

## L'ISTAT, l'ISS, il covid-19 e la causalità

«COVID-19 è nove volte su 10 la causa di decesso»

ISS e ISTAT, 16 luglio 2020

Il problema.....	1
Le cause di morte da covid-19 secondo il rapporto congiunto ISS-ISTAT.....	2
Certificati di morte.....	5
«Causa direttamente responsabile».....	6
Conclusione.....	7
Appendice – Titoli di giornali ispirati da [3].....	9
Riferimenti.....	10

### Il problema

L'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) e l'ISS (Istituto Superiore di Sanità) non vanno sempre d'accordo. Quando si consultano i dati sull'influenza, i morti secondo l'ISTAT si contano a centinaia, quelli secondo l'ISS si contano a migliaia. Ne ho parlato in dettaglio in [\[1\]](#), da cui estraggo due tabelle. Ecco la tabella ricavata dai dati ISTAT per alcuni anni:

	2014	2015	2016	2017
<b>influenza</b>	272	675	316	663
<b>polmonite</b>	9141	11.632	10.837	13.516
<b>MCR</b>	20.234	22.498	23.710	25.889
– [di cui asma]	[335]	[423]	[475]	[452]
<b>totale</b>	29.647	34.805	34.863	40.068

Ed ecco invece la mortalità attribuita dall'ISS a influenza e [similinfluenza](#) (SI) nelle stagioni influenzali corrispondenti:

	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	totale
<b>decessi per SI e complicanze</b>	24.791	41.066	27.463	43.366	136.686
<b>- di cui per influenza e complicanze</b>	7027 [28,34%]	20.259 [49,33%]	15.801 [57,53%]	24.981 [57,6%]	68.068 [49,8%]

Poiché le morti per influenza della stagione influenzale 2014-15, per esempio, si verificano per la maggior parte entro i primi quattro mesi del 2015, è ovvio che il numero dei decessi attribuiti all'influenza dall'ISS, cioè 20.259, è tutt'altra cosa da quello attribuito dall'ISTAT, cioè 675: in effetti è un numero *30 volte maggiore*.

Chiaramente questa differenza non infonde fiducia nel cittadino che visiti entrambi i siti, ed ecco perché l'ISS ha deciso di spiegare come si concilino le due statistiche (qui e in seguito i corsivi sono tutti miei):

«Se analizziamo i dati di mortalità specifici per influenza che l'Istat fornisce ogni anno in Italia, i decessi per influenza sono *qualche centinaio*. Il motivo principale è che spesso il virus influenzale *aggrava le condizioni già compromesse di pazienti affetti da altre patologie (per esempio respiratorie o cardiovascolari)* fino a provocarne il decesso. In questi casi spesso il virus influenzale non viene identificato o perché non ricercato o perché il decesso viene attribuito a polmoniti generiche. Per questo motivo diversi studi pubblicati utilizzano differenti metodi statistici per la stima della mortalità per influenza e per le sue complicanze. È grazie a queste metodologie che si arriva ad attribuire mediamente 8000 decessi *per influenza e le sue complicanze* ogni anno in Italia.»[2]

Ho già spiegato, ed è del resto evidente dalla tabella precedente, che 8000 decessi *in media* è una grossolana sottostima anche per la sola influenza. Peggio ancora è che nel parlare della mortalità dell'influenza si trascuri il complesso delle similinfluenze il cui contributo alla mortalità, come si vede dalla stessa tabella, è *di gran lunga maggiore*: ed è un contributo che va preso in seria considerazione se si vuole ragionare in termini realistici della mortalità del covid-19 [1].

Il punto importante per noi adesso è che all'influenza l'ISS attribuisce (N.B.: è una *stima* basata su un *modello statistico*) molte più morti dell'ISTAT (N.B.: è un *conteggio* basato sui *certificati di morte*) perché include nel numero i decessi in cui una persona *già compromessa da gravi patologie* muoia dopo essersi presa un'influenza. In assenza di quelle altre patologie l'influenza, per limitarci ai dati del 2015, sarebbe stata responsabile di meno di 1/30 delle morti stimate dall'ISS: *questo secondo il giudizio dei medici che hanno redatto i certificati di morte*.

L'ISS e l'ISTAT hanno cominciato a produrre, eccezionalmente in occasione dell'emergenza covid-19, rapporti congiunti, il che fa nascere due domande.

Come avranno fatto a mettersi d'accordo quando si tratta di cause di morte, dato che finora le loro metodologie portavano a risultati così divergenti? Questa è la prima domanda. La seconda è: quali risultati sono stati ottenuti con questo connubio?

Cominciamo dal secondo punto.

### **Le cause di morte da covid-19 secondo il rapporto congiunto ISS-ISTAT**

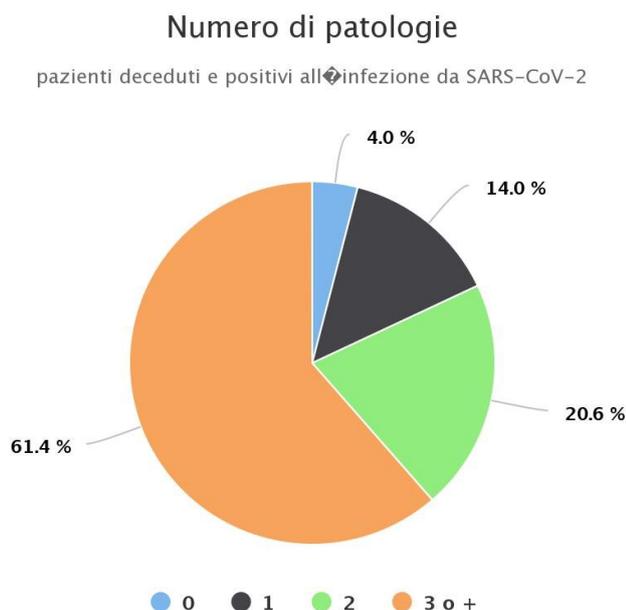
Nell'ultimo rapporto congiunto ISS-ISTAT, "Impatto nell'epidemia COVID-19 sulla mortalità: cause di morte nei deceduti positivi a SARS-Cov-2" [3], apparso il 16 luglio 2020 e basato sull'analisi di 4942 *schede di morte*, i due istituti sono riusciti a sconcertare una buona parte dell'opinione pubblica più attenta, annunciando che delle morti di pazienti positivi al test del covid-19 *ben 9 su 10* sarebbero dovute «direttamente» al covid-19! Citiamo per esteso questa conclusione:

«COVID-19 è *la causa direttamente responsabile della morte* nell'89% dei decessi di persone positive al test SARS-CoV-2, mentre per il restante 11% le cause di decesso sono le malattie cardiovascolari (4,6%), i tumori (2,4%), le malattie del sistema respiratorio (1%), il diabete (0,6%), le demenze e le malattie dell'apparato digerente (rispettivamente 0,6% e 0,5%).»

Perché questa conclusione è così sorprendente? La spiegazione la dà lo stesso rapporto quando tratta di una delle caratteristiche più note delle persone decedute "con covid-19": il fatto di essere in larghissima maggioranza affette da altre gravi patologie. Ecco però che cosa ne dice il rapporto:

«COVID-19 è una malattia che può rivelarsi fatale anche in assenza di concause. *Non ci sono infatti concause di morte preesistenti a COVID-19 nel 28,2% dei decessi analizzati*, percentuale simile nei due sessi e nelle diverse classi di età. Solo nella classe di età 0-49 anni la percentuale di decessi senza concause è più bassa, pari al 18%.»

Ora si consulti il documento dell'ISS "Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia - Aggiornamento del 9 luglio 2020" [4], basato sull'analisi di 3857 cartelle cliniche; vi si troverà il seguente grafico a torta:



Come si vede, la percentuale di deceduti senza altre patologie è il 4% («Complessivamente, 153 pazienti (4,0% del campione) presentavano 0 patologie [...]»). Non c'è niente di anomalo in questa valutazione, che è sostanzialmente sovrapponibile a quelle che l'ISS ha diffuso per quattro mesi. Com'è allora possibile che si sia saliti a ben sette volte tanto (il 28,2%)?

In [3] il dettaglio delle concause, nel 71,8% in cui una o più è ammessa dagli autori del rapporto, è il seguente:

«Il 71,8% dei decessi di persone positive al test SARS-CoV-2 ha almeno una concausa: il 31,3% ne ha una, il 26,8% due e il 13,7% ha tre o più concause. Associate a COVID-19, le concause più frequenti che contribuiscono al decesso sono le cardiopatie ipertensive (18% dei decessi), il diabete mellito (16%), le cardiopatie ischemiche (13%), i tumori (12%). Con frequenze inferiori al 10% vi sono le malattie croniche delle basse vie respiratorie, le malattie cerebrovascolari, le demenze o la malattia di Alzheimer e l'obesità.»

Confrontiamo adesso queste percentuali con quelle delle patologie preesistenti secondo il citato rapporto ISS [4]. Riproduco integralmente la tabella:

Patologie	Donne		Uomini		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Cardiopatía ischemica	289	21,6	778	30,8	1067	27,7
Fibrillazione atriale	328	24,6	558	22,1	886	23,0
Scompenso cardiaco	247	18,0	364	14,2	611	15,8
Ictus	141	10,6	259	10,3	400	10,4
Ipertensione arteriosa	906	67,9	1649	65,4	2555	66,2
Diabete mellito-Tipo 2	372	27,9	777	30,8	1149	29,8
Demenza	362	27,1	357	14,2	719	18,6
BPCO	172	12,9	476	18,9	648	16,8
Cancro attivo negli ultimi 5 anni	213	16,0	407	16,1	620	16,1
Epatopatia cronica	44	3,3	123	4,9	167	4,3
Insufficienza renale cronica	249	18,7	535	21,2	784	20,3
Dialisi	24	1,8	52	2,1	76	2,0
Insufficienza respiratoria	73	5,5	131	5,2	204	5,3
HIV	0	0,0	7	0,3	7	0,2
Malattie autoimmuni	77	5,8	73	2,9	150	3,9
Obesità	147	11,0	272	10,8	419	10,9
<b>Numero di patologie</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
0 patologie	34	2,5	119	4,7	153	4,0
1 patologia	171	12,8	370	14,7	541	14,0
2 patologie	273	20,4	523	20,7	796	20,6
3 o più patologie	857	64,2	1510	59,9	2367	61,4

Due fatti colpiscono soprattutto.

Il primo è che tra le percentuali in cui una malattia compare come “patologia preesistente” [4] e, rispettivamente, come “concausa” di morte [3] appaiono vistose differenze. Consideriamo i due esempi più importanti:

- secondo l’ISS [4], il diabete di tipo 2 *preesisteva* nel 29,8% dei casi, secondo ISS-ISTAT [3] è stato *concausa di morte* solo nel 16% dei casi;

- secondo l’ISS [4] le cardiopatie ischemiche *preesistevano* nel 27,7% dei casi, secondo l’ISS-ISTAT [3] sono state *concausa di morte* nel 13% dei casi.

Già solo sommando le differenze percentuali ( $13,8 + 14,7\% = 28,5\%$ ) si arriva pressappoco al “miracoloso” risultato del 28,2% di decessi «in assenza di concause»! Evidentemente una metà dei medici, nel redigere i certificati di morte di malati di diabete di tipo 2 e di cardiopatie ischemiche, o non erano pienamente consapevoli delle patologie preesistenti in queste due categorie, oppure ne erano consapevoli, ma, sulla base di un loro imperscrutabile giudizio (o di un errore di compilazione?) non hanno trasmesso l’opinione che tali patologie avessero svolto un ruolo causale significativo nell’esito fatale. Francamente, né l’una né l’altra ipotesi rassicura sulla solidità scientifica della fonte di dati di [3].

L’altro fatto che colpisce è che nella citazione da [3] figurano condizioni patologiche preesistenti, ma *non eventi successivi al ricovero*. Eppure i decessi per infezioni ospedaliere, spesso dovute a batteri antibiotico-resistenti, sono [una delle tragedie della sanità italiana](#): secondo uno studio pubblicato nel 2019, «si è passati dai 18.668 decessi del 2003 a 49.301 del 2016».

Il numero dei morti “positivi al covid-19” è 34.097 al 16 luglio. Chi cita questo numero come una catastrofe senza precedenti, evidentemente ignora o vuole insabbiare i dati della suddetta tragedia, così come il numero dei morti per inquinamento atmosferico ogni anno (76.200 nel solo 2016). Finché non si leggerà un rapporto dell’ISS o un comunicato del ministero della Salute in cui i decessi “con covid-19” siano *affiancati* ai numeri su stragi annuali e tranquillamente ignorate come quelle citate, e ricordata *la mortalità per il complesso delle similinfluenze* (esercizio: qual è la media delle morti per il complesso delle similinfluenze nelle quattro stagioni influenzali citate nella seconda tabella?), nessuna persona sensata potrà prendere sul serio la devozione alla causa della salute pubblica nelle nostre autorità sanitarie – non importa quanto accoratamente ci implorino di indossare mascherine o di mantenere le distanze sulle spiagge (per chi può permettersi di andarci, beninteso, cioè non molti, dato il tracollo di tanti bilanci familiari provocato dalle misure di confinamento).

Che nei certificati di morte *redatti negli ospedali* il dato relativo alle infezioni *contratte dopo il ricovero* non figuri in primo piano, anzi, sia dissimulato o omesso, non è cosa che possa sorprendere chiunque abbia una minima familiarità con il funzionamento delle amministrazioni e i loro ingrati meccanismi di autodifesa. Immagino che i responsabili dell’ISS e l’ISTAT abbiano superato l’età sotto la quale l’ignoranza di questo aspetto della questione è perdonabile.

C’è però anche la concreta possibilità che proprio i criteri di analisi dell’ISS abbiano *degradato alcune concause a complicanze del covid-19*. In effetti ecco come sono definite le complicanze del covid-19:

«Complicanze di COVID-19 – Sono le condizioni o i sintomi e segni che i medici che compilano le schede di decesso *riportano come conseguenze* di (dovute a) COVID-19, *o quelle che possono essere ritenute ovvie conseguenze di COVID-19* sulla base delle regole internazionali di codifica dell’OMS.»

Andiamo allora a vedere la lista delle «ovvie conseguenze di covid-19»:

«Insufficienza e sintomi respiratori; Polmonite; Shock; Distress respiratorio ed edema polmonare; *Complicanze cardiache*; *Sepsi e infezioni*; Insufficienza renale; Encefaliti; *Infarto e ischemie del miocardio*; Embolia polmonare; Complicanze metaboliche; Complicanze intestinali; Insufficienza e complicanze epatiche; *Embolia e trombosi*»

Ce n'è più che abbastanza per reinterpretare le «ovvie conseguenze» di patologie preesistenti e di infezioni ospedaliere come «ovvie conseguenze»... del covid-19.

## Certificati di morte

Nonostante queste critiche, bisogna però concedere che sul punto più fragile dell'intero rapporto – l'attendibilità dei certificati di morte – gli autori di [3] danno al lettore attento un'utile avvertenza:

«Tuttavia, è bene tenere a mente quali sono le caratteristiche di questa fonte di dati per comprendere meglio le informazioni che essa fornisce. Innanzitutto, è importante notare che sulla scheda di morte sono riportate le condizioni che hanno avuto un ruolo nel determinare il decesso (sono cause di morte), *quindi non sono necessariamente riportate tutte le malattie di cui il deceduto era affetto.*»

È quasi superfluo sottolineare che sarebbe stato opportuno in questa occasione precisare *di quali malattie* si stava parlando. Come abbiamo visto, infatti, si tratta anche di malattie che *nella metà dei casi* erano state giudicate, da altri medici certificatori, *concause*. Ma proseguiamo:

«Inoltre, la certificazione deve avvenire entro 24 ore dall'evento e il medico deve compilare la scheda secondo scienza e coscienza sulla base delle informazioni possedute al momento della compilazione. *È quindi possibile che alcune informazioni rilevanti o dettagli utili a migliorare la specificità delle cause riportate non siano note al certificatore al momento della compilazione.*»

Già, è possibile... Così come è anche possibile che in molti casi «scienza e coscienza» del certificatore non fossero, in quelle 24 ore di settimane frenetiche, ai massimi livelli. E non solo per una sua, comprensibile, incapacità di gestire la tensione. In effetti, con l'avvento del covid-19 e l'impiego dei tamponi RT-PCR, la maniera di redigere i certificati di morte è *cambiata radicalmente*:

- 1) l'essere "positivo" è stato [indebitamente identificato](#), sia a livello di opinione pubblica sia nella concezione degli stessi sanitari, come equivalente all'essere "malati di covid-19", facendo tacitamente del tampone ciò che sicuramente non è, cioè un "gold standard";
- 2) l'inserimento del covid-19 come causa di morte nei certificati è diventato [oggetto di pressione sui medici](#).

Si è venuta pertanto a creare, nei certificati, un'anomala frequenza di casi di covid-19, denunciata anche da medici che hanno criticato un'impostazione che faceva sì che, praticamente, in Italia (e in altri paesi, che adesso [lo stanno ammettendo anche ufficialmente](#)) non si potesse più morire di *nessun'altra malattia*. È interessante citare i due esempi di scorretta compilazione dei certificati di morte indicati dal rapporto [3]:

«In alcuni casi si può verificare una non corretta compilazione della scheda di morte. Ad esempio, alcune malattie, preesistenti o indipendenti da COVID-19 (come un tumore), possono essere riportate in una riga successiva ad esso (ovvero come complicanza di COVID-19). In altri casi le sequenze possono essere riportate in ordine inverso: *ad esempio la polmonite può venire riportata come causa originante della sequenza e la positività al test SARS-CoV-2 in una riga successiva.*»

Il caso che ci interessa è il secondo. Insomma, a quanto pare, un medico non può registrare correttamente la positività al tampone come complicanza della malattia polmonare: neppure se il primo tampone risultato positivo [è il terzo effettuato e la malattia ha ormai portato al decesso](#)? Ed è vietato a un medico ipotizzare, per esempio, che il deceduto abbia contratto l'infezione da SARS-CoV-2 *in ospedale*, magari da un operatore sanitario (gli [operatori sanitari positivi](#) sono arrivati, cumulativamente, a 29.780), *ma che ciò non sia stato determinante dal punto di vista del decorso*? Confrontando i dati ISTAT con quelli pubblicati dall'ISS si poteva arrivare, a mio parere, a una sola onesta conclusione: e cioè che *le schede di morte redatte nei mesi dello stato di emergenza* (o come minimo il campione estratto) *non erano una base adeguata per stabilire relazioni di causalità*

*attendibili*. Ma evidentemente non era esattamente questa la conclusione che ci si aspettava dallo sforzo congiunto dei due istituti.

### «Causa direttamente responsabile»

Veniamo infine alla conclusione più clamorosa, che è stata immediatamente ripresa da organi di stampa e siti di informazione, mutuando il titolo direttamente dal rapporto [3], i cui autori si sono quindi assunti una diretta responsabilità al riguardo:

#### «COVID-19 è nove volte su 10 la causa di decesso»

In base all'analisi condotta sulle schede di decesso, COVID-19 è *la causa direttamente responsabile della morte, ossia è la causa iniziale, nell'89% dei decessi di persone positive al test SARS-CoV-2* (Figura 1). In questi casi, la morte è quindi causata direttamente da COVID-19, seppure spesso sovrapposto ad altre malattie preesistenti, e dalle sue complicanze. *In altri termini è presumibile che il decesso non si sarebbe verificato se l'infezione da SARS-CoV-2 non fosse intervenuta*. Nel restante 11% dei casi il decesso si può ritenere dovuto ad un'altra malattia (o circostanza esterna). In questi casi, COVID-19 è comunque una causa che può aver contribuito al decesso accelerando processi morbosi già in atto, aggravando l'esito di malattie preesistenti o limitando la possibilità di cure.»

La «causa direttamente responsabile della morte» è l'*evento iniziale* della catena causale che ha portato al decesso:

«La *causa che ha avviato la sequenza di eventi morbosi* che hanno condotto al decesso è denominata causa iniziale [nota 3], ed è quella utilizzata a livello internazionale per rappresentare i dati di mortalità di un paese. Tutte le altre cause che hanno contribuito all'esito finale e gli altri stati morbosi eventualmente presenti al momento del decesso che sono contenute nella scheda sono definite cause multiple. »

La nota 3 dice:

«La causa iniziale di morte è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come “la malattia o il traumatismo che ha dato inizio alla catena di eventi morbosi che ha portato direttamente alla morte, oppure le circostanze dell'incidente o della violenza che hanno provocato il trauma mortale”. La selezione e classificazione di questa causa avviene sulla base di dettagliate regole e linee guida contenute nella Classificazione Internazionale delle Malattie dell'OMS (ICD-10).»

Secondo questa definizione, se una persona cade e viene ricoverata in ospedale per una sospetta frattura al femore, e se il reparto ortopedico di quell'ospedale è colonizzato da ceppi batterici antibiotico-resistenti che infettano la persona e la fanno morire, la «causa direttamente responsabile» della morte è stata... la caduta. Parafrasando il testo del rapporto si può infatti dire, del tutto correttamente: «è presumibile che il decesso non si sarebbe verificato se [la caduta] non fosse intervenuta». Al posto della caduta si può inserire *qualsiasi causa* che abbia portato al ricovero (con i mutamenti necessari per quanto riguarda il reparto ospedaliero). In particolare anche l'esito positivo del tampone, *esito che potrebbe essere stato un falso positivo*, può diventare «la causa direttamente responsabile della morte»: anche nel caso di una persona anziana e sofferente di diabete di tipo 2 e di cardiopatie ischemiche.

Oppure si consideri una persona ricoverata e sottoposta a *terapie sbagliate*, in seguito alle quali muore. Ricordo che l'errore medico è [la terza causa di morte negli Stati Uniti](#) – ma non c'è ragione di pensare che in Italia occupi un posto diverso (e utilizzando la stima fatta per gli USA, che ha una popolazione 5.5 volte quella italiana, si otterrebbe *una media di circa 45.000 morti all'anno per errore medico in Italia*): penso che lo sappiano [anche all'ISS](#), anche se non mi risultano loro indagini specifiche su tale importantissima questione. È chiaro che se quella persona non avesse chiesto una visita medica o un ricovero, non avrebbe nemmeno corso il rischio di morire per una

terapia sbagliata. Ma come si fa a concludere che il disturbo che lo ha indotto a chiedere un consulto medico sia «la causa direttamente responsabile della morte»?

Temendo che si potesse essere tentati di operare proprio questo tipo di manipolazione dell'opinione pubblica, sia pure per l'onesto e caritatevole scopo di prostrarre indefinitamente lo stato di emergenza in Italia, avevo messo in guardia contro l'abuso dell'analisi causale con un'[elaborazione su un fatto di cronaca](#) (non certo unico [nel suo genere](#)), in cui lo spruzzare spray urticante da parte di alcuni all'interno di una folla aveva prodotto panico e quindi incidenti con ferimenti e morti. In questa e simili occasioni nessun "esperto" aveva osato dichiarare: "*Lo spray urticante è stata la causa direttamente responsabile dei ferimenti e delle morti*", perché, anche se è vero che esso era stata "causa iniziale", il disastro provocato non sarebbe mai avvenuto senza una serie di "concause". Certo, al contrario che nell'episodio di cronaca qui ricordato, è difficile dire se una persona anziana con diabete di tipo 2 e cardiopatie ischemiche avrebbe superato l'inverno o addirittura battuto ogni record di longevità qualora non fosse stata infettata da SARS-CoV-2 – o da un altro delle [centinaia di virus similinfluenzali circolanti nella cosiddetta "stagione influenzale"](#). È difficile dirlo perché mentre la diffusione dello spray al peperoncino ha lasciato prove inequivocabili sulla scena del disastro, lo stesso non si può dire del SARS-CoV-2, legato agli esiti di un test che è ormai [oggetto di critiche](#) da più parti circa la sua affidabilità (ma non per questo ha cessato di essere adottato, ci mancherebbe altro...).

## Conclusione

A favore del rapporto congiunto [3] si può dire che l'inattendibilità di analisi causali basate sulle schede di morte è in sostanza avvalorata anche da una sua lettura attenta. Il covid-19 ha fatto sparire molte cause di morte "tradizionali", ha fatto sparire le morti per il complesso delle similinfluenze, ha fatto sparire le infezioni ospedaliere, ha fatto sparire i morti per inquinamento, ha fatto sparire gli errori medici... Magari ciò fosse avvenuto *nella realtà*, invece che per errori di analisi!

L'esilità del confine tra complicità e concausa è pure evidente a un esame non superficiale, e confermata dalla strana differenza, nei deceduti "positivi", tra le percentuali di gravi patologie preesistenti registrate in [4] e le percentuali delle concause secondo [3]. L'affermazione che il 28,2% dei decessi di pazienti con tampone positivo non avessero concause importanti risulta estremamente dubbia, e di sicuro non adeguatamente argomentata.

Che un evento inizi una catena causale non significa che questa si sarebbe potuta sostenere senza condizioni preesistenti. L'affermazione del rapporto [3] che ho messo in epigrafe a questo articolo vale quanto un'analisi del moto di un'automobile che affermasse che "inserire la chiave nel meccanismo di accensione dell'automobile e girarla è stata la *causa direttamente responsabile* del suo mettersi in moto". Sì, ma se non si fosse ingranata subito dopo la marcia? Se non ci fosse stato il carburante? Se le batterie fossero state scariche? Se l'olio del motore fosse mancato? Ecc. ecc. Questo basta a provare l'intrinseca debolezza della nozione di "causa direttamente responsabile" come utilizzata in [3]. In certi contesti isolare una singola «causa direttamente responsabile» è non solo poco utile, ma fuorviante, e non ci farà fare molta strada (letteralmente, nel caso dell'automobile!).

Ciò si applica anche, e particolarmente, *in campo sanitario*, perché l'individuazione corretta delle cause di malattia e delle possibilità pratiche di intervento su (alcune di) esse è il prerequisito per pianificare una difesa e una prevenzione realmente efficaci.

Attualmente, nonostante gli strenui sforzi dispiegati da varie agenzie per scoprire da qualche parte anche il più piccolo focolaio di "tamponi positivi" (N.B.: niente di ciò era mai stato fatto in passato dopo ogni fine di stagione influenzale), il covid-19 è in esaurimento, [come ci si poteva aspettare](#), e i pochi casi che rimangono non sono tali da creare, almeno da un paio di mesi, quei rischi di sovraffollamento negli ospedali che fornivano una parziale giustificazione per *alcune* delle misure di confinamento. La situazione attuale è stata [descritta nei suoi termini reali](#) l'11 luglio da Matteo Bassetti, direttore della clinica Malattie Infettive dell'ospedale San Martino di Genova:

«Stiamo dando al mondo l'idea di essere ancora in pieno dramma, che tutti i sacrifici non sono serviti a niente. Mentre è vero il contrario: *il Covid è stata un'emergenza ospedaliera, che oggi, lo dicono i numeri, è finita.* [...] Io lo dico da medico e non voglio fare politica, però anche la proroga dello stato di emergenza fino al 31 dicembre, se così sarà, mi pare francamente un po' spinta. *Decidere oggi a luglio cosa succederà tra sei mesi non ha molto senso*, in molti paesi si danno scadenze temporali più ravvicinate, anche di mese in mese, poi semmai si proroga. *Ma anche qui, il messaggio che passa è che siamo in emergenza, come a marzo, invece sono due situazioni assolutamente imparagonabili.*

*Avevamo oltre 4.000 ricoverati in terapia intensiva, oggi sono 60 in tutta Italia, un paese di 60 milioni di abitanti. Invece continuiamo a leggere "salgono i contagi" senza approfondire i numeri, quanti di questi sono asintomatici, quanti sono più seri, quanti i ricoverati. Sappiamo però che la "vasca" dei ricoveri si sta svuotando, e continua a calare malgrado questi 200 contagi al giorno.*

[...] *La cosa che sconcerta è che tutte le sere si continua a dare un bollettino di guerra, che viene rilanciato in apertura da tutte le testate. Io ho visto cosa fanno in Francia, in Spagna, in Germania... solo noi diamo tutta questa enfasi, e diamo l'impressione all'estero di essere ancora in mezzo al disastro. Quando l'emergenza si stabilizza che senso ha dare un bollettino giornaliero? Si crea solo paura nel pubblico, che in gran parte come sappiamo si limita a leggere i titoli, con il rischio di creare l'effetto "al lupo al lupo" per quando, speriamo di no, si potrà ripresentare un'emergenza vera»*

Ed è lo stesso pubblico che, meno di una settimana dopo, ha letto grazie alla collaborazione tra ISS e ISTAT e a un giornalismo acritico titoli come quelli che ho raccolto (una piccola selezione) nell'Appendice.

Termino su una nota di carattere più generale. Non era inaspettato che il "matrimonio" tra ISS e ISTAT sarebbe stato basato sulla difesa a oltranza della linea del governo, della quale l'ISS è stato uno degli artefici. Sarebbe importante che il tipo di analisi causali di cui in [3] fosse svolto da *organismi indipendenti* e dimostrabilmente *privi di conflitti di interesse*. Chi si è impegnato su una certa politica sanitaria è il soggetto meno adatto a valutarla imparzialmente. E sarebbe ora che i giornalisti, anche a costo di perdere "rendite di posizione" di vario tipo, cessassero di fare da cassa di risonanza alle "verità governative", e investigassero la fondatezza delle notizie e dei giudizi che riferiscono, magari chiedendo pareri anche a soggetti non compromessi con l'azione del governo.

CORRIERE DELLA SERA

## Coronavirus in Italia, quasi in 9 casi su 10 è stato proprio il virus la causa di morte

# In Italia, in quasi 9 casi su 10 il Covid-19 fu la causa diretta di morte

*L'analisi di Istat e Iss su 5mila casi: nell'89% dei decessi il virus si è rivelato direttamente fatale, in alcuni casi anche da solo*

› CORONAVIRUS

## Covid-19 causa diretta di morte in 9 casi su 10. In Italia oltre 35.000 morti

SALUTE > RICERCA

QUOTIDIANO.NET

## Coronavirus, Istat-Iss: "Covid-19 causa diretta di morte in 9 casi su 10"

# La statistica/ Il coronavirus è la causa diretta di morte in 9 casi su 10

Da st - 16 Luglio 2020

👁 8

## Rapporto Istat | i dati di Blangiardo sul Covid-19 | «Il virus è stato la causa diretta della morte in 9 casi su 10» – La diretta

## Riferimenti

- [1] Mamone Capria M. 2020: “Coronavirus, disinformazione e democrazia”, 30 marzo-7 luglio, [http://www.dmi.unipg.it/mamone/sci-dem/nuocontri\\_3/covid\\_mamone.pdf](http://www.dmi.unipg.it/mamone/sci-dem/nuocontri_3/covid_mamone.pdf)
- [2] Bella A. 2020: “Mortalità per influenza”, 24 febbraio, <https://www.epicentro.iss.it/influenza/sorveglianza-mortalita-influenza>
- [3] “Impatto nell'epidemia COVID-19 sulla mortalità: cause di morte nei deceduti positivi a SARS-Cov-2”, 16 luglio 2020, [https://www.istat.it/it/files//2020/07/Report\\_ISS\\_Istat\\_Cause-di-morte-Covid.pdf](https://www.istat.it/it/files//2020/07/Report_ISS_Istat_Cause-di-morte-Covid.pdf)
- [4] “Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia - Aggiornamento del 9 luglio 2020”, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>, [https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019\\_9\\_luglio.pdf](https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_9_luglio.pdf)

Inserito: 20 luglio 2020  
*Scienza e Democrazia/Science and Democracy*  
[www.dipmat.unipg.it/mamone/sci-dem](http://www.dipmat.unipg.it/mamone/sci-dem)