

## ANALISI E RISCONTRO

AL DOCUMENTO DEL 31 LUGLIO 2023, PUBBLICATO SUL SITO  
ISS IL 06 OTTOBRE 2023,

ELABORATO DAL GRUPPO DI LAVORO DELL'ISS, INFN, ISTAT,  
DIPARTIMENTO EPIDEMIOLOGIA REGIONE LAZIO AI FINI  
DELLA VALUTAZIONE DEL REPORT DELL'ASSOCIAZIONE  
UMANITA' E RAGIONE "MORTALITA' IN ECCESSO NEGLI ANNI  
2021 E 2022 DATI UFFICIALI DALL'ITALIA E DAL MONDO"

*Data chiusura documento: 9 FEBBRAIO 2024*

*A cura del gruppo di lavoro e dei revisori del report e dell'associazione Umanità e Ragione*



## *Umanità e Ragione*

### **Sintesi del documento di analisi dei ricercatori dell'ISS, dell'ISTAT, dell'INFN e del Dip. di Epidemiologia Regione Lazio.**

L'analisi del Report “*Mortalità in eccesso negli anni 2021 e 2022 dati ufficiali dall'Italia e dal mondo*” elaborata dal gruppo di ricercatori dell'ISS, dell'ISTAT, dell'INFN e del Dipartimento di Epidemiologia Regione Lazio, pubblicata dall'ISS lo scorso 06 ottobre, viene introdotta da una sintesi nella quale si osserva:

1. Che per gli anni 2021 e 2022 **si è effettivamente osservato un eccesso di mortalità** rispetto alla media del quinquennio 2015-2019, ma che l'andamento della mortalità sarebbe in linea con quanto atteso a seguito degli effetti dell'epidemia COVID-19, delle ondate di calore, dell'incidenza molto elevata (soprattutto a fine 2022) delle sindromi simil influenzali e dell'aumento della popolazione dei grandi anziani;
2. Che i dati sui decessi mensili 2011-2021 diffusi attraverso il sistema integrato possono essere correttamente utilizzati come termine di confronto con il dato provvisorio del 2022 e del 2023. Non possono considerarsi come rettifiche di dati del bilancio demografico già diffusi da Istat per gli stessi anni. Pertanto, i confronti andrebbero effettuati tra banche dati omogenee (con la specifica che il dato di bilancio definitivo per il 2022 sarà disponibile a dicembre 2023);
3. Che il confronto della mortalità per età del 2021 e del 2022 con quella del 2020 è alterato dalla particolarità che il “lockdown” e le altre misure restrittive della mobilità, adottate durante la pandemia di COVID-19, hanno comportato nel 2020 una riduzione del 27% della mortalità per incidenti stradali, rispetto al quinquennio precedente, che rappresentano un'importante causa di morte al di sotto dei 50 anni. Utilizzando come baseline la media 2015-2019, l'eccesso di mortalità per la popolazione under 50 non viene evidenziato.
4. Che **anche le loro analisi confermano un eccesso di mortalità tra le persone over 50 anni, ma soprattutto concentrato negli ultraottantenni.**
5. Che contrariamente a quanto riportato nella relazione di accompagnamento al Report sulla Mortalità in Eccesso, in cui si afferma che il costante eccesso di mortalità sembra escludere l'impatto di fenomeni stagionali, quali influenza, freddo o caldo, le loro analisi evidenziano per il 2021 e 2022 una forte correlazione dell'eccesso di mortalità con i picchi epidemici di COVID-19 e altri virus respiratori e con le ondate di calore confermate anche in altri Paesi europei.
6. Che l'incremento della mortalità totale verificatosi nel 2022 rispetto al 2021 è dello 0,6% e non del 7%.

In relazione alla metodologia utilizzata nel Report sulla Mortalità in eccesso, il gruppo di esperti critica la circostanza che non si sia tenuto conto del ruolo di alcuni fattori presuntivamente determinanti l'eccesso di mortalità degli anni 2021 e 2022, quali: l'epidemia di COVID-19; le ondate di calore; l'incidenza molto elevata delle sindromi simil-influenzali (causate da virus respiratori quali

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1

84124 Salerno - Italia

C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)

pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)

website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## *Umanità e Ragione*

l'influenza, il virus respiratorio sinciziale, ecc.); la ripresa delle morti accidentali che erano fortemente diminuite nel 2020 (es. quelle a seguito di incidenti stradali, che riguardano soprattutto la popolazione al di sotto dei 50 anni); l'aumento della popolazione nella fascia di età "100+" per quel che riguarda la mortalità dei grandi anziani; il rinvio degli interventi sanitari e non di emergenza nonché delle campagne di screening e prevenzione durante le fasi acute della pandemia (in particolare nel 2020), fattori che avrebbero determinato l'accumulo e l'aggravamento di malattie pregresse che potrebbero aver portato ad un aumento della mortalità negli anni successivi.

Viene, inoltre, criticata la circostanza che il report non definirebbe un gruppo di confronto "oggettivo" (quello che viene chiamata nella letteratura scientifica "*baseline*") per stimare l'eccesso di mortalità, in quanto in alcune figure il confronto sarebbe con il periodo 2015-2019, in altre con il 2020; in aggiunta, in alcune parti del documento verrebbero utilizzati per il confronto gli anni 2018 e 2019, in altre parti il confronto sarebbe effettuato con altri periodi senza giustificare la scelta del cambiamento della "*baseline*".

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1  
84124 Salerno - Italia  
C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)  
pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)  
website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## *Umanità e Ragione*

### **Replica al documento di analisi dei ricercatori dell'ISS, dell'ISTAT, dell'INFN e del Dip. di Epidemiologia Regione Lazio.**

#### **Osservazioni sulla metodologia.**

Occorre innanzitutto rispondere alle osservazioni sulla metodologia utilizzata nel Report “*Mortalità in eccesso negli anni 2021 e 2022 dati ufficiali dall'Italia e dal mondo*”, al fine di poter poi affrontare più nel dettaglio le critiche di merito allo studio.

Come spiegato nella relazione accompagnatoria del Report del 07 aprile 2023, pur ritenendo più corretto un raffronto effettuato con il biennio antecedente il 2020 in luogo del quinquennio (come spiegato, a meri fini conoscitivi, nella relazione), **per il “gruppo di confronto” sono stati utilizzati gli stessi criteri di riferimento utilizzati dagli Enti di ricerca nazionali ed internazionali dai cui database sono stati estratti i dati**, e ciò proprio al fine di evitare che un eventuale cambio dei parametri potesse essere letto come un tentativo di strumentalizzazione della ricerca.

Conseguentemente, per i dati ufficiali (ISTAT) relativi alla mortalità registrata in Italia nel biennio 2021-2022 - e, dunque, per l'analisi che ha interessato l'Italia - è stata utilizzata la stessa *baseline* adottata dall'Istituto che ha, peraltro, rappresentato il parametro di riferimento delle Istituzioni nel periodo pandemico (media 2015-2019).

Il raffronto effettuato con l'anno 2020 è un'elaborazione aggiuntiva, necessaria a far emergere alcune anomalie di cui si è detto approfonditamente nella relazione e che saranno in seguito ulteriormente spiegate.

Nel confronto con gli altri Stati UE ed extra UE si è fatto riferimento ai *database* istituzionali europei ed internazionali che, in alcuni casi, hanno adottato diversi parametri di raffronto, facendo riferimento ad una media stimata sul periodo 2016-2019 (EUROSTAT), anziché alla media 2015-2019. Non essendo metodologicamente corretto modificare il gruppo di confronto utilizzato nel *database* da cui vengono estratti i dati, gli esperti hanno giustamente ritenuto di non dover alterare il parametro, onde evitare errori e risultati falsati, appunto, dalla modifica della *baseline*.

La differenza del criterio utilizzato dai diversi database di riferimento per il raffronto con l'estero è stata correttamente evidenziata sia nella relazione accompagnatoria (pagg. da 6 a 9) che nel report.

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1  
84124 Salerno - Italia  
C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)  
pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)  
website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## Umanità e Ragione

### Osservazioni sulle cause dell'eccesso di mortalità.

L'analisi pubblicata dall'ISS in risposta al Report diffuso da U&R conferma effettivamente l'eccesso di mortalità rilevato nel nostro studio (come in studi ufficiali di Paesi di grande tradizione nella raccolta di tali dati: ad es. *Pearson-Stuttard J, Caul S, McDonald S, et al. Excess mortality in England post Covid-19 pandemic: implications for secondary prevention, The Lancet Regional Health - Europe, Volume 36, 2024, 100802, <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100802>*).

Le osservazioni critiche dei ricercatori si concentrano esclusivamente su alcune affermazioni che è opportuno chiarire, in quanto non corrispondenti al contenuto del Report oggetto di analisi, e sulle presunte cause dell'eccesso di mortalità verificatosi in Italia, su cui ci si soffermerà per spiegare nel dettaglio i motivi di contrasto tra le rispettive conclusioni.

Quanto al primo aspetto, fermo restando la conferma dei nostri dati da parte dei ricercatori, va chiarito che gli autori dello studio "*Mortalità in eccesso negli anni 2021 e 2022 dati ufficiali dall'Italia e dal mondo*" non hanno mai sostenuto che nel 2021 e nel 2022 si sia verificato un eccesso di mortalità nelle fasce giovanili della popolazione in comparazione al quinquennio pre-pandemico, ma solo ed esclusivamente in riferimento all'anno 2020. Questa informazione è stata accompagnata dalla precisazione che "*Nel grafico 5 del report, vediamo che la mortalità della popolazione fino ai 50 anni registrata nel 2020 è stata inferiore rispetto alla media 2015-2019*" (cfr. grafico 5 del report e pag. 11 della relazione esplicativa).

