediatico che ha assistito a tutto questo senza reagire.

Conclusioni

Il 20 gennaio 2021 il *Corriere della Sera* [ci dice](#) che la mortalità nel 2020 è aumentata di 85.624 unità, rispetto alla media degli ultimi 5 anni (2015-2019), ma solo 55.576 decessi sono attribuibili al SARS-Cov-2. Da [successiva stima dell'ISTAT](#) l'eccesso di mortalità risulta essere di circa 77.000 unità. Le dichiarazioni che si succedono lasciano pensare a un disinvolto uso dell'aritmetica, visto che [il 5 marzo 2021 l'ISTAT](#) ci informa di nuovo che l'aumento ha raggiunto la cifra di 100.526 decessi, mentre il semplice calcolo della media della mortalità dal 2015 al 2019 mostra che l'aumento di mortalità è stato di 110.257 unità, quasi 10.000 in più di quanto riportato. Un errore materiale? In caso affermativo, quali dati dobbiamo considerare? Un secondo drammatico incremento della mortalità, che ha generato le stime continuamente al rialzo, si è verificato negli ultimi mesi del 2020, da ottobre a dicembre. Da cosa è stato causato? Forse da un'inevitabile progressione di mortalità dovuta al pesante blocco dell'assistenza ospedaliera già ricordato? Oppure da un sistema sanitario al collasso? O forse a un anticipo della stagione influenzale, che bisognerebbe ricordarlo causa circa 34.000 decessi all'anno, o a tutte e tre le cause? Oppure al fatto che i cittadini deceduti non hanno avuto la decenza di morire a casa propria, come si è verificato negli anni passati, e hanno affollato gli ospedali rendendo la strage visibile a tutti? Una strage che, invece di far riflettere su omissioni, definanziamento del sistema sanitario nazionale, colpevoli mancanze ed errori macroscopici nei protocolli e nelle terapie, è servita per alimentare paura, irrazionalità e caccia agli untori.

Due osservazioni sono d'obbligo:

1) come identificare con precisione i cosiddetti “morti covid”, quando questi sono stati [scandalosamente sovrastimati](#) attribuendo a questa categoria morti che con il covid non avevano nulla a che fare?;

2) la possibilità di definire un “caso covid” con l’attuale tecnica della PCR pone più di un ragionevole dubbio.

Un articolo, molto tecnico, del novembre del 2020 firmato da 22 ricercatori individua gravissimi problemi metodologici e teorici nel test Corman-Drosten utilizzato per la diagnosi covid-19. Secondo gli estensori dell’articolo, il test PCR non è adeguato per la diagnosi e tantomeno per individuare soggetti contagiati dal SARS-Cov-2. Non si tratta di registrare la percentuale di falsi positivi, il test così come concepito semplicemente non funziona. A questo si aggiunge una recentissima [presa di posizione delle autorità sanitarie svedesi](#) che dichiarano, senza mezzi termini, il test PCR per il SARS-Cov-2 del tutto inaffidabile. Anche l’OMS, nel febbraio 2021, dichiara che questo test genera troppi falsi positivi per essere affidabile. Tutto ciò che abbiamo patito, le morti evitabili, i lockdown, il blocco totale dell’economia, la paura diffusa in tutta la popolazione, l’isteria della vaccinazione, le notizie terroristiche dei mezzi di comunicazione, l’Italia colorata in giallo, arancione e rosso, il blocco delle attività scolastiche e la morte della socializzazione è basato su dati totalmente inattendibili generati da un test che non può indicare nulla, sia per i macroscopici errori della sua formulazione sia per l’inutilità clinica dei risultati della tecnica PCR.

Per questo motivo esiste una completa incertezza sull’effettiva ampiezza del fenomeno e, nonostante si sia costruita una narrazione basata sul terrore circa un’epidemia da SARS-CoV-2, che non si può monitorare per mancanza di metodi diagnostici affidabili. Si sono spacciati per “morti covid” decessi le cui cause, alla luce di queste considerazioni, appaiono ancora da definire, visto che ufficialmente circa 30.000 decessi attendono di essere spiegati.

Per concludere, i governi che tengono tanto alla nostra salute impiegano miliardi di euro all’anno per le spese militari. In particolare, il governo che ha gestito l’emergenza, e che si è candidato a difenderci da una presunta pandemia attuando misure restrittive anticostituzionali, ha approvato [spese militari nel 2020 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?

Alla luce di tutto ciò, siamo certi che quello che è successo è veramente attribuibile al covid-19?

Inserito: 26 giugno 2021; ultima revisione: 17.XI.2021

Scienza e Democrazia/Science and Democracy

www.dmi.unipg.it/mamone/sci-dem