

DISCOVID

ARTICOLI, RIFLESSIONI E PENSIERI DIVERGENTI DAL
MAINSTREAM SULL'EPIDEMIA SARS-COV-2

AGOSTO-SETTEMBRE 2020

LA PREVISIONE DEL PROF. BASSETTI ► “In autunno salteremo per aria, ma non sarà colpa del virus...” 10 Agosto 2020

Seconda ondata? Terapie intensive intasate? Nuovo lockdown? Si starebbe facendo troppo terrorismo mediatico, secondo il Prof. Matteo Bassetti. Il linguaggio usato dai media appare a suo dire eccessivamente allarmista e di certo non commisurato a quella che a detta del Professore è la reale entità del pericolo da coronavirus. Le autorità, poi, sembrano non fare nulla per placare questo continuum di ansia e paura. Come si fa a non distinguere la figura del positivo al covid da quella del malato di covid? Le conseguenze di questo modo di fare informazioni potrebbero essere molto gravi secondo il direttore della Clinica malattie infettive dell'ospedale San Martino di Genova e presidente della Società Italiana di Terapia Antinfettiva (SITA). I motivi li ha spiegati in questa intervista rilasciata a Stefano Molinari e Fabio Duranti. Ecco cosa ha detto in diretta su cosa di veramente grave potrebbe accadere il prossimo autunno.

“C'è stato il giorno più basso dall'inizio dell'epidemia, perché due morti in tutta Italia non c'erano mai stati – e ricordo che parliamo di morti che non sappiamo se 'per' o 'con' il covid – e nessuno l'ha nominato. Ecco perché credo che ci sia... Non voglio dire un disegno, non lo so, ma io credo che ci sia purtroppo poca gente che vuole dare i messaggi ottimistici. A me hanno detto che sono banalizzante, che sono negazionista, mi hanno insultato... Io mi sono stufato, facciano quello che ritengono opportuno. Poi pagheranno le conseguenze. Sapete quando? A ottobre novembre, ma non per la seconda ondata. Al primo starnuto il nostro sistema sanitario salterà per aria per colpa di questa gente che ha terrorizzato il popolo! Se noi continuiamo a dire che ti viene il covid, sei fritto e muori, il primo a cui viene 37 di temperatura corre al pronto soccorso e cosa vuol dire per noi? Saltare per aria! Il problema non sarà la seconda ondata, sarà l'iper-afflusso di persone con nessun problema. Ci sono sporadicissimi casi gravi, ma ormai è diventata veramente molto simile a una forma influenzale. A novembre avremo centinaia di migliaia con questi sintomi e allora salterà per aria il sistema perché tutti saranno terrorizzati da questo virus”.

La parola a Matteo Bassetti 10 Agosto 2020 Il Ponte

[Intervista al prof. Matteo Bassetti, titolare della cattedra di infettivologia presso il Policlinico San Martino di Genova realizzata dal prof. Massimo Jasonni]

Massimo Jasonni: È scientificamente corretto affermare che il virus oggi ha perso carica virale?

Matteo Bassetti: Il virus ha perso forza. La ragione per cui l'ha persa può essere ricercata in molteplici spiegazioni. Quella più probabile la ricaviamo dal lavoro di vari laboratori (per esempio quello di Massimo Clementi, che in Italia è uno dei laboratori all'avanguardia e che è il laboratorio dell'Ospedale San Raffaele) che ci dicono che confrontando i tamponi (quelli a livello respiratorio o quelli naso-feringei) di marzo-aprile

con quelli di maggio, giugno e luglio, la carica virale è decisamente più bassa. Quindi questo è un dato di fatto e lo diamo per assodato. Se lo sommiamo al fatto che, nonostante ci siano ogni giorno casi conclamati di infezione, cioè persone contagiate, il numero dei posti in terapia intensiva è oggi di 40 in tutta l'Italia, quando ne avevamo al picco 4.200, e avevamo oltre 35/40.000 persone contemporaneamente infette ricoverate in ospedale o a casa, mi pare evidente che il virus, dal punto di vista della sua manifestazione clinica, è mutato. Basta guardare i dati dell'Istituto superiore di sanità, che ci dicono che oggi abbiamo, tra asintomatici, poco sintomatici o casi cosiddetti mild, oltre il 90%, cosa che non avveniva nel periodo di marzo-aprile, dove avevamo sì 25-30% di asintomatici, ma la grande maggioranza era data da persone che avevano dei sintomi. Dunque il virus ha sicuramente perso forza.

MJ: Con l'autunno o l'inverno prossimo è prospettabile un ritorno alla massima aggressività del covid?

MB: No. Io non credo che arriveremo ad avere nuovamente quei numeri e quelle situazioni che abbiamo avuto a marzo, perché vorrebbe dire che non abbiamo imparato la lezione che il covid ci dovrebbe aver insegnato, ovvero: organizzazione delle terapie intensive, organizzazione dei reparti di pneumologia e di malattie infettive, organizzazione del pronto-soccorso, organizzazione dei tamponi, organizzazione della radiologia, organizzazione del territorio, organizzazione delle Rsa. Tutte cose che, mi pare, abbiamo fatto e fatto bene. Quindi, la prima ragione è che il sistema è molto meglio organizzato di come lo era a marzo. La seconda è che questo virus, come stiamo vedendo, non è sparito, tanto che qualcuno parla di seconda ondata. Certamente il virus continua a circolare, ma in maniera diversa rispetto a quello che avveniva in marzo o aprile, il che vuol dire che arriveremo verosimilmente alla stagione autunno/inverno con una circolazione di virus, ma in modo diverso. Avremo dei casi, non possiamo escluderlo. Dovremo allora essere tanto bravi da far sì che la gente non si terrorizzi. Il messaggio che fino a ora è arrivato alla gente – e io ci parlo tutti i giorni con la gente – è stato: «Se mi prendo il covid sono fritto», cioè «sono morto». Ora dobbiamo dire alla gente non che se si prende il covid è fritto, ma cosa deve fare se si prende il covid. Deve stare a casa, deve chiamare il suo medico, deve andare al pronto-soccorso solo quando ci sono determinati segni. Ed è così che eviteremo di avere una seconda ondata. Se, invece, continuiamo a terrorizzare la gente, come stiamo facendo, dicendole ogni giorno che abbiamo centinaia di nuovi contagiati, che siamo in emergenza, che l'epidemia non è controllata, arriveremo all'autunno che succederà un disastro. Perché al primo vero colpo di tosse o di starnuto, che arriverà nella popolazione – che sia giovanile, che siano i ragazzi, che siano i nonni – andranno tutti al pronto-soccorso. E questo potrebbe diventare un vero problema. Quindi, perché io cerco di abbassare i toni? Non perché mi venga qualcosa in tasca a dire di essere ottimista. Ma perché infondendo un po' di ottimismo, dicendo che questa qua è un'infezione da cui nel 99% dei casi si guarisce, che muore sì qualcuno, ma non tutti quelli che prima morivano, che è una malattia affrontabile, cerco di educare un po' la gente. Quindi, secondo me, chi parla di seconda ondata fa del terrorismo psicologico. Qualcuno ha pensato di paragonare il covid alla spagnola: ma ci rendiamo conto? Il 1918 contro il 2020. Come è possibile paragonare due malattie avvenute in due momenti così diversi? Nel 1918 non c'erano i vaccini, non c'erano gli antibiotici, non c'erano i farmaci, non c'erano gli ospedali, non c'erano le rianimazioni.