Proseguendo nella spiegazione, è stato evidenziato come l'eccesso di mortalità del 2021 rispetto al 2020 abbia interessato, in particolare, anche le categorie dei bambini e dei grandi anziani (eccesso per questi ultimi confermato anche nel 2022), categorie rispetto alle quali l'eccesso di mortalità è difficilmente spiegabile con la diminuzione degli incidenti stradali ipoteticamente verificatisi nei periodi di lockdown e di misure restrittive alla mobilità, come sostenuto nell'analisi degli esperti a pag.8.

Come spiegato nella relazione di accompagnamento al Report (pag.12), gli autori non fanno ipotesi sulle cause del fenomeno, pur ritenendo poco plausibile, soprattutto per i giovani, l'imputazione dell'eccesso alla Covid-19 o alla mala sanità, ma chiedono di procedere ad una seria indagine del fenomeno, che non può prescindere dal monitoraggio e dall'identificazione delle reali cause dei decessi occorsi nel periodo di riferimento per la suddetta categoria. La richiesta di approfondimento è motivata dal rilievo che "*il picco di decessi nelle fasce giovani della popolazione, soprattutto nel 2021, è un dato in allarmante in controtendenza rispetto alla decrescita costante di mortalità registrata per la medesima categoria dal 2011 in avanti.*" (cfr. pag. 12, 2 cpv. della relazione).

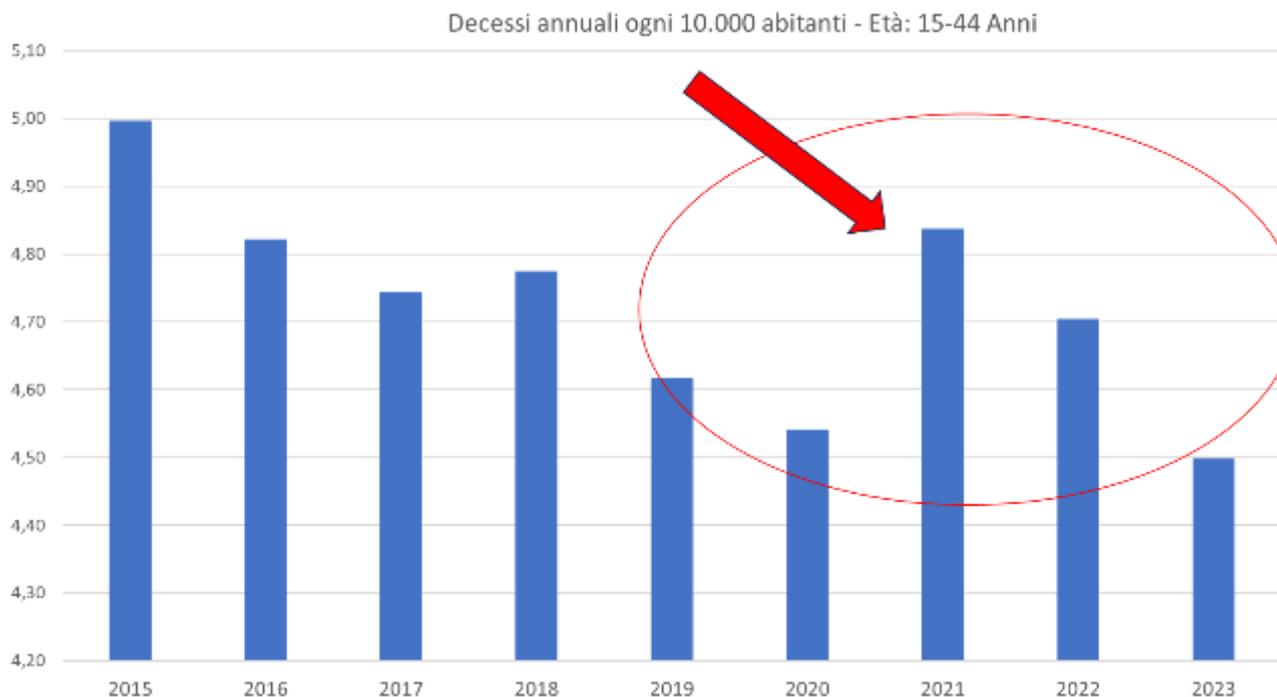
Quanto sopra è evidenziato dal seguente grafico che riporta il numero di decessi ogni 10.000 abitanti nella fascia 15-44 anni:

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1  
84124 Salerno - Italia  
C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)  
pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)  
website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## Umanità e Ragione



È evidente l'inversione di tendenza negli anni 2021 e 2022.

Va, peraltro, chiarito che il report pubblicato da U&R è focalizzato sui grandi numeri, per i quali predomina, com'è ovvio aspettarsi, la mortalità delle classi d'età più avanzate. Tuttavia, ove si volesse impostare un'indagine più rigorosa e specifica sul fenomeno della mortalità giovanile, le conclusioni cui perviene il gruppo di ricerca dell'ISS non sarebbero seriamente sostenibili, essendo necessario un esame dei tassi di mortalità (obbligata per le fasce di popolazione in continuo calo demografico) con differenziazione dei due generi.

In ogni caso, il tema della mortalità giovanile, data la sua rilevanza, non può essere liquidato così frettolosamente e, pertanto, sarà oggetto di più approfondita analisi in un apposito studio a ciò dedicato.

Va, inoltre, precisato che il tasso di incremento del 7% della mortalità registrata nel 2022 rispetto al 2021 è corretto in quanto **l'incremento si riferisce all'eccesso** - che è peraltro l'oggetto specifico del Report - e non alla mortalità generale, sulla quale invece si sono basati i ricercatori dell'analisi pubblicata dall'ISS per la stima dello 0,6% (si v. grafico 3, pag. 8 del Report e pag. 2 ultimo cpv. dell'analisi dell'ISS).

Quanto alle cause del fenomeno evidenziato nel Report "*Mortalità in eccesso negli anni 2021 e 2022 dati ufficiali dall'Italia e dal mondo*" e confermato dal gruppo di ricercatori istituzionali, la risposta

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1  
84124 Salerno - Italia  
C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)  
pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)  
website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## *Umanità e Ragione*

di questi ultimi non è fondata sui dati ufficiali comprovanti le reali cause dei decessi, com'era stato richiesto dai nostri esperti.

Le spiegazioni fornite nell'analisi pubblicata dall'ISS, purtroppo, non solo non trovano alcun riscontro nella documentazione di supporto citata dai ricercatori in bibliografia, ma sono smentite dai dati ufficiali.

Nell'analisi al Report viene sostenuto che l'eccesso di mortalità sarebbe da attribuire ai seguenti fattori:

- 1) *“L'epidemia Covid-19”*;
- 2) *“Le ondate di calore”*;
- 3) *“L'incidenza molto elevata delle sindromi simil-influenzali”*;
- 4) *“La ripresa di morti accidentali”* per incidenti stradali;
- 5) L'aumento della popolazione *“nella fascia “100+”*”;
- 6) *“Il rinvio degli interventi sanitari e non di emergenza nonché delle campagne di screening e prevenzione durante le fasi acute della pandemia”*.

Tuttavia, le predette affermazioni non sono fondate su fonti ufficiali attestanti l'impatto dei fenomeni citati sulla mortalità totale e le cause dei decessi, ma sono basate su pochi studi che oltre ad avere il limite di essere delle semplici pubblicazioni scientifiche (dunque, non indagini istituzionali ad ampio raggio effettuate su dati certi, verificati e non ipotizzati), non contengono le informazioni sui decessi che sarebbero necessarie ad individuare le reali cause dell'eccesso di mortalità.

- 1) Quanto al primo fattore causale (l'epidemia Covid-19) preme innanzitutto rilevare che l'attribuzione alla Covid-19 dell'eccesso di mortalità in relazione ad una popolazione vaccinata (stando alle fonti ufficiali) per il 90,25% con doppia dose e per l'84,89% con terza dose<sup>1</sup>, equivale a confermare il fallimento della campagna vaccinale quanto alla prevenzione non solo del contagio, ma anche delle forme gravi della malattia.**

La classificazione dei decessi come “morti Covid-19” è stata, peraltro, sempre molto discussa, considerati i criteri utilizzati sin dall'inizio della pandemia per individuare la causa del decesso nei soggetti risultati positivi al test Sars-Cov-2.

Ciò premesso, **la riferibilità dell'eccesso di mortalità alla Covid-19 non trova alcun riscontro nelle fonti citate dai ricercatori autori dell'analisi pubblicata dall'ISS.**

Al contrario, proprio analizzando la bibliografia indicata a supporto dell'affermazione, è possibile verificare che la “Figura 2” a pag.6, che sembrerebbe individuare un andamento parallelo dei picchi epidemici Covid-19 e dell'eccesso di mortalità, non è stata tratta, come riferito dai ricercatori (cfr. pag. 5, ultimo cpv. dell'analisi) dallo studio dagli stessi indicato

<sup>1</sup> <https://www.governo.it/it/cscovid19/report-vaccini/>



## Umanità e Ragione

sub7, né sono identificabili eventuali ulteriori fonti utilizzate. Lo studio citato, infatti, analizza statisticamente e tramite un modello matematico la mortalità nel periodo 2015- 2020 e non anche nel periodo 2021/2022 il che spiega perché non riporta, né potrebbe riportare, alcun grafico eguale a quello riportato nell'analisi pubblicata dall'ISS. Pertanto, sia le figure contenute nell'analisi del gruppo di esperti incaricato, sia la bibliografia citata non possono avallare in alcun modo l'argomentazione secondo la quale l'andamento dei picchi di decessi sarebbe associato "alle ondate dei decessi Covid-19" (definizione, anche questa, alquanto incerta), ancor più considerando che non sono state indicate le fonti dalle quali sarebbero state estratte le informazioni necessarie all'elaborazione dei grafici riportati nel documento (in particolare la distinzione dei decessi per cause di morte, ivi inclusa la Covid, per gli anni 2021-2022).

Figura 2 pag.6 della risposta ISS:

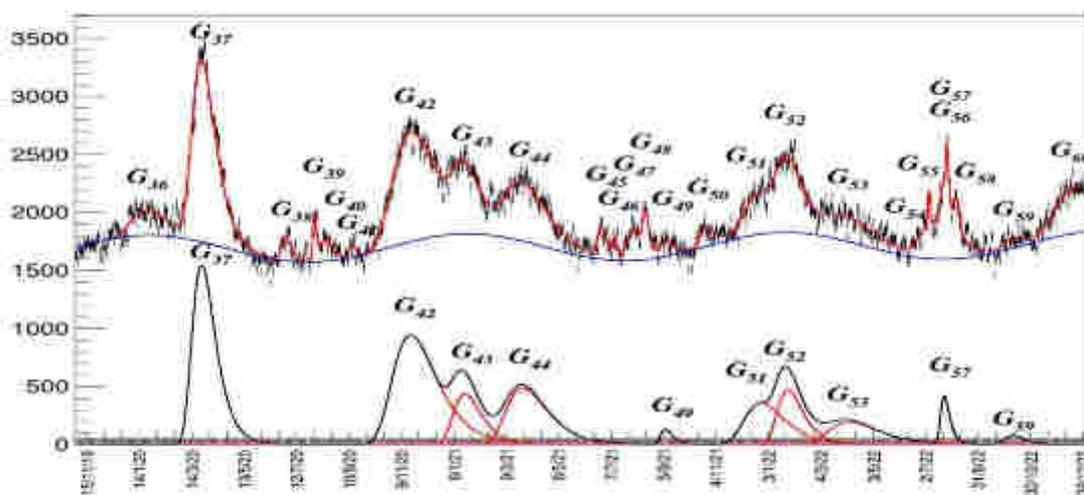


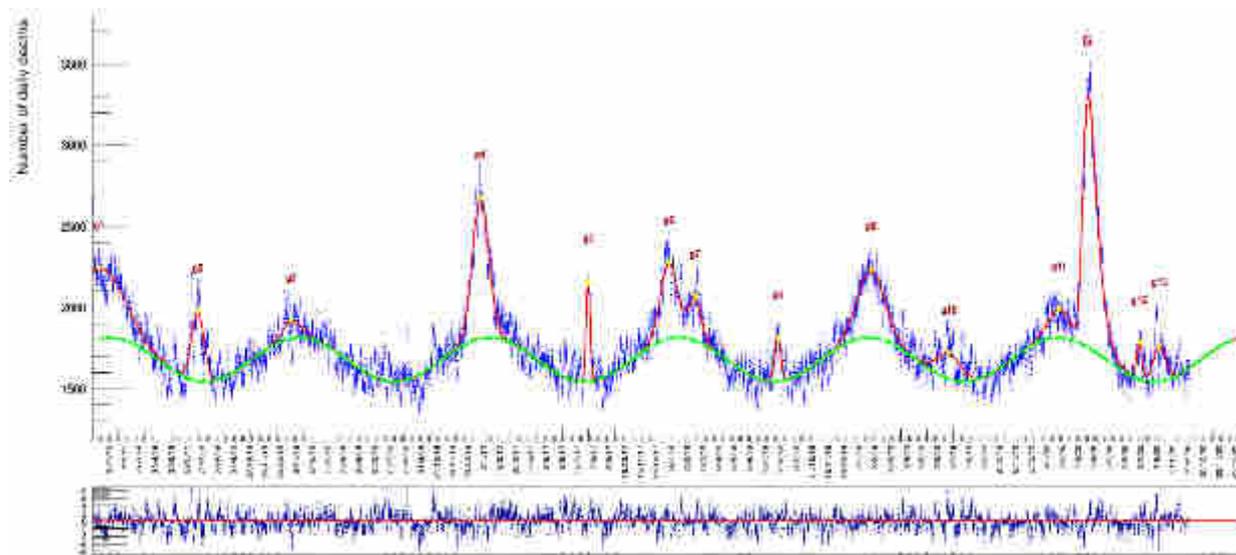
Figura tratta dallo studio citato "A Statistical Analysis of Death Rates in Italy for the Years 2015–2020 and a Comparison with the Casualties Reported from the COVID-19 Pandemic", periodo di riferimento 2015-2020:

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1  
84124 Salerno - Italia  
C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)  
pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)  
website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## Umanità e Ragione



Va, comunque, ribadito che sostenere che l'eccesso di mortalità 2021-2022 sia imputabile alla mortalità Covid, significa ammettere la campagna vaccinale non ha apportato l'invocata riduzione del numero dei decessi per Covid e, con essa, della mortalità generale.

In ogni caso, il presunto impatto della "Covid-19" sull'eccesso di mortalità riscontrato nel 2021 e nel 2022 non è stato in alcun modo dimostrato.

Inoltre, come già evidenziato nella nostra precedente Relazione al Report, deve essere considerato che la mortalità totale nel 2021 e nel 2022 avrebbe dovuto diminuire e non aumentare, per i seguenti motivi:

1. il cosiddetto *effetto harvesting* o "effetto mietitura": il rilevante numero di anziani e fragili deceduto nel 2020 (gli italiani hanno perso in media 1,2 anni di vita), avrebbe dovuto comportare una *riduzione compensatoria* di mortalità nelle predette fasce della popolazione nel 2021;
2. si sono raggiunti più di 5 milioni di guariti ufficiali a fine 2021 (ed almeno altrettanti pauci-/asintomatici non confermati, che hanno superato l'infezione), con un'immunità robusta e duratura;
3. nel 2021-2022 vi è stata una migliore gestione organizzativa, benché ancora carente e sotto alcuni aspetti errata, rispetto al 2020;
4. si dispone di migliori conoscenze sulla trasmissione del virus e sulla disponibilità di utili misure protettive non farmacologiche e terapie farmacologiche;
5. si dispone di terapie migliori per casi gravi e critici;
6. l'inverno 2021 è stato caratterizzato dalla predominanza della variante Omicron, molto più mite delle precedenti (si sono registrati molti meno ricoveri a parità di infezioni rispetto alla variante Delta, e significativamente più brevi, come pure di accessi in terapia intensiva. Lo stesso ISS ha stimato una riduzione di 44 volte dell'IFR (decessi negli infetti)

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1

84124 Salerno - Italia

C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)

pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)

website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## *Umanità e Ragione*

con Omicron rispetto al ceppo originario o alla variante alfa (Marziano V, Guzzetta G, Menegale F, et al. Estimating SARS-CoV-2 infections and associated changes in COVID-19 severity and fatality. *Influenza Other Respir Viruses*. 2023 Aug 16;17(8):e13181. doi: 10.1111/irv.13181).

### **2) Anche il secondo fattore causale (ondate di calore) non trova alcun conforto nelle fonti citate nell'analisi pubblicata dall'ISS.**

Non v'è, infatti, alcuna fonte che indichi con precisione il numero dei decessi attribuibili al caldo. L'affermazione è, inoltre, smentita dai dati di dettaglio sull'eccesso di mortalità riscontrato nel 2021 e nel 2022 attestanti la presenza del fenomeno in tutti i mesi dell'anno e non solo in quelli estivi.

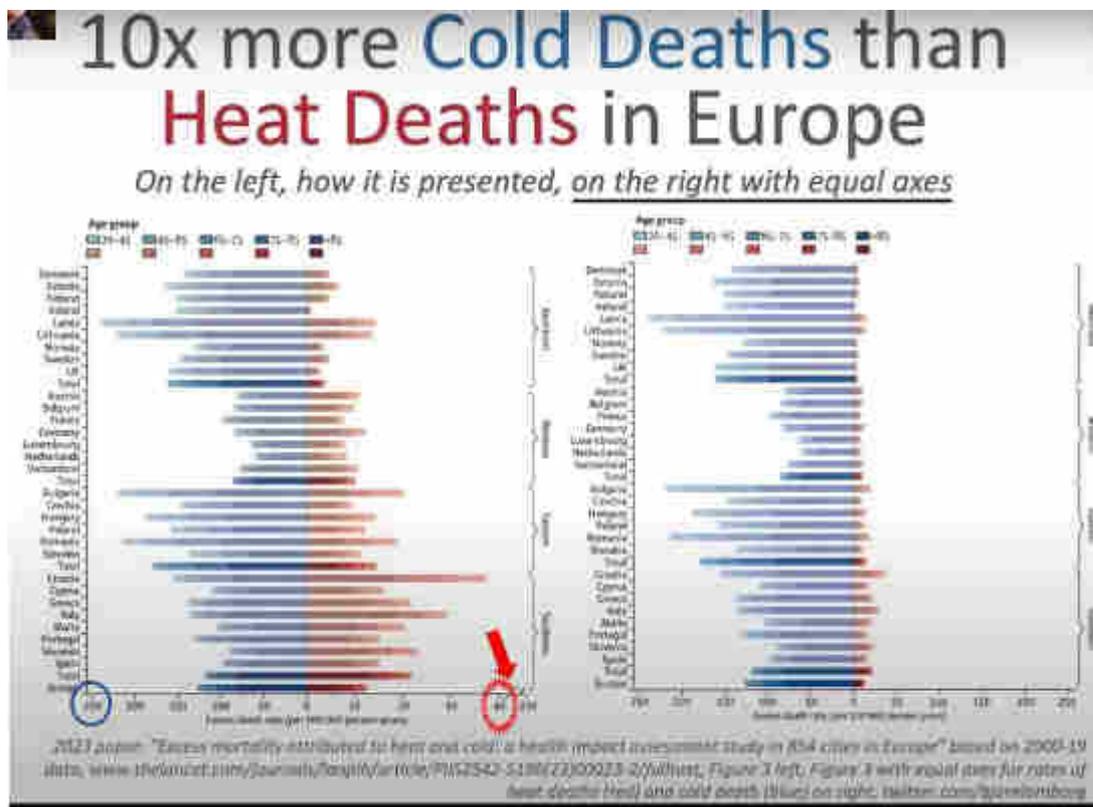
Si aggiunga che gli effetti sulla mortalità andrebbero considerati soprattutto su base annua, e da questo punto di vista è molto improbabile che gli aumenti annui di temperatura nel 2021-2022 si siano ripercossi negativamente sul *trend* di mortalità. A tale proposito, si riporta l'analisi pubblicata su *The Lancet* (Masselot P, et al. *Excess mortality attributed to heat and cold: a health impact assessment study in 854 cities in Europe*. *Lancet Planet Health*. 2023 Apr;7(4):e271-e281. doi: 10.1016/S2542-5196(23)00023-2). Gli autori hanno analizzato in base a dataset ufficiali (a partire da Eurostat) i morti attribuiti al caldo e al freddo verificatisi negli adulti di 20 o più anni nell'insieme delle città d'Europa con popolazione pari o superiore ai 50.000 abitanti, nel ventennio 2000-2019. Al contrario di quanto diffusamente ritenuto, si sono verificati 10,2 volte più morti di freddo (~203.600) rispetto ai morti di caldo (~20.170). La sproporzione è ovviamente risultata maggiore nei paesi nordici, ma anche in Italia i morti attribuiti al freddo sono stati 4,5 volte più di quelli attribuiti al caldo. Si aggiunga che il rapporto tra morti di freddo vs di caldo, che appare già molto sbilanciato, è una sovrastima della responsabilità relativa del caldo, perché basato sulle sole aree urbane europee. Le aree urbane sono infatti "Isole di calore" al confronto con il resto del territorio, per maggiori emissioni di calore e perché più coperte da superfici impermeabili, che aumentano ancora le temperature. Il grafico sotto riprodotto, da *Lancet*, ha tentato in modo non corretto di attenuare visivamente l'impatto di questa informazione, alterando la scala di misurazione nella parte di destra sull'asse delle ascisse. Alcuni commentatori se ne sono accorti e hanno diffuso un grafico corretto in base ai numeri effettivamente riportati, che è accostato a destra a quello della pubblicazione.

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1  
84124 Salerno - Italia  
C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)  
pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)  
website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## Umanità e Ragione



### 3) Il terzo fattore causale (sindromi simil-influenzali), come i precedenti, non trova riscontro nei dati e negli studi citati dai ricercatori.

Lo studio sulle sindromi influenzali, menzionato per suffragare l'ipotesi di impatto del suddetto fenomeno sulla mortalità generale, nulla dice in merito ai decessi. Trattasi, infatti, soltanto di un'indagine effettuata sulla base delle informazioni fornite da 1500 medici di base/sanitari in merito alla diffusione virale in Italia che non contiene alcun dato sulle morti asseritamente attribuibili alle sindromi simil-influenzali.

Se ci si riferisce alle fonti ufficiali sui decessi da influenza (che includono anche sindromi influenzali), la Tabella sottostante riporta i dati ISTAT (<http://dati.istat.it/> cliccare a sinistra su **salute e sanità**, → **cause di morte**, → **mortalità per territorio di evento**):

Italia – Causa iniziale di morte: influenza	Anno

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1  
 84124 Salerno - Italia  
 C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)  
 pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)  
 website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## Umanità e Ragione

963	2003
470	2004
1341	2005
298	2006
411	2007
456	2008
615	2009
267	2010
510	2011
458	2012
417	2013
272	2014
675	2015
316	2016
663	2017
745	2018
683	2019
608	2020

Se si fa riferimento alle Circolari del Ministero della Salute, che riportano negli anni le forme gravi e complicate di influenza *confermata* e i decessi confermati per influenza, i numeri sono ancora inferiori, come mostra la tabella sotto riportata (<https://www.salute.gov.it/portale/influenza/archivioNormativaInfluenza.jsp?lingua=italiano&iPageNo=3>).

Stagione influenzale	Forme gravi	Decessi
	da influenza confermata	
2009/10	592	204
2010/11	421	162
2011/12	Non indicato	Non indicato
2012/13	Non indicato	Non indicato
2013/14 (fino al 29/05/13)	132	37

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1  
84124 Salerno - Italia  
C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)  
pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)  
website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## Umanità e Ragione

<b>2014/15</b>	485	160
<b>2015/16</b>	89	32
<b>2016/17</b>	162	68
<b>2017/18</b>	Non indicato	Non indicato
<b>2018/19</b>	Non indicato	Non indicato
<b>2019/20</b>	Non indicato	Non indicato
<b>2020/21</b>	Non indicato	Non indicato
<b>2021/22</b>	Non indicato	Non indicato
<b>2022/23</b>	Non indicato	Non indicato

In ogni caso, considerati i numeri annualmente registrati, non pare verosimile che i decessi da influenza confermata siano aumentati nel 2021 e 2022 al punto da condizionare pesantemente gli eccessi di mortalità riscontrati. Per l'insieme delle sindromi influenzali vale probabilmente la stessa considerazione, in attesa dei dati ufficiali.

A margine, ci si potrebbe chiedere perché le fonti istituzionali sanitarie diffondano a medici e popolazione dati abitualmente molto più “drammatici” sulla mortalità annua da “influenza”.

La promozione della vaccinazione annua antinfluenzale non può certo giustificare la diffusione di notizie errate e fuorvianti sui numeri dei decessi da influenza. Ciò soprattutto se si considera che l'impatto della vaccinazione antinfluenzale sulla mortalità totale è enfatizzato da studi osservazionali, prони a molteplici fattori di confondimento, e soggetti a una forte esagerazione dei benefici di questa vaccinazione. I pochi studi clinici randomizzati controllati che hanno valutato l'impatto sulla mortalità cardiovascolare (e totale) non hanno rilevato benefici, se non nei soggetti con sindrome coronarica acuta nell'ultimo anno. Negli altri la tendenza è stata addirittura contraria (*Behrouzi B, Bhatt DL, Cannon CP, et al. Association of Influenza Vaccination With Cardiovascular Risk: A Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2022 Apr 1;5(4):e228873. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.8873*), come sinteticamente mostrato anche nelle due slide sottostanti.

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1  
84124 Salerno - Italia  
C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)  
pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)  
website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



# Umanità e Ragione

Original Investigation | Cardiology

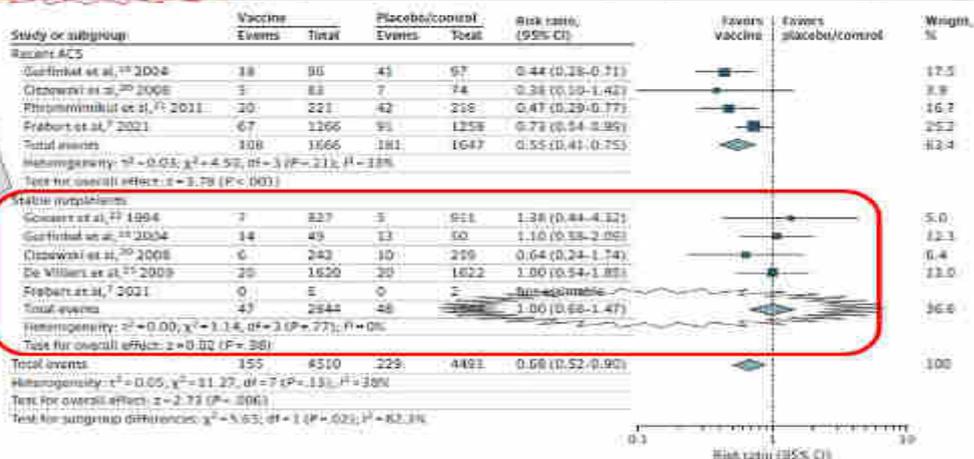
## Association of Influenza Vaccination With Cardiovascular Risk A Meta-analysis

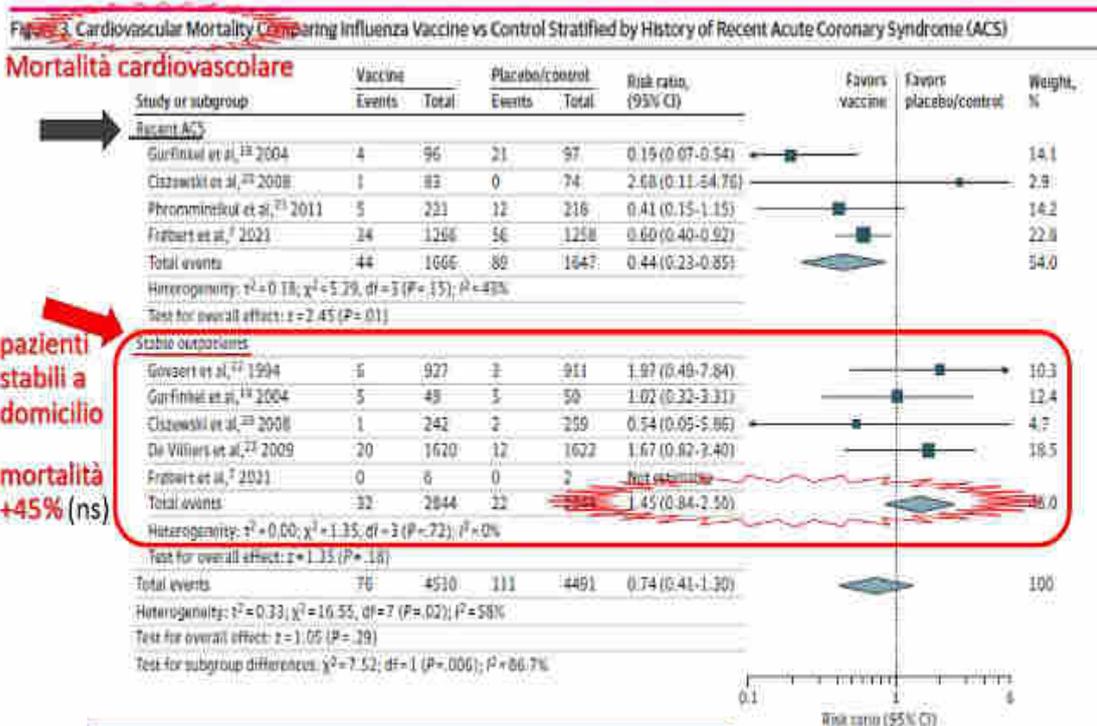
JAMA Network Open 2022;5(4):e228873. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.8873

Bahar Behrouzi, MSc; Deepak L. Bhatt, MD, MPH; Christopher P. Cannon, MD; Orly Vardany, PharmD, MS; Douglas S. Lee, MD, PhD; Scott D. Solomon, MD; Jacob A. Udell, MD, MPH

Figure 2. Major Adverse Cardiovascular Events Comparing Influenza Vaccine vs Control Stratified by History of Recent Acute Coronary Syndrome (ACS)

Il rombo in centro su riga verticale vuol dire: in anziani stabili a casa (senza sindrome coronarica acuta) la vaccinazione influenzale **non** riduce gli eventi CV maggiori





**pazienti stabili a domicilio mortalità +45% (ns)**

**In anziani senza infarto (né scompenso cardiaco) il rischio di morte CV potrebbe aumentare**

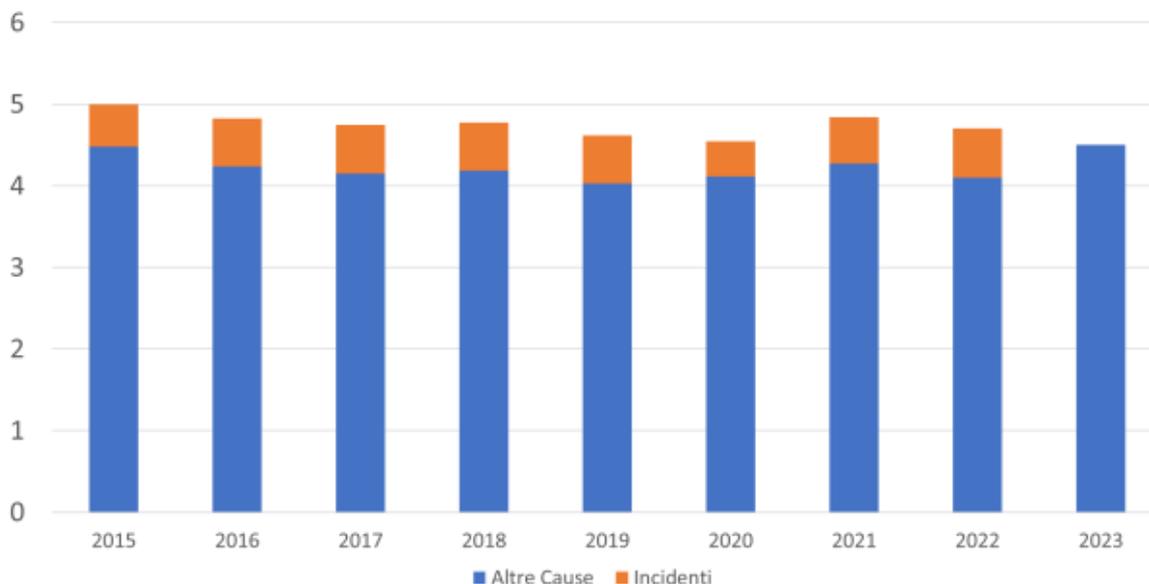
doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.8873

- 4) Il quarto fattore causale (morti accidentali per sinistri stradali) ipotizzato nell'analisi di riscontro è smentito dai dati ufficiali. Il grafico di seguito riporta il numero di decessi ogni 10.000 abitanti con la distinzione tra decessi per incidenti stradali (fino al 2022) e per tutte le altre cause:



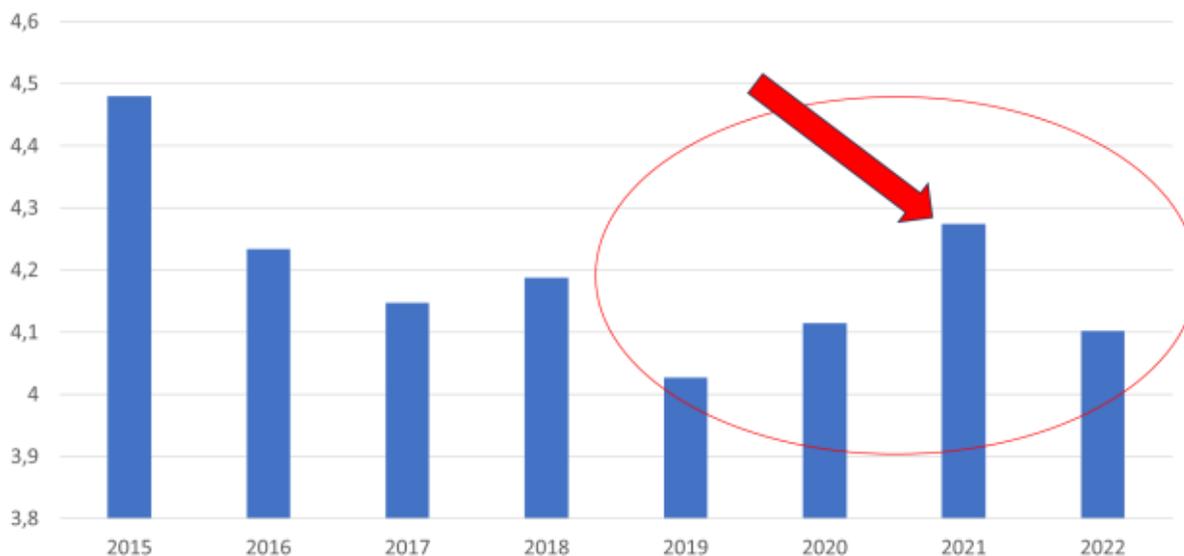
## Umanità e Ragione

Decessi ogni 10.000 abitanti 15-44 Anni



Anche scorporando i decessi per incidenti permane l'anomalia negli anni 2021 e 2022:

Decessi ogni 10.000 abitanti 15-44 Anni  
Altre cause escluso incidenti stradali



Su questo aspetto, alla luce di quanto sopra indicato possiamo concludere che:

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1  
84124 Salerno - Italia  
C.F.: 95190600650  
e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)  
pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)  
website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## Umanità e Ragione

- a) *“La ripresa di morti accidentali”* per incidenti stradali non giustifica l’anomalo andamento del 2021 e 2022, poiché l’anomalo andamento permane anche eliminando tale causa.
- b) Scorporando le morti per incidenti stradali si commette, in ogni caso, un errore metodologico. Infatti, tra le possibili cause di morte nella fascia giovanile vanno sicuramente considerate anche le cosiddette “morti improvvise”, fenomeno che ha portato alcune regioni all’istituzione di specifici registri. È di tutta evidenza che “un decesso per incidente stradale” può essere conseguenza di “una morte/un malore improvviso” e, pertanto, in una prima fase di analisi che ha il solo scopo di evidenziare un’anomalia, l’eventuale influenza degli incidenti stradali non può essere utilizzata come facile giustificazione per evitare ulteriori approfondimenti.
- c) In merito alle ulteriori giustificazioni riportate a pag. 2 dell’analisi dell’ISS (assenza di anomalie rispetto alla media dei decessi 2015-2019), giova ricordare che l’utilizzo quale baseline della media 2015-2019 dei decessi per valutare l’eventuale eccesso di mortalità non appare corretto stante l’andamento costantemente decrescente nel periodo come illustrato nella figura a pag. 6 di questo documento. Infine, l’affermazione finale pag.2 punto 3 dell’analisi *‘questo risultato è confermato anche attraverso l’utilizzo di un baseline calcolato mediante un modello statistico più complesso e più appropriato’* non è supportata da alcun riferimento al modello citato.
- 5) Il quinto fattore causale (aumento della popolazione “nella fascia “100+”) non può seriamente spiegare i numeri dell’eccesso di mortalità riscontrato.**
- Oltre ad essere una mera ipotesi, non documentata e numericamente non definita rispetto alla popolazione di riferimento, va considerato che il periodo oggetto di indagine nel Report è di soli tre anni, sicché l’ingresso nella categoria degli “over 100” che si concretizza nell’“invecchiamento” di uno o due anni dei soggetti in questione, oltre a non avere, verosimilmente, una particolare rilevanza numerica, difficilmente può rappresentare un fattore impattante sul sostanziale eccesso di mortalità riscontrato nel periodo.

Ed infatti, nella fascia 100+ normalizzata per popolazione, la situazione è la seguente:

	2015	2016	2017	2018	2019	Media 2015/2019	2020	2021	2022
Popolazione	19.095	18.765	17.630	15.647	14.132	17.054	14.804	17.177	19.714
Decessi	9.537	8.325	7.877	6.886	6.395	7.804	8.175	8.494	10.126
Totali	50	44	45	44	45	46	55	49	51



## Umanità e Ragione

Come evidente l'eccesso di mortalità registrato nel 2021 e 2022 permane anche normalizzando per la popolazione:



- 6) **Da ultimo, anche il sesto fattore causale indicato nell'analisi ("rinvio degli interventi sanitari e non di emergenza nonché delle campagne di screening e prevenzione durante le fasi acute della pandemia") non viene corroborato da alcun dato ufficiale attestante l'aumento del numero di decessi correlato alle omesse e/o tardive cure o screening in raffronto agli anni precedenti, riducendosi ad una mera congettura dei ricercatori.**

Per quanto riguarda gli screening, la cui riduzione avrebbe pesato sulla mortalità, le revisioni sistematiche degli studi di maggior validità (studi clinici randomizzati controllati o RCT) smentiscono tale argomentazione e diffusa credenza.

Per gli screening tumorali, una celebre revisione sistematica (*Saquist N, Saquist J, Ioannidis JP. Does screening for disease save lives in asymptomatic adults? Systematic review of meta-analyses and randomized trials. Int J Epidemiol. 2015 Feb;44(1):264-77. doi: 10.1093/ije/dyu140*) aveva già escluso che salvassero vite in termini di minor mortalità totale, ridimensionando notevolmente anche la riduzione possibile di mortalità specifica.

Una revisione sistematica più recente (*Bretthauer M, Wieszczy P, Løberg M, et al. Estimated Lifetime Gained With Cancer Screening Tests: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. JAMA Intern Med. 2023 Nov 1;183(11):1196-1203. doi: 10.1001/jamainternmed.2023.3798*) è giunta alle stesse conclusioni: "The findings of this meta-analysis suggest that current evidence does not substantiate the claim that common cancer screening tests save lives by extending lifetime, except possibly for colorectal cancer screening with sigmoidoscopy."

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1

84124 Salerno - Italia

C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)

pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)

website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## *Umanità e Ragione*

Per i test di screening in generale (non solo tumorali) è giunta a conclusioni simili una revisione sistematica con metanalisi Cochrane del 2019 (Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. *General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Jan 31;1(1):CD009009. doi: 10.1002/14651858.CD009009.pub3*).

Si riportano alcune illustrazioni che ne sono tratte, che dimostrano che nell'insieme dei RCT sul tema la mortalità totale non cambia. Inoltre, non si riscontra in Europa la minima tendenza al beneficio osservata negli USA (dove partecipare a un RCT potrebbe essere per molti un'occasione di avere gratis qualche esame, in assenza di un SSN e in carenza di assistenza sanitaria primaria, condizioni invece assicurate in Italia e in quasi tutti i paesi europei...):

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1  
84124 Salerno - Italia  
C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)  
pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)  
website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



# Umanità e Ragione

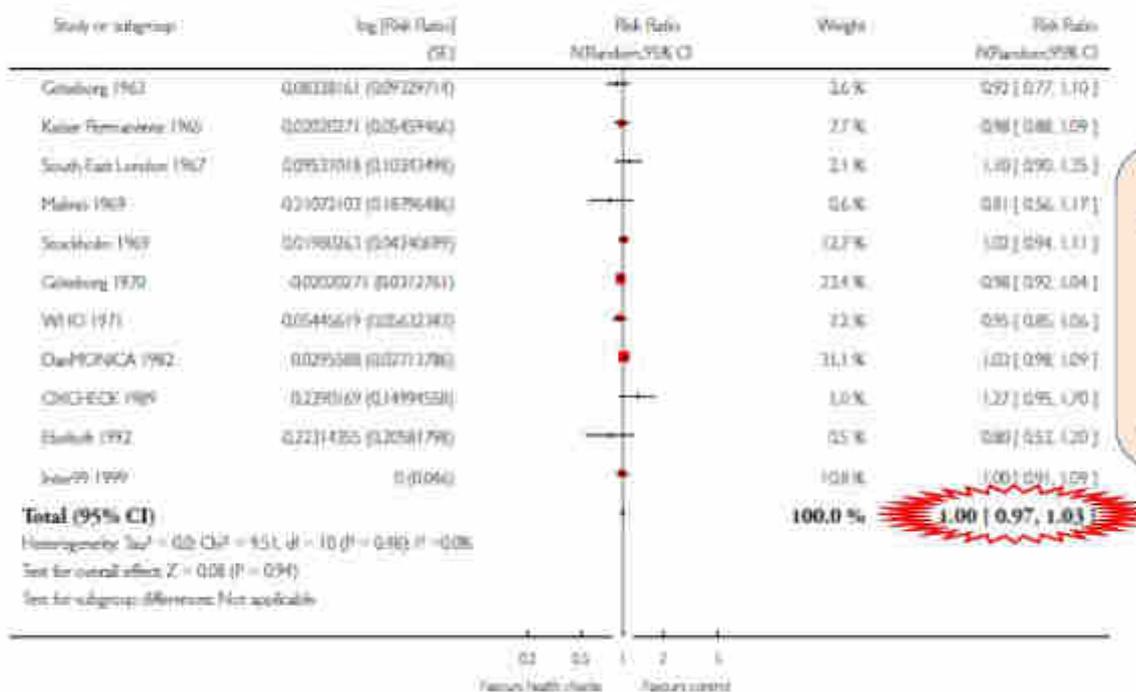
## Analysis 1.1: Comparison 1 Health checks versus control, Outcome 1 Total mortality

Review: General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease

Comparison: 1 Health checks versus control

Outcome: 1 Total mortality

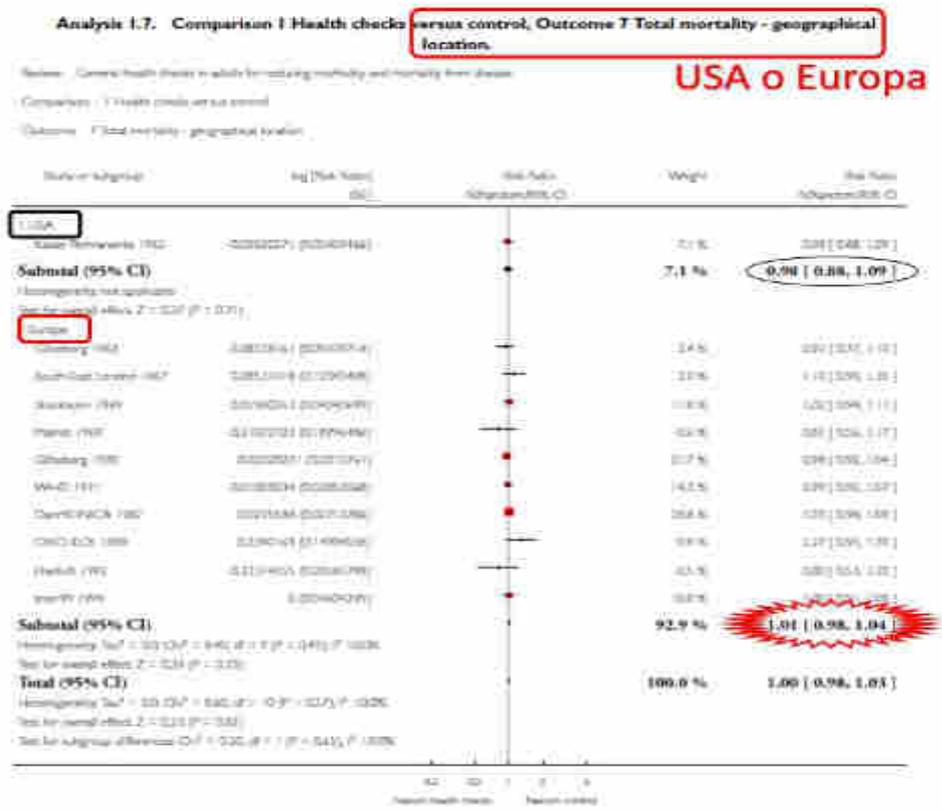
### Mortalità totale



La mortalità non cambia?!  
E allora perché si dovrebbero fare test di screening?



# Umanità e Ragione



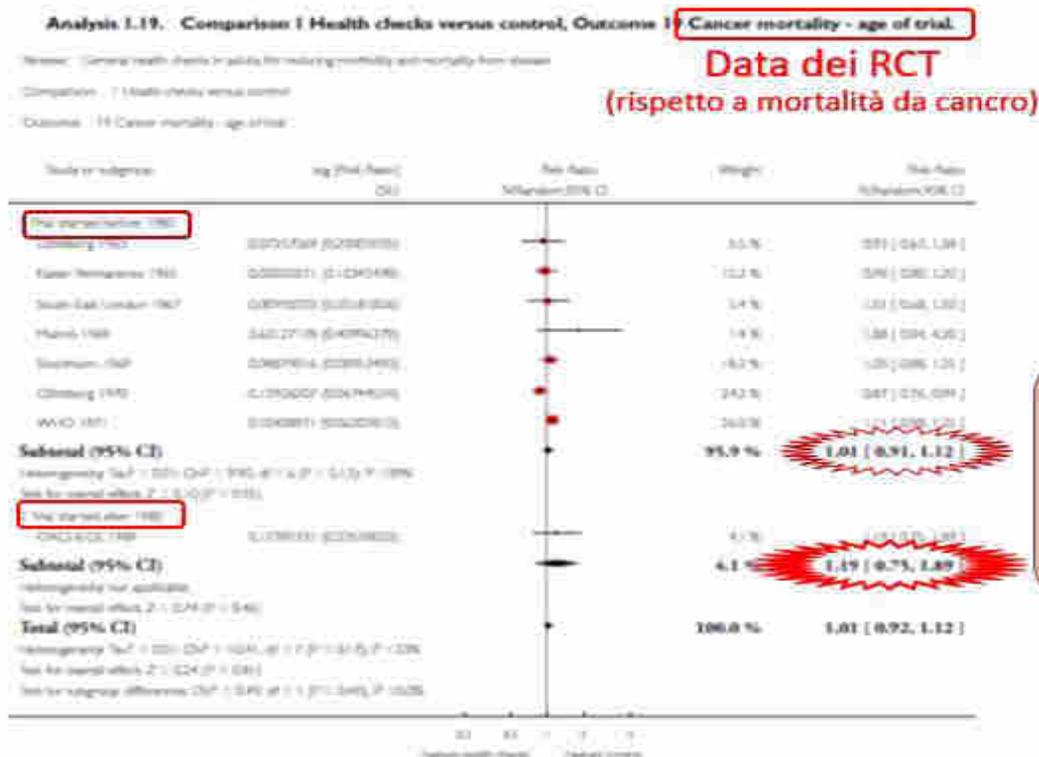
Negli USA è andata un po' meglio che in Europa. E noi siamo in Europa!

Ancora, nei RCT più recenti non c'è alcuna tendenza a maggiori benefici sulla mortalità totale, e nel caso della mortalità tumorale la situazione tende a essere anche peggiore. Ciò potrebbe accadere perché l'uso di tecniche diagnostiche sempre più sensibili produce un aumento relativo di sovradiagnosi di tumori non destinati a progredire nel corso della vita, ma implica l'aumento relativo della tossicità da trattamenti non necessari (es.: *Donzelli A. The benefits and harms of breast cancer screening. Lancet. 2013 Mar 9;381(9869):799-800. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60619-4*):





## Umanità e Ragione



In screening per cancro, nei RCT più recenti va persino peggio...!

Si riportano due esempi specifici a conferma di quanto esposto.

Per lo **screening del tumore mammario**, Peter Gøtzsche, autore della storica revisione Cochrane (*Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jun 4;2013(6):CD001877. doi: 10.1002/14651858.CD001877*), e della revisione più recente sul tema (*Gøtzsche PC. Screening for breast cancer with mammography. Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2023; May 3*), conferma l'assenza di benefici dello screening sulla mortalità. In particolare egli dichiara: «poiché ora sono stati pubblicati molti più decessi (2,3), ho aggiornato nuovamente la revisione... I dati aggiornati sulla mortalità mostrano ancor più chiaramente di prima che lo screening mammografico non salva vite umane... Gli RCT con un'adeguata randomizzazione non hanno riscontrato un effetto dello screening sulla mortalità totale per cancro, incluso il cancro al seno (rapporto di rischio 1,00, intervallo di confidenza o IC al 95%: da 0,96 a 1,04). Anche la mortalità per tutte le cause non è stata ridotta in modo significativo (rapporto di rischio 1,01, IC 95% da 0,99 a 1,04). Come riportato in precedenza,

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1  
84124 Salerno - Italia  
C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)  
pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)  
website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## Umanità e Ragione

il numero totale di tumorectomie era significativamente maggiore nei gruppi con screening (rapporto di rischio 1,31, IC 95% da 1,22 a 1,42), così come il numero di mastectomie (rapporto di rischio 1,20, IC 95% da 1,08 a 1,32).».

La tendenza ad anticipare lo screening mammografico ai 40 anni, anziché partire dai tradizionali 50, è stata valutata in un RCT molto grande, l'UK Age; i risultati hanno mostrato una piccola tendenza non significativa alla riduzione di mortalità totale nel breve periodo, ma una tendenza all'aumento della mortalità totale in un più lungo arco temporale (Donzelli A, Giudicatti G, Sghedoni D. *Mammography screening for breast cancer—the UK Age trial. Lancet Oncology Correspondence; Vol 21 November 2020. DOI:https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30631-8*). In ogni caso non è ragionevole attendersi effetti sensibili sulla mortalità totale a seguito della modica riduzione percentuale dell'accesso a questo screening che si è verificata in Italia (dal 59,6% del 2011 al 55,9% del 2021, Eurostat 2023).

Per lo **screening del tumore prostatico**, i dati pubblici più recenti si riferiscono a 16 anni di follow-up del grande RCT Europeo ERSPC (Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M, et al; ERSPC investigators. *A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. Eur Urol. 2019 Jul;76(1):43-51. doi: 10.1016/j.eururo.2019.02.009*). I risultati complessivi per la mortalità totale non sono importanti: ERSPC riconferma che la mortalità totale non si riduce (RR per tutte le età 0,99, IC 95% 0,98–1,01). Inoltre, per la mortalità totale per gli uomini al fuori dalla fascia di età principale 55-70 anni (cioè: nella somma delle età 50-54 e >70 anni), i dati pubblicati hanno consentito di calcolare un RR 1,0052171, che significa un lieve non significativo aumento di mortalità totale (Donzelli A, Castelluzzo G, Giudicatti G. *Re: Jonas Hugosson, et al. Eur Urol 2019;76:43-51: Mortality in the Age Group ≥70 yr and the Case of Italy. Eur Urol. 2020 Mar;77(3):e70-e71. doi: 10.1016/j.eururo.2019.07.045*). Nella fascia di età >70 anni anche la mortalità da cancro prostatico(CaP) tendeva ad aumentare: +6% (*ibidem*). Un messaggio forte dovrebbe essere di smettere di sottoporre a screening almeno i maschi >70 anni, anziché di eseguire più spesso lo screening con PSA.

I dati relativi all'Italia, poi, sono allarmanti. Nel corso di un follow-up mediano di 15 anni, anche la mortalità specifica per CaP non si riduceva (RR 0,99, IC 95% da 0,66 a 1,49), il numero di persone da invitare allo screening per prevenire la morte di un CaP era di 44.232 e il numero di CaP da diagnosticare per prevenire una morte da CaP è stato di 673 (*ibidem*), con un aumento altamente significativo d'incidenza di CaP, e quindi di esami, visite, interventi chirurgici, radioterapie e terapie ormonali, conseguenze sulla salute e costi, senza benefici complessivi. Questi risultati deludenti (e l'assenza di benefici per la mortalità totale) andrebbero chiaramente comunicati alla popolazione. Infatti i maschi italiani effettuano PSA

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1  
84124 Salerno - Italia  
C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)  
pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)  
website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## Umanità e Ragione

di screening più spesso rispetto alle donne sottoposte a mammografia (*ibidem*), anche se le autorità non hanno (finora) raccomandato ufficialmente lo screening con PSA.

Anche in questo caso non ci si potrebbe dunque aspettare un aumento di mortalità totale in

Fig. 1 – Casi di cancro alla prostata latenti scoperti in autopsie di bianchi di varie età, morti per cause accidentali<sup>1</sup>

Età (anni) 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69 70-79



Saki WA et al. *European Urology* (1996) 30 (2): 138-44.

Italia per i pochi punti percentuali in meno di accesso allo screening con PSA. Non vale neppure l'argomento che le nuove tecniche più sensibili di screening avrebbero negli ultimi anni trasformato il quadro sconcertante registrato nel RCT ERSPC. Infatti, anche nel caso del CaP le serie autoptiche di persone decedute per altre cause senza consapevolezza di essere portatori di tumori hanno mostrato un'enorme *riserva* di tumori indolenti, verosimilmente destinati a non progredire o a non manifestarsi nel corso della vita, la cui identificazione precoce produrrebbe solo

peggioramento della qualità di vita, disabilità da terapie troppo spesso non necessarie e costi sanitari e sociali ingenti.

Si badi che in Italia oggi solo circa il 3% dei maschi ha un CaP come causa di morte, mentre la ricerca di CaP combinando screening frequenti e accertamenti molto sensibili troverebbe CaP in oltre l'80% degli ultrasessantenni.

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1  
84124 Salerno - Italia  
C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)  
pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)  
website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## Umanità e Ragione

### Considerazioni in merito al rilievo sull'eliminazione della pratica distorsiva di classificare come “non vaccinati” i soggetti deceduti nei 14 giorni successivi a ciascuna inoculazione.

In merito al rilievo sollevato nella parte conclusiva del Report *Mortalità in eccesso negli anni 2021 e 2022 dati ufficiali dall'Italia e dal mondo* che testualmente chiedeva: “... l'eliminazione della pratica distorsiva di classificare come “non vaccinati” i soggetti deceduti nei 14 giorni successivi a ciascuna inoculazione.”, il gruppo di esperti (ISS, ecc.) ha risposto come segue:

*“L'ISS, sia nelle pubblicazioni scientifiche che nei report che ha pubblicato negli ultimi due anni, ai fini della valutazione dell'efficacia dei vaccini anti-COVID-19, considera le persone che vengono diagnosticate (indipendentemente se hanno sviluppato una malattia grave o se siano morte) nei primi 14 giorni dalla somministrazione della prima dose, come “non vaccinati”. Le ragioni per tale scelta sono principalmente due: 1. la protezione del vaccino richiede circa 2 settimane affinché sia sviluppata la risposta immunitaria verso il virus; 2. il periodo di incubazione della malattia, cioè il tempo dall'infezione allo sviluppo dei sintomi, varia da 2 a 14 giorni; si sottolinea che la diagnosi (in farmacia o nei laboratori autorizzati) di solito richiede qualche giorno ulteriore. Pertanto, una buona parte dei casi diagnosticati entro i 14 giorni, hanno contratto l'infezione prima della somministrazione della prima dose. Nel caso di valutazione di eventi avversi da vaccino (es: shock anafilattico) la scelta di considerare la data di somministrazione della vaccinazione come il momento di inizio dell'esposizione è chiaramente condivisa. In entrambi i casi quanto fatto è in accordo con le conoscenze scientifiche e in linea con quanto suggerito dagli enti sanitari nazionali ed internazionali”.*

Le motivazioni addotte dai predetti ricercatori non possono giustificare una pratica che ha enormi effetti distorsivi sulla classificazione dei soggetti deceduti (come vaccinati e non vaccinati), oltretutto sulla individuazione delle reali cause del decesso.

Le critiche restano ferme, infatti oggi:

1. Ai fini dell'efficacia vaccinale si considerano contagi, ricoveri e decessi Covid solo dopo 14 giorni dall'inoculazione: quindi se un vaccinato prima dose si contagia, viene ricoverato o muore entro 14 giorni conta come non vaccinato.
2. Ai fini degli eventi avversi conta il giorno di vaccinazione, MA gli eventi avversi presi in considerazione sono solo quelli che vengono denunciati (sempre meno ogni mese che passa, da sanitari scoraggiati, indaffarati, che non hanno il tempo né la capacità di usare il programma AIFA per le segnalazioni) e ancor meno quelli che passano il setaccio dell'algoritmo AIFA (quindi pochissimi).
3. Di fatto, tutti i decessi/ricoveri “con tampone positivo” che avvengono nei 14 giorni dopo la prima dose sono considerati come eventi a carico di non vaccinati. Ed in questo calderone finiscono, ovviamente, tutti gli eventi avversi che vengono classificati come causati da Covid o comunque associati a positività alla Covid in persone non vaccinate.

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1

84124 Salerno - Italia

C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)

pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)

website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## *Umanità e Ragione*

C'è grande controversia sull'entità di reazioni avverse ed eventi avversi a seguito delle vaccinazioni Covid, documentata da un divario di circa 1000 volte tra la sorveglianza passiva AIFA e le fonti ufficiali di sorveglianza attiva.

Per affrontare la controversia in base alle prove, oltre ad attivare una **vera sorveglianza attiva**<sup>2</sup> (che oggi in Italia praticamente non esiste), riteniamo necessario riformare i sistemi di raccolta e comunicazione dei dati, **accettando un dibattito scientifico aperto** sul tema.

Una richiesta è, quindi, che le Istituzioni - se vogliono - continuino a presentare i dati **anche** nella modalità attuale (rendendo però espliciti gli aggiustamenti che attuano perché ritenuti opportuni). Ma che, in parallelo, l'ISS (in coordinamento con l'ISTAT per quanto di competenza) renda subito disponibili anche i dati grezzi, senza aggiustamenti, comprensivi di tutti gli eventi sanitari (infezioni di qualsiasi natura, altri eventi di interesse sanitario, ricoveri, decessi) **dall'istante successivo a ciascuna inoculazione. Ciò, come detto, oggi avviene in modo distorto e va, invece, associato ai diversi stati vaccinali di 1, 2, 3, 4... dosi, definite in coincidenza con l'istante di ogni corrispondente inoculazione.**

In questo modo, ricercatori indipendenti potranno verificare percorso e solidità della comunicazione scientifica istituzionale, e mettere all'occorrenza in discussione le interpretazioni su cui si basa.

Gli eventi di rilievo sanitario verificatisi nei mesi e anni successivi dovrebbero riportare per ogni paziente anche lo stato vaccinale personale, espresso in modo inequivocabile come inoculazione con 1, 2, 3, 4... dosi di vaccino, come sembra logico fare per prodotti che solo per pochi mesi sono stati testati in modo formalmente valido (in studi clinici controllati randomizzati), e di cui non si conoscono gli effetti a lungo termine, anche aspecifici.

L'effetto distorsivo, potentissimo per quanto riguarda la retro-attribuzione dell'insieme dei casi positivi al SARS-CoV-2 (prevalentemente infezioni), anche nel caso dei decessi potrebbe essere importante, dato che tra i decessi COVID:

- a) non finiscono solo quelli essenzialmente causati dalla COVID-19, ma **anche decessi da tutt'altre cause**, in cui la positività al SARS-CoV-2 è accidentale (come può facilmente accadere per pazienti defedati e con patologie letali, a maggior ragione se ricoverati in ambiente ospedaliero con elevata concentrazione virale);
- b) ancor più in assenza di standardizzazione razionale dei cicli di amplificazione della PCR-RT, non di rado alti al punto da non poter garantire di intercettare un SARS-CoV-2 rispetto ad altri microrganismi, né tanto meno di intercettare un SARS-CoV-2 vitale, e non magari un frammento di RNA da pregressa e ininfluente infezione;
- c) a maggior ragione per gli incentivi alle strutture sanitarie in caso di attribuzione di un ricovero alla COVID-19, che possono indurre forzature nell'attribuzione, a partire da casi dubbi.

---

<sup>2</sup> [Il Rapporto annuale AIFA "sicurezza vaccini anti Covid" rileva sospette reazioni avverse centinaia di volte inferiori alla sorveglianza attiva CDC | CMSi \(cmsindipendente.it\)](#)

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1

84124 Salerno - Italia

C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)

pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)

website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## *Umanità e Ragione*

### Conclusioni e richieste

Ringraziamo, innanzitutto, per questo primo confronto che dimostra che un dialogo serio tra la società civile e le Istituzioni è ancora (o di nuovo) possibile.

Riteniamo, però, indispensabile che a dati ufficiali si risponda con dati ufficiali che certamente sono in possesso degli Istituti incaricati di elaborare l'analisi del nostro report.

La mancanza di analisi epidemiologiche e scientifiche, tempestive e complete sui tassi di morbilità e mortalità complessiva per status vaccinale è, dopo quasi quattro anni, inaccettabile, soprattutto considerando che questo silenzio proviene da enti nazionali per la sanità pubblica obbligati alla conoscenza, allo studio ed alla diffusione dei risultati. Questi enti hanno tutte le risorse necessarie (economiche, personale tecnico-scientifico, tecnologia, dati statistici) all'acquisizione dei dati indispensabili ad una corretta conoscenza ed analisi dei fenomeni emersi. D'altronde, se realmente non v'è correlazione tra gli eccessi di mortalità rilevati e la campagna vaccinale attuata dallo Stato, non v'è motivo di non fornire le informazioni richieste.

È importante evidenziare che l'incrocio dei database preannunciato dal gruppo di esperti non servirà in alcun modo a dare risposta ai nostri quesiti in merito all'eccesso di mortalità riscontrato. La proposta di indagine sull'efficacia delle vaccinazioni nell'Ambito del PSN 2023-2025 - tramite la quale sarà effettuata una valutazione anche in merito all'impatto della vaccinazione tenuto conto dei dati sulle infezioni SarsCov2 e sugli accessi ospedalieri - non è assolutamente in grado di fornire risposta sulle cause del fenomeno denunciato.

È fondamentale conoscere gli effetti (eventualmente avversi) delle vaccinazioni sulla popolazione (un monitoraggio in tal senso nell'uso dei farmaci, peraltro, è obbligatorio), non l'effetto delle vaccinazioni in relazione alle sole infezioni Sars-Cov2. Una valutazione di quest'ultimo tipo non può fornire alcun tipo di informazione utile ad individuare i fattori che hanno determinato l'eccesso di mortalità, semplicemente perché non consente di conoscere le reali cause dei decessi che sono invece le uniche informazioni in grado di rivelare l'eventuale impatto della campagna vaccinale sul fenomeno.

Inoltre, le tempistiche preannunciate sono inaccettabili a fronte della necessità e dell'urgenza di capire e rimediare ad un fenomeno che ha compromesso e sta compromettendo la salute dei cittadini.

Così come è inaccettabile ed anche grottesco che si giustifichino tempi così lunghi con esigenze di tutela della privacy, a fronte dell'impellenza di comprendere la natura del fenomeno e porvi opportuno e tempestivo rimedio.

Rinnoviamo, pertanto, l'invito ad un tavolo di confronto in presenza e al rilascio dei dati sui decessi totali registrati negli anni 2021-2022- 2023 con distinzione per sesso, classe di età e status vaccinale.

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1

84124 Salerno - Italia

C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)

pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)

website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)



## *Umanità e Ragione*

### **Autori**

Ing. Giovanni Di Palma, esperto in analisi di dati, dati ISTAT

Dott. Alberto Donzelli, già dirigente sanitario apicale di Sanità Pubblica e membro del Consiglio Superiore di Sanità, coordinatore della Commissione Medico-Scientifica indipendente

Avv. Olga Milanese, avvocato e Presidente dell'associazione Umanità e Ragione

Ing. Stefano Albertini, ingegnere esperto in analisi dati

Piazzetta Monsignor Bolognini n.1

84124 Salerno - Italia

C.F.: 95190600650

e-mail: [associazione@umanitaeragione.eu](mailto:associazione@umanitaeragione.eu)

pec: [associazione@pec.umanitaeragione.it](mailto:associazione@pec.umanitaeragione.it)

website: [www.umanitaeragione.eu](http://www.umanitaeragione.eu)