MJ: Quali tempi occorrono, a tuo parere, perché si possa pervenire a un vaccino?

MB: I dati che ci sono oggi sul vaccino sviluppato dall'Università di Oxford sono molto incoraggianti. Ci sono già dei dati sui macachi, ci sono dei dati della fase diciamo pre-clinica e sono molto incoraggianti. Addirittura, la sperimentazione è partita il 27 di luglio e quindi dovremmo avere i primi risultati sugli uomini probabilmente già dal prossimo autunno. Quindi, se la ricerca corre, potrebbe darsi che questo vaccino, o qualcun altro, possa arrivare addirittura per la fine dell'anno o per la primavera del 2021. Consideriamo che ci sono più di 100 programmi diversi di vaccini in giro per il mondo, in pratica ogni paese importante ne ha almeno uno. Ce l'ha l'Australia, ce l'ha Israele, ce lo abbiamo anche in parte noi in Italia, ce l'hanno gli Stati Uniti, ce l'hanno gli inglesi. In altre parole, ce l'abbiamo un po' tutti un programma vaccinale. C'è veramente molto fermento, e quando c'è fermento scientifico, culturale e di ricerca è sempre bene, perché vuol dire che più di uno arriverà allo sviluppo finale. Quindi, ben venga che ci siano tanti lavori.

MJ: Come giudichi mascherine, distanza fra le persone, i fatidici due metri, lavaggio delle mani? Sono importanti, decisivi?

MB: Secondo me questi presidi sono molto importanti se usati con buonsenso e raziocinio. Non bisogna arrivare alla dittatura della mascherina o del distanziamento, perché altrimenti si rischia di far declinare al popolo delle pratiche mediche. E questo è un rischio che non possiamo prenderci. Non possiamo dire che da domani metteremo l'obbligatorietà di un presidio perché lo ha deciso un amministratore. Secondo me è sbagliatissimo. L'obbligatorietà di un presidio medico deve sempre venire da raccomandazioni date dal mondo della medicina. Quando vedo la querelle che c'è oggi sulle mascherine, penso che ci sia qualcosa che non va nell'organizzazione del nostro paese. Continuare a utilizzare la mascherina qualcuno lo vive come una schiavitù e questo perché l'uso della mascherina, a mio parere, dovrebbe avvenire per libera scelta, come un presidio importante per tutelare la mia salute e quella della persone che ho affianco. Non lo devo fare perché ho un obbligo di legge. Noi dobbiamo cercare, per le malattie infettive, di educare il popolo, non di vessarlo con nuove leggi. «Se non ti metti la mascherina 1.000 euro di multa; non puoi entrare; la carta d'identità...». Sono misure sbagliatissime, che portano evidentemente alle contrapposizioni sociali che vediamo. Quindi noi dobbiamo dire alla gente: mascherine, distanziamento fisico, lavaggio delle mani, stare a casa se hai la tosse, il raffreddore o la febbre, non usare gli antibiotici se non hai un'infezione batterica. Cose che per le malattie infettive sono la base, che però nel nostro paese, purtroppo, non sono state adeguatamente declinate. Noi siamo il primo paese in Europa per germi resistenti e come numero di morti per batteri resistenti, eppure nessuno ne parla. Perché? Perché gli italiani si impasticcano di antibiotici. Questo dimostra la loro maleducazione nei confronti delle malattie infettive, che evidentemente si ripercuote sulle mascherine, sul lavaggio delle mani, su tutte le altre cose. Si deve cercare di prendere ciò che di buono il covid ci ha insegnato.

Silenziosamente stanno devastando la scuola! di Marcello Pamio 11/08/20 disinformazione.it

Tra le sedie a rotelle per i nuovi disabili, i collari elettrificati per mantenere la distanza e i water ad ultravioletti per sterilizzare dai virus le giovani natiche, il ministero dell'istruzione e il governo stanno firmando in queste ore il protocollo di sicurezza delle scuole. Menti geniali sopraffine stanno lavorando giorno e notte per disegnare e forgiare la nuova scuola italiana. Attendiamo il documento ufficiale, ma stando ad alcune indiscrezioni le cose si fanno interessanti... In caso di un alunno positivo TUTTA la classe andrà in quarantena per i canonici 14 giorni, e sarà poi a discrezione della ASL di competenza decidere se tutti gli alunni della classe verranno sottoposti al tampone, come pure estendere i test anche ai ragazzi delle altre sezioni. Quindi basta UN solo bambino con febbre, diarrea, flatulenza persistente o tosse e un tampone positivo (poco importa se si tratta di uno dei tantissimi falsi-positivo) per far scattare l'allarme rosso in tutta la scuola. Se per caso dovessero stanare due o più contagi tra le piccole canaglie di uno stesso istituto, Dio ce ne scampi: la ASL potrà chiudere il comprensorio, mettendo i sigilli sulle porte e imponendo lezioni a distanza. Attenzione, se state pensando che i problemi siano finiti qui state sbagliando di grosso perché è ancor più complesso il caso degli insegnanti di scuola media o superiore. Per gli insegnanti risultati positivi si esamineranno i contatti con studenti e altri colleghi nelle precedenti 48 ore per decidere chi tamponare o mettere in quarantena. Se il docente è negativo ma per sua sfortuna ha avuto contatti a "rischio", andrà in isolamento domiciliare soltanto lui e proseguirà le lezioni a distanza. In qualsiasi caso sarà necessario riorganizzare tutta la didattica con un modello misto di lezioni in presenza e via web. Anche un essere privo di encefalo potrà capire che fare scuola in siffatta maniera è follia coagulata, sia per i ragazzi che per il corpo docente. La scuola da centro focale dell'insegnamento e della pedagogia si sta trasformando in un campo di concentramento dove tutti, per la propria sopravvivenza o semplicemente per non finire in quarantena, saranno in lotta perenne con tutti. I ragazzi guarderanno i compagni (da lontano senza toccarsi) con occhio critico per denunciare al preside chi non rispetta le regole imposte (mascherina e distanziamento), e lo stesso faranno gli insegnanti con gli studenti. Nei corridoi

ritornerà la locuzione latina: Mors tua vita mea! La scuola dovrebbe essere dopo la famiglia la principale sede di socializzazione e formazione della personalità; il luogo dove fornire tutti gli strumenti necessari per crescere culturalmente, psicologicamente e socialmente. Oggi invece sta diventando sempre più simile ad una fabbrica stile "Tempi moderni" di Charlie Chaplin: una sottile catena di montaggio che sforna giovani alienati alla Vita... Nel silenzio dei media, sempre compiacenti a chi paga di più; nel silenzio assordante di pediatri, pedagogisti e psicologi questi sciacalli vestiti da agnelli stanno devastando una delle istituzioni più importanti in assoluto! Come può andare bene un simile scempio? Com'è possibile che molti genitori non se ne stiano preoccupando minimamente?

La sbalorditiva commissione dell'Oms che presiederà Mario Monti

di Giuseppe Masala 11/08/20

Lascia davvero sbalorditi la notizia piovuta - è proprio il caso di dirlo - questa sera. Il Senatore Mario Monti presiederà una sedicente Commissione per la Salute e lo Sviluppo sostenibile dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che dovrà "ripensare le politiche alla luce della Pandemia", dove è chiaro che per politiche bisogna intendere anche le politiche economiche sia perchè a presiederla è chiamato - appunto - un economista sia perchè la Commissione avendo già nel nome la locuzione "sviluppo sostenibile" è chiaro che si intende lo "sviluppo economico". Posto che, come sapete, pur nella assoluta differenza di posizioni, ho grande stima del Prof. Mario Monti, sia per la sua competenza tecnica sia per il rigore etico, la notizia non è da meno sbalorditiva. Innanzitutto da quando in qua l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha competenza sulle questioni di natura economica? E in secondo punto, quale legittimità democratica ha questa Commissione? La risposta alle due domande è: nessuna competenza e nessuna legittimità democratica. Sbalorditivo.

Ma sbalorditivo solo se ci si ferma alla superficie delle cose. Il trend storico degli ultimi trenta anni con l'introduzione di una governance cosiddetta multilaterale (ovvero attraverso le cosiddette Organizzazioni Internazionali) non solo ha svuotato gli stati nazionali di competenze, ma ha soprattutto svuotato la democrazia di qualsiasi significato sostanziale con i governi e i parlamenti chiamati solo a ratificare ciò che è stato deciso nella cosiddetta "comunità internazionale".

Ora siamo arrivati all'abnorme situazione dove una commissione di una organizzazione internazionale presieduta da un medico eritreo, tale Tedros Adhanom Ghebreyesus, vuole decidere (emanando raccomandazioni, che una politica nazionale "democratica" demolita e delegittimata, non potrà fare altro che accogliere) le nostre politiche economiche senza manco consultarci. Essere sovranisti oggi, significa innanzitutto essere per la Democrazia e contro la Tirannide tecnocratica sia essa economicistica sia essa addirittura sanitaria.

TUTTO CIÒ CHE HA PREVISTO TARRO SI È VERIFICATO ► “Ci vogliono imporre un vaccino che non è sicuro!” (G. Tarro) 12 Agosto 2020

In Russia è stato registrato il primo vaccino contro il coronavirus: si chiama Sputnikk, lo ha comunicato al mondo intero il Presidente russo Vladimir Putin nei giorni scorsi. Si tratterebbe di una registrazione prematura, secondo alcuni, che mettono in guardia sull'utilizzo del vaccino russo prima della conclusione di sperimentazioni e accertamenti. In Italia intanto si alimenta il dibattito sulla obbligatorietà della somministrazione: una volta trovato il vaccino, obbligo sì o obbligo no? Chi si schiera sul NO è certamente il Professore Giulio Tarro che ha così commentato il tema del dibattito italiano sul vaccino anti-covid: “Ci vogliono imporre un vaccino che non conosciamo, di cui non sappiamo l'efficacia e che non è sicuro”. Dure poi le accuse contro chi anche questo mese si ostina a creare allarme su una possibile seconda ondata in autunno e sul prolungamento delle disposizioni emergenziali fino al mese di ottobre: “Questi non sanno niente, non conoscono niente, dicono corbellerie assurde. Ci sono cose che non hanno alcun senso né logico, né scientifico,

né di buon senso. Io ho sfidato Ranieri Guerra dopo che ha parlato dei ‘napoletani sciagurati’ dopo la Coppa Italia. Ho detto che in due settimane non sarebbe successo niente e così è stato”. “Il virus non circola – conclude – ora non circola un bel niente. Circola alle frontiere portato dalle nazioni che ancora sono sotto epidemia ed è normale che succeda, abbiamo o commercianti che vanno e vengono. Ma questo lo dicono proprio i primari della terapia di urgenza: loro non hanno pazienti”.

ULTIME NOTIZIE: QUEL VACCINO NON S’HA DA FARE!

di Emiliano Gioia 13 Agosto 2020

Il 31 luglio 2017, il decreto legge n. 73 del 7 giugno 2017, veniva convertito nella legge 119 cosiddetta legge Lorenzin che obbligava tutti i cittadini italiani tra gli 0 ed i 16 anni ad essere vaccinati contro un numero assurdo di malattie infettive.

Malattie che hanno convissuto con l’umanità per millenni e che, a discapito di quanto affermato da molti frontman televisivi sulla loro letalità che ci avrebbe dovuto portare all’estinzione in assenza di vaccini, non sono mai riuscite nel loro “intento”.

La legge 119 per vedere la luce non ha solo visto virologi ed epidemiologi, in forte odore di conflitto di interesse, intervenire e gridare in ogni dove per allarmare sul pericolo che correvano i nostri figli e l’umanità tutta, ma ha dato vita ad un dibattito politico estivo dai risvolti tragicomici, se non fosse per i ruoli ricoperti da alcuni attori in causa. Una su tutti, ed ha prevalso su ogni altro personaggio, la ministro Lorenzin e le sue mille mila battue e bugie.

Bugie portate in pubblico sui canali di stato, in programmi che come oggi erano diretti da istrionici servi. Pronti a enfatizzare le frasi utili a sostenere le tesi di “Stato” o a ridicolizzare le argomentazioni di chi come molti di noi, documenti e studi alla mano, dimostravano in modo inequivocabile la pericolosità, l’inutilità, l’incostituzionalità, di quella legge. La frase “duecentosettanta bambini morti per morbillo a Londra”, pronunciata in una puntata di “porta a porta” da un ministro, ancora echeggia nell’aria e chiede giustizia: che mai arriverà con una dirigenza politica tanto inadeguata e “moralmente corrotta”. Qua il [video](#). Ovviamente le persone non sono rimaste a guardare. Un grande movimento di massa si è formato in opposizione all’insensata legge ed ai danni sociali che ha prodotto. Genitori preoccupati che nel tempo hanno letto, studiato, ricercato, posto domande, richiesto chiarimenti, espresso dubbi. Tutti tacciati di essere somari, webeti, etc.

Un movimento che ha subito ottenuto dal mainstream l’attenzione, che solitamente si dedica ai terroristi ed ai gruppi criminali, e l’appellativo: No-Vax! In questi giorni viviamo lo stesso identico scenario: una malattia i cui numeri vengono elaborati usando il pendolino del mago Otelma (altre spiegazioni non ci sono), che in ogni paese è stata strumentalizzata ed ha inciso sull’economia e sulle dinamiche sociali, stracciando di fatto diritti umani e costituzionali. Con il solito mainstream a lavoro ventiquattrore su ventiquattro, con epidemiologi, virologi, rianimatori, ordini medici, saltimbanchi e giullari vari.

Tutti a ripetere le stesse frasi fatte, sostenuti da utili idioti, con il solito gioco tra buoni e cattivi in un’eterna opposizione apparente ma che converge sempre, solo ed esclusivamente, nella stessa direzione. Il vostro corpo non è il vostro! Voi appartenete alla società in cui vivete e se non vi adeguate, se non vi “normate”, sarete esclusi. “E per normarvi”, noi tutori dell’ordine costituito, “vi procureremo un vaccino”. Una corsa contro il tempo per salvare l’umanità da un virus che [ha infettato](#) (che non significa malato) 19.717.999 persone ed ha ucciso 728.012 (tutti da verificare) su 7.800.000.000 leggasi sette miliardi e ottocento milioni. I morti per tabagismo nell’ultimo anno sono circa 3.000.000. E si comincia a discutere di obbligo vaccinale per tutti, indistintamente, contro il covid-19. Ovviamente tutto il mondo “no-vax” entra in fibrillazione. Quanto da molti già subito, probabilmente, diventerà per tutti. Si denuncia l’assurdità dell’obbligo, si denuncia l’assurdità del vaccino per un virus mutogeno, si denuncia la pericolosità di un vaccino fatto con mutazioni ogm ed in così poco tempo.

Poi arriva “l’esplosione atomica”: il nemico russo, incarnato dal presidente Vladimir Putin, va in televisione a raccontare che hanno trovato il vaccino per il covid-19, che lo ha addirittura fatto somministrare alla sua prole e che funziona. Improvvisamente tutto il mondo occidentale, virologi, epidemiologi, saltimbanchi e giullari vari con tutto l’apparato mainstream comincia a porre domande, a chiedere spiegazioni, a gridare al complotto ed al rischio della pericolosità di un vaccino fatto in poco tempo e che a questo punto, visto da dove arriva, non può essere “universale”. In poche parole, il vaccino russo ha trasformato tutto il mondo accademico e della comunicazione in no-vax tra i più accaniti. Quel vaccino “non s’ha da fare”. Tutti gli stereotipi cadono: non sono più dei webeti o dei somari a denunciare la potenziale pericolosità di un vaccino. Non c’è più l’urgenza di trovare questo “salvavite”, meglio evitare di usare quello russo. Parliamoci chiaro, non esiste un no-vax che fa il tifo per il vaccino russo o italiano che sia, ma adesso le domande diventano davvero più serie e concrete: se come dice la “scienza” di stato, l’unica salvezza per l’umanità è la vaccinazione, addirittura obbligatoria come vorrebbero alcuni pagliacci politici, chi si assumerà la responsabilità di un morto infetto da covid-19, infettato perché non protetto dal vaccino russo perché in attesa del vaccino occidentale? La salute, garantita da questi geni con il vaccino gratuito, non è più necessariamente universale come preteso fino a ieri l’altro, da Oms e capi di stato vari? E allora perché escludere aprioristicamente il vaccino russo? Questa volta la miccia era troppo corta ed il petardo vi è esploso in mano!

Prima di ogni diritto, prima ancora di ogni costituzione, prima di ogni legge, esiste una legge naturale che è stata inserita in decine di trattati politici: la sovranità corporea non può essere in nessun caso abusata. Chi lotta per il diritto all’autodeterminazione ed all’emancipazione degli individui non può tirarsi indietro da queste battaglie. Non sono gli uomini a dover essere adattati alla società o agli stravolgimenti che questa causa all’ambiente, al clima ed ai territori (fonti, alimenti, temperature, etc.), sono la politica e l’economia a dover essere strumento per il miglioramento delle condizioni di vita degli esseri viventi e, conseguentemente con questo, prevenire la diffusione di malattie che in condizioni migliori non esisterebbero affatto.

NEGAZIONISTI ! “Le parole sono pietre” (Carlo Levi) Danilo Tomasetta 13/08/20

In questi giorni ho sentito appellare i partecipanti al convegno in Senato dello scorso 27 luglio, convegno contro la proroga dello stato di emergenza causa covid, come “negazionisti”. Negazionista il tenore Bocelli, ma anche Matteo Salvini, Giorgia Meloni, Vittorio Sgarbi, il prof. Zangrillo, il prof. Clementi, il nanopatologo Stefano Montanari, insomma praticamente tutti i partecipanti al convegno. Vorrei chiarire subito che non sono un fan di Bocelli, né tantomeno ho simpatie politiche per Salvini e Meloni, che anzi considero una piaga politica del paese e un pericolo per un futuro che sappia portare l’Italia fuori dalle secche di un sovranismo becero, anti-storico e reazionario. Ciò non di meno non posso non indignarmi per l’uso del termine “negazionisti”. E’ stato usato nel dopo convegno da molti siti di informazione on line, ripreso nel TG1 e nel TG della 7 (oltre che in altre rubriche di informazione delle reti RAI e della 7), usato da politici della compagine di governo in commenti ed interviste. Così facendo si è bellamente evitato di entrare nel merito di questo convegno, ovvero di dire che mai nessuno dei presenti ha pensato di negare l’esistenza del covid, ma che l’unica cosa che si contestava era l’esistenza di un’emergenza sanitaria che giustificasse la proroga dello stato di emergenza. Fino a prova contraria il termine “negazionista” è nato per indicare le persone che sostenevano e sostengono che l’olocausto non è mai esistito, così come pure mai esistiti i lager nazisti di sterminio. Sto dicendo quindi che è un termine storicamente connotato. Una sua estensione ed un uso generico non può che riportare ad una similitudine con quel tipo di negazionismo. Mi chiedo pertanto se in questo uso disinvolto c’è solo ignoranza oppure (più probabilmente) faziosità e volontà di mettere in cattiva luce i destinatari del termine. Le parole sono pietre (come recita anche il titolo di questo mio breve intervento), quando si usano impropriamente per far male e per nuocere all’avversario non sono comunque giustificate, anzi... si finisce per non fare la differenza tra chi tiene a un’eticità del linguaggio e chi no. Nel ‘77 sono stato additato, insieme ai miei compagni del movimento studentesco di Bologna, come terrorista fiancheggiatore delle BR. Questo avveniva perché ostinatamente

difendevamo lo slogan “né con lo stato né con le BR”. Allora la macchina del fango si esprimeva così, ovvero con tecniche comunicative tipiche della propaganda del ventennio. Non mi pare che ci siano molte differenze con l’uso spregiudicato che oggi alcuni fanno del termine “negazionista”

Siete disposti a fare da cavie? di Valentina Bennati

15 Agosto 2020 Comedonchisciotte.org

I vaccini possono celare dannose insidie che andrebbero valutate con maggior serietà. Lo dimostrano le tante storie dolorose di bambini e adulti, sia civili che militari, morti o gravemente danneggiati. In merito ci sono svariate sentenze e c’è stata una Commissione parlamentare d’inchiesta sull’uranio impoverito (*a fine post il pdf) che ha riguardato anche la somministrazione vaccinale nei militari. Al di là del dramma delle persone ammalatesi, ciò che indigna è l’assoluta mancanza di controlli e farmacovigilanza, strumenti indispensabili al corretto svolgersi della pratica medica e a garantire la miglior tutela possibile sul piano della salute. Inoltre è davvero inaccettabile il silenzio che la maggior parte dei mezzi di informazione riserva a un tema così delicato e importante. Ciò premesso, non lascia presagire nulla di positivo la notizia, [riportata ieri dal quotidiano “La Stampa”](#), che verrà presto somministrato un vaccino anti Covid 19 che non ha fatto l’adeguato periodo di sperimentazione. Le case farmaceutiche assicurano che funziona. Però – si legge nell’articolo – dato che potrebbero esserci dei danni, lo Stato se ne farà carico per il periodo iniziale mediante risarcimenti. In un periodo intermedio i risarcimenti saranno al 50% fra Stato e case farmaceutiche e poi solo a carico delle case farmaceutiche. Traduzione: in pratica la sperimentazione la faranno su chi si farà vaccinare e lo Stato, invece di preservare la popolazione, accetta i rischi intrinseci e fa da garante sostituendosi alle case farmaceutiche per i risarcimenti. SPENDENDO, anche in questo caso, SOLDI NOSTRI. Come ha fatto per finanziare la ricerca ([elargendo 130 milioni di euro alla fondazione di Bill Gates](#)) e poi per sottoscrivere il contratto con Astrazeneca per l’approvvigionamento di milioni di dosi ([clicca qui per visualizzare l’annuncio del ministro Speranza](#)). Dunque siamo sempre noi che paghiamo. Per la ricerca. Per l’acquisto. E anche per i risarcimenti dei danni, molto probabili visto che le fasi iniziali di sperimentazione animale sono state estremamente limitate rispetto ai protocolli normalmente previsti. Un gran bell’affare non c’è che dire ... E poi, se al momento manca ancora un’adeguata sperimentazione, come si può affermare – [con tanto di titoloni sui giornali](#) – che questo vaccino ‘funziona’? C’è infine un ulteriore, enorme, non trascurabile, problema: già oggi, con la legge 210/92 che prevede il risarcimento in caso di danno vaccinale, veder riconosciuto quanto spetta di diritto è un’odissea, anzi – in base ai racconti di chi ci è passato – direi che è quasi un’utopia. Cosa accadrà dunque se il vaccino su cui tutti stanno puntando valanghe di soldi dovesse arrecare seri danni alle persone? Mi pare che al momento, quindi, l’unica cosa sicura sembra essere l’impunità delle case farmaceutiche. Perciò usiamo la ragione invece di farsi rincretinare ogni giorno dalle reti pubbliche e private e dai giornali attraverso l’enfatizzazione dei concetti di “contagio” e “nuovi focolai”. È veramente l’ora di uscire da questo brutto incantesimo. Su questo vaccino non abbiamo ancora informazioni certe né sulla sicurezza né sull’efficacia. QUESTA È LA VERITÀ. Un vaccino richiede dai 5 ai 10 anni di sperimentazione e qui, con la scusa della pandemia, i tempi sono stati ridotti a tre mesi. Chi si farà il vaccino deve essere ben consapevole che sta facendo da paziente per la sperimentazione. Quanto alle scelte del nostro Governo, oltre l’interesse per la prevenzione di una nuova temuta seconda ondata di coronavirus, ci sono altri aspetti fondamentali che lo Stato – come qualsiasi genitore coscienzioso cui sta a cuore la salute dei propri figli – dovrebbe non trascurare se davvero ha a cuore la salvaguardia della vita dei propri cittadini.

* Militari, uranio e vaccini: la relazione integrale della Commissione parlamentare d’inchiesta [Relazione-Finale-approvata-7feb18](#)

Valentina Bennati, Giornalista professionista specializzata in tematiche di salute e ambiente. Naturopata

membro FNNP (Federazione Nazionale Naturopati Professionisti). Percepisco il mio lavoro come una sottile indagine fatta di domande, di chiedersi il perché. Comprendere la causa è sempre il primo passo da fare.

Publicato da Tommesh – ComeDonChisciotte.org FONTE: <https://valentinabennati.it/siete-disposti-a-fare-da-cavie/15/07/2020>

LA PANDEMIA RACCONTATA AGLI ITALIANI E AGLI STRANIERI

di Alessandro Chiavacci 15/08/20

I dati ufficiali parlano al momento (agosto 2020) di 35.000 morti su 250.000 casi di covid-19 in Italia. Un tasso di letalità analogo a quello della meningite e del tifo, che però non hanno la stessa contagiosità. Se la situazione fosse questa, sarebbe ben comprensibile l'allarme continuo del governo e le misure preventive adottate.

MA: ANZITUTTO: QUANTI SONO I MORTI...?

“Perché in Italia ci sono così tanti morti per il coronavirus?”

“Il modo in cui classifichiamo le morti nel nostro paese è molto generoso, nel senso che tutte le persone che muoiono negli ospedali con il coronavirus sono considerati morti PER il coronavirus” (intervista del Telegraph del 23/3/2020 a Walter Ricciardi ex presidente dell' ISS, rappresentante per l' Italia nell' Oms e consigliere del governo per l'emergenza covid 19.)

Ma andiamo ai dati dell' Istituto superiore di Sanità. Alla luce dell'[ultimo rapporto ISS](#) si evince che l'età media dei defunti è di 80 anni. Fra questi, solo il 3,9% non presentavano gravi patologie (diagnosticate in precedenza), al 13,9% era stata diagnosticata una patologia grave, l'82,2% soffriva di almeno 2 di queste gravi patologie. La media delle patologie di cui i defunti soffrivano era di 3,4. Le patologie concomitanti di cui tratta il rapporto ISS sono le seguenti: Cardiopatia ischemica, Fibrillazione atriale, Ictus, Ipertensione arteriosa, Diabete mellito, Demenza, Broncopneumopatia cronica ostruttiva, Cancro attivo negli ultimi 5 anni, Epatopatia cronica, Insufficienza renale cronica, Obesità.

A parte l'obesità, inserita dall' ISS nell'ultimo rapporto, non sembrano proprio delle malattie da prendere alla leggera. D'altronde il presidente dell'ordine dei medici di Genova e direttore dell'Istituto di medicina legale [Buonsignore ha spiegato](#) che: “In Italia si è deciso di inserire nei casi di Coronavirus tutti quelli che sono stati scoperti positivi o durante la vita o anche nel post mortem. Così noi stiamo azzerando la mortalità per qualsiasi patologia naturale che sarebbe occorsa anche in assenza del virus”.

PERCHE' SONO MORTI?

Va ricordato che il governo italiano, seguendo le informazioni che venivano dalla Cina, ha escluso in un primo tempo l'uso degli antinfiammatori, che invece si sono rivelati efficaci almeno in certe categorie. Sulla base delle indicazioni dell' OMS ha escluso l'uso dell'idrossiclorochina, che si è invece rivelata efficace, con retromarcia dell' Oms, quando si è scoperto che [lo studio, pubblicato da Lancet, che ne sconsigliava l'utilizzo era un falso](#), confezionato da una fantomatica startup americana con nessuna credibilità scientifica. Il ministero ha fortemente sconsigliato le autopsie quando la morte derivava da Covid 19, come riportato dalla circolare 15280 del 2 maggio 2020, che riprende diverse circolari precedenti

“1. Per l'intero periodo della fase emergenziale non si dovrebbe procedere all'esecuzione di autopsie o riscontri diagnostici nei casi conclamati di Covid-19, sia se deceduti in corso di ricovero presso un reparto ospedaliero sia se deceduti presso il proprio domicilio”.

E' vero che il ministero non le ha formalmente proibite, ma le ha [sottoposte a condizioni di sicurezza](#) talmente stringenti da sconsigliarne la realizzazione (si veda il punto C)

Le autopsie che sono state ciononostante realizzate si sono invece dimostrate decisive. In tal modo si è scoperto che la causa di morte non era la “polmonite interstiziale” fino ad allora ipotizzata, ma una embolia diffusa, e grazie a questa corretta diagnosi si è deciso di rinunciare alla ventilazione forzata in terapia intensiva sostituendola con anticoagulanti, in specie l'eparina a basso peso molecolare. Malgrado le [cautele suggerite](#)

[anche dall' Aifa](#), (solo l'11 aprile), l'eparina si è dimostrata molto efficace, e i ricoveri in terapia intensiva si sono sostanzialmente azzerati, dimostrazione che i sostenitori della tromboembolia diffusa avevano ragione. Secondo alcuni medici, fra questi il dr. Bacco, l'uso errato della ventilazione polmonare in pazienti che erano affetti da trombo embolia diffusa è stata una delle principali cause di morte dei pazienti ricoverati in terapia intensiva. *“Abbiamo ucciso, anche se in buona fede, i pazienti nelle terapie intensive. Non avendoci fatto realizzare le autopsie, non sapevamo cosa procurasse il virus nel corpo, abbiamo erroneamente pensato che agisse a livello polmonare, mentre il danno era a livello vascolare e dopo negli organi. Non abbiamo usato gli antinfiammatori, l'idrossiclorochina e l'eparina, che oggi sappiamo essere fondamentali, mentre abbiamo 'bruciato' i tessuti polmonari con la ventilazione profonda.”*

Infine, la scoperta dell'ospedale di Mantova dell'efficacia del cosiddetto “plasma iperimmune”, cioè del plasma dei pazienti guariti dal coronavirus si è dimostrata decisiva, e con una efficacia immediata verificata dalle 2 alle 48 ore successive alle trasfusioni. Tuttavia anche questa soluzione è stata ostacolata, tanto che [la regione Emilia Romagna decide di non utilizzarla](#) e il Consiglio Regionale del Lazio rifiuta di aderire alla terapia del plasma. Il direttore dell' istituto [Spallanzani](#) afferma che “L'efficacia non è stata dimostrata, la terapia dovrà essere sottoposta a sperimentazione” e “l'uso di terapie non abbastanza sperimentate è al limite della stregoneria”. La sperimentazione, che si spera oggi sia conclusa, verrà poi sottratta all'equipe del dr. De Donno di Mantova che l'aveva scoperta e attribuita ad un altro centro ospedaliero in Toscana.

In conclusione, le autorità sanitarie italiane hanno ritardato o ostacolato tutte le terapie e gli strumenti diagnostici che si sono rivelati poi efficaci: gli antinfiammatori, l'idrossiclorochina, le autopsie, l'uso dell'eparina e del plasma iperimmune.

QUANTI SONO I CONTAGIATI?

le cifre ufficiali parlano, ad oggi 13/8, di 250.000 contagiati. Questi dati hanno lo stesso valore dell'estrazione dei numeri al lotto. Sono infatti i risultati dei test sui malati, sui defunti e sui loro contatti e congiunti. Malgrado le autorità sanitarie compiano anche 60.000 test ogni giorno, la loro significatività rispetto a 60 milioni di italiani resta nulla. Per valutare la reale presenza del virus in Italia era necessario un test sierologico, su base campionaria di carattere nazionale. A partire da marzo da molte parti inizia la richiesta di un tale test nazionale. Finalmente, alla fine di Aprile, il Governo si decide a promuoverlo. Perché un tale test è decisivo...? Anzitutto, permette di valutare la letalità della malattia. E' diverso se i supposti 35.000 morti (che noi prendiamo con beneficio di inventario) sono riferiti ad un numero di contagiati di 250.000 (quelli ufficiali), o se il numero dei contagiati è, poniamo, di 20 milioni, come quello stimato dai test della società Meleam e dal dr. Bacco. La letalità si abbassa di 80 volte, dal 14% a meno dello 0,2%.

In secondo luogo, il test anticorpale mostra la presenza di IGG e di IGM. Le prime immunoglobuline si sviluppano quando la malattia è già terminata, mostrano la conseguita immunità e permettono di valutare l'anzianità del contagio. Le seconde si sviluppano quando la malattia è ancora in corso.

Il test anticorpale permette perciò di valutare la presenza o meno di una diffusa immunità e da quanto tempo si è diffusa l'epidemia, questione decisiva riguardo all'efficacia di una scelta di “lockdown”.

In varie località si sono già svolti, al momento della decisione governativa, test anticorpali di massa. I risultati sono del 49% di contagiati a Ortisei, del 75% a Vò (epicentro della malattia), del 61% a Alzano e Nembro (epicentri lombardi), del 40% fra gli autisti dell'ATM di Milano, del 25% sui lavoratori asintomatici di una azienda nelle Marche, e si ha poi lo studio dell'azienda Meleam e del dr. Bacco. Questa azienda, con un campione limitato di 7000 test della popolazione in età lavorativa in molte regioni italiane del nord e del sud stima la diffusione del contagio in oltre il 30% (il 33,6%) della popolazione italiana. Lo studio, sulla base della presenza di IGG stima l'arrivo del contagio al sud alla fine di dicembre 2019, e il 75% di presenza di IGG nei positivi. Lo studio è immediatamente disponibile sulla [pagina della Meleam](#).

In attesa che il governo realizzi il test, si scoprono altri fatti interessanti:

il primo è che la presenza del virus è stata verificata in campioni delle acque reflue di Milano e Torino del 18 dicembre 2019, da uno [studio dell' ISS](#) (si ricordi che il lockdown è dell'11 marzo 2020)

il secondo è che compaiono dei dati provvisori sulla [provincia di Bergamo](#), che danno il numero delle persone positive, sulla base di 6367 test effettuati, al 58% della popolazione.

Diversi hanno obiettato che questi test non sarebbero significativi, poiché avrebbero soprastimato l'incidenza di località come Alzano e Nembro, epicentri del virus, o dei congiunti di malati. Non ci è dato di sapere se sia così, tuttavia rileviamo che il numero di test effettuato è molto superiore a quello previsto dal test nazionale (di 2,4 volte) e di circa 5 volte rispetto a quello effettivamente realizzato dal governo (si veda in seguito).

L'Asl locale sembra confermare e poi smentire o ridurre la significatività del test.

“Health authorities in Bergamo said the results were based on a “random” sample which was “sufficiently broad” to be a reliable indicator of how many people had been infected in the province, which became the epicentre of Italy’s outbreak.

In a separate statement issued later, the Bergamo health agency said that most of those in the sample were residents of the worst-hit areas. Many had already been put under quarantine, the statement added.”

([Reuters](#))

IL GOVERNO BOICOTTA IL PROPRIO TEST

Dunque, alla fine di aprile il governo si decide a lanciare la propria campagna di 150.000 test sierologici nazionali. Si indice una gara, e vince l'azienda americana Abbott che offre gratuitamente i propri kit diagnostici. La data per l'inizio è fissata per il 4 maggio, e i risultati per l'11 maggio. Insorgono subito delle difficoltà: riguardanti la privacy dei sottoposti ai test, e all'utilizzo dei risultati. La campagna comincia effettivamente il 25 maggio. Tuttavia, malgrado i risultati siano stati inizialmente previsti nel termine di una settimana, con il passare delle settimane non si ha nessuna notizia, malgrado che saltuariamente la tv ricordi la campagna di test sierologici e inviti ad aderirvi. Finalmente, il 3 agosto, a 3 mesi dal previsto inizio della campagna, e a 70 giorni dal suo inizio effettivo, il [governo annuncia una conferenza stampa](#) e spiega:

“Purtroppo, per la situazione dell'epidemia, non siamo riusciti ad effettuare i 150.000 test previsti. Dai 64.000 test che abbiamo comunque effettuato possiamo dedurre un tasso di “siero prevalenza” nella popolazione italiana del 2,5%. Da notare che l'informazione ufficiale che dà [il governo non comunica](#) nemmeno la quota delle IGG sui testati, salvo per il personale sanitario, i dati cioè dell'immunità conseguita, né avanza nessuna stima sull'inizio del contagio. Ora, questa comunicazione che dà il governo è molto strana, a partire dal metodo. In primo luogo, non si comunica il metodo usato. Questo è un elemento molto importante, perché la sensibilità dei kit è molto diversa. Si è usato il kit della Abbott che ha vinto la gara pubblica o qualche altro kit purchessia? In secondo luogo, non si specificano quali siano state le difficoltà incontrate che non hanno permesso, in un arco di tempo dieci volte superiore a quello previsto, di analizzare il campione previsto. In terzo luogo, quanti e dove sono stati realizzati i campioni? Francamente, non è credibile che il sistema sanitario, che realizza mediamente 60.000 tamponi al giorno, con picchi di 80.000, non riesca a effettuare più di 64.000 test in 70 giorni. Questa incredibile inefficienza lascia aperto il dubbio che una parte dei campioni sia stata “secretata” o “selezionata”; e inoltre comporta seri dubbi sulla rappresentatività del campione per tutte le aree nazionali. In quarto luogo, quando sono stati realizzati i test? Realizzare un test a maggio oppure a luglio non è indifferente. Alcuni studi suggeriscono che l'immunità non sia perenne, e questo è uno dei motivi che rendono poco credibile la creazione di un vaccino efficace. [La data di effettuazione dei test è perciò importante](#).

In quinto luogo, perché non sono stati rivelati i dati sulla quota di IGG e IGM? Ci sono state delle “difficoltà” anche lì...? E' un dato decisivo per valutare la raggiunta o meno immunità (probabilmente temporanea, vero) di parte della popolazione, oppure la sua capacità di contagio e la presumibile anzianità del contagio epidemico. Perché sono stati rivelati solo per il personale sanitario? Forse perché “se i medici smettono di lavorare siamo fottuti”...? E questo personale sanitario, che rappresenta 1,8 milioni di persone, cioè 1/33 della popolazione italiana, è stato analizzato con 1/33 dei test, cioè meno di 2000 campioni in tutta Italia, o c'è stata una torsione campionaria per poterne valutare non solo la siero prevalenza, ma anche la prevalenza di IGG e di IGM...?

(Quinto luogo bis) La comunicazione relativa al personale sanitario è ancora più strana. L'incidenza della siero prevalenza è indicata solamente a livello nazionale (5,6%). Invece la prevalenza delle immunoglobuline IGG è distinta sul piano territoriale: 9,8% al nord, 2,5% al centro e 1,4% al Sud. Sì, ma su quanti...???

In sesto luogo, si è utilizzato un campione certamente casuale – perché non in ogni campionamento si è ovviamente raggiunto il 43% del campione previsto- del campione originario per trarre conclusioni su tutta la popolazione interessata.

Certo, anche un campione del campione può essere utilizzato per tale stima, anche se l'attendibilità di tale stima diminuisce. Ma allora bisognerebbe spiegare con quale metodo statistico da tale campione casuale del campione si è estratta la valutazione ottenuta. La comunicazione dell' Istat ha altri elementi di stranezza. In settimo luogo la comunicazione dell' Istat afferma: “L'emergenza sanitaria ha reso più difficile la rilevazione, ma le metodologie di correzione della mancata risposta totale hanno permesso di produrre stime valide (coerenti con altri studi)” Quali altri studi...? Se si promuove una analisi campionaria nazionale è necessario che il dato sia “vergine”, e “significativo” non confrontato o confortato da “altri studi”, altrimenti il risultato ne risulta alterato, o, in termini statistici, “biased”. Allo studio statistico si affiancano esortazioni che esulano dai compiti dell' Istat e dagli stessi fini dell'indagine campionaria. “Non si può abbassare la guardia, conta molto la responsabilità individuale, seguire le regole di lavarsi spesso le mani, mettere la mascherina e rispettare le distanze.”. Ma la direttrice dell' Istat, che ha firmato il rapporto, che ne sa...? E cosa c'entra con l'indagine campionaria? Sembra che si manifestino piuttosto in questa esortazione le preoccupazioni e le richieste della committenza.

IN CONCLUSIONE

Il governo ha sabotato la realizzazione della sua stessa indagine campionaria. Non è altrimenti credibile che non si riescano a realizzare 150.000 test in 70 giorni. Il metodo è estremamente carente, del tutto inadeguato per una indagine sanitaria. Si veda, a titolo di raffronto, le preoccupazioni metodologiche dello studio della Meleam prima riportato. I dati che il test fornisce hanno tali e tante incongruenze da alimentare dubbi sulla intenzione di fornire dati rassicuranti della strategia del governo anziché dati realistici sulla diffusione del contagio.

Prof. Tarro ► “Ci terrorizzano senza alcuna tesi scientifica! Dietro l'emergenza solo interessi politici 16/08/20

“Ormai i decessi si contano sulle dita di una mano, i contagi sono naturali, le terapie intensive vuote e invece di guardare le cose con ottimismo si sta rovinando anche il mese di agosto con allarmismi ingiustificati”. Queste le parole del Prof. Giulio Tarro sul suo canale [Twitter](#). Ignoranza e malafede sarebbero gli elementi alla base di questo comportamento che ruota intorno all'informazione sulla diffusione del virus. Nessuna seconda ondata, nessun pericolo, certamente non tale da giustificare una proroga dello stato di emergenza fino a ottobre, secondo il Professore.

“Io non lascio credito e adito all'ignoranza – ha commentato in diretta – queste sono cose fatte in malafede. Informazione fatta con una malafede proprio radicata”. “Parlare di una seconda fase autunnale è inutile – ha continuato – noi addirittura abbiamo prolungato la nostra fase di emergenza fino a ottobre senza un solo motivo scientifico. E' proprio una questione, purtroppo, solo politica. Gli studiosi non c'entrano niente in questa situazione perché hanno dato consigli che non sono stati seguiti”. Al centro della sua invettiva un esecutivo che a detta dello specialista non aveva e non ha le competenze per gestire la situazione: “Questi soggetti che hanno governato male fino adesso – continua – sono gli stessi che hanno detto bugie a morire. Ignoranti, nel senso buono del termine, perché non sono all'altezza della situazione, dei posti che ricoprono. Sono attaccati perché se poi si votasse democraticamente andrebbero via. Via dal Governo, dal Parlamento, dalle Regioni e dai Comuni”.

“Qualcuno ha interesse a tenere alta l’attenzione sul virus. È da criminali!” ► Prof.

Bassetti 15/08/20

“E’ evidente che dobbiamo avere cautela, però non possiamo dire che abbiamo 500 malati, perché l’informazione non è corretta”. Con queste parole Matteo Bassetti, professore e infettivologo, esorta le persone a reagire e aprire gli occhi di fronte alle notizie fuorvianti riguardo al Covid -19. Il professore, ancora una volta, ribadisce l’importanza di distinguere i portatori sani dai malati ma soprattutto lancia un appello ai cittadini italiani: è corretto attirare l’attenzione su un problema che ormai non esiste più? A “Un giorno speciale” Stefano Molinari e Fabio Duranti intervistano lo stesso prof. Bassetti a tal proposito. Ecco le sue riflessioni. “Pare che ci sia interesse da parte di qualcuno e anche di una certa stampa di mantenere alta l’attenzione su un problema che nessuno vuole dire che non c’è, ma certamente non di queste proporzioni. Ora, fare 7 pagine per parlare del contagio dei giovani secondo me è criminale. E’ veramente criminale per il nostro paese. Di quello che dico mi assumo la responsabilità ovviamente. Io mi sono anche un po’ sono stufato: da anni faccio la prima lezione del corso di medicina e di malattie infettive in cui spiego la differenza tra portatore sano e malato, tra colonizzato e malato. E’ probabile che molti miei colleghi non ne sappiano la differenza e infatti trattano tutti allo stesso modo, ma quello che mi dispiace di più è che non lo sappiano neanche le alte stanze del potere romano. Un conto è il malato che ha dei sintomi importanti, un conto è un soggetto completamente asintomatico che se non facesse il tampone nessuno si accorgerebbe del suo stato. E’ evidente che dobbiamo avere cautela, però non possiamo dire che abbiamo 500 malati, perché l’informazione non è corretta. E’ sbagliata! Sbagliata dal punto di vista medico. Se uno viene al mio esame e mi dice che un tampone positivo asintomatico è un malato, io lo boccio. La politica col Covid ha preso delle decisioni e di questo si assumerà tutte le responsabilità tra qualche mese. La chiusura è stata una decisione politica, non tecnica. Nel nostro paese molte decisioni prese troveranno difficoltà a essere giustificate, anche dal punto di vista scientifico”.

Covid, una tesi diversa di Miguel Martinez

Un mio amico che insegna biologia in un’università dell’Italia settentrionale, e collabora con diversi virologi, mi ha scritto questo testo, autorizzandomi a pubblicarlo. Non ho ovviamente le competenze per esprimere un parere, ma l’autore è una persona estremamente seria. Ecco cosa scrive:

* * * *

Dai dati disponibili, è chiaro che il virus è ormai scomparso da mesi dall’Europa come agente patogeno. Si parla ancora di decessi causati dal Covid, ma si tratta quasi sempre di decessi causati da altre patologie in persone che, in qualche momento nel passato, erano risultate positive. E anche se ci fossero 10 vittime al giorno da Covid, su una popolazione di 60 milioni è praticamente zero. L’epidemia ha ormai fatto il suo corso in tutto l’emisfero nord. Negli stati uniti il declino è nettissimo sia in termini di casi come di decessi. Il fatto che in paesi come il Belgio e la Spagna si veda un aumento dei casi (ma non di decessi) è semplicemente dovuto al fatto che hanno aumentato notevolmente il numero di test – la Spagna addirittura conta fra i test quelli degli anticorpi. E siccome il virus ormai si è stabilizzato a livello endemico nella popolazione, è chiaro che più test fai, più “casi” trovi. Ma il rapporto fra test e casi è stabile entro i limiti di oscillazioni non significative. Eravamo al 25% al picco, ora siamo allo 0.5% di positivi – nell’ultima settimana siamo passati allo 0.6% — se questa uno la vuol chiamare una “seconda ondata” ha una carriera aperta come giornalista a “Repubblica” Rimane il fatto che i test ci dicono che la firma genetica del covid rimane in giro come traccia in una frazione della popolazione. E’ normale: siamo tutti pieni di virus di un tipo o di un altro, e la maggior parte di loro non solo non fanno danni, ma sono utili al metabolismo umano. Che questa traccia esista e al contempo i decessi diminuiscano è una cosa buona: vuol dire che gli esseri umani e il Covid-19 si stanno adattando l’uno all’altro.

Tuttavia, sta passando una certa linea più o meno a tutti i livelli, dal governo alla signora Maria: i numeri dell'epidemia non contano più niente: l'unico numero buono è zero (come si diceva degli indiani al tempo del Wild West). Ovvero, finché "il virus circola," sono giustificate tutte le misure, anche le più estreme: confinamento, blocco delle attività, riduzione della mobilità, eccetera. Chi si oppone a questa linea viene definito ufficialmente negazionista/complottista/neonazista/sterminazionista, eccetera. Come vi rendete conto, la faccenda è preoccupante, soprattutto tenendo conto che i veri danni economici del lockdown di quest'anno devono ancora arrivare. Io credo che al governo vedano benissimo la problematica di mantenere l'ordine pubblico in una situazione che potrebbe diventare esplosiva. Persino un nuovo lockdown è possibile: il governo lo può ordinare con i poteri di emergenza che ha. Sulle ragioni di questo che sta succedendo, io credo che tutto quello che succede succede per una ragione, ma in molti casi questo "primo motore" è lontano dalle sue conseguenze, per cui è quasi sempre impossibile da percepire per noi tapini che non abbiamo accesso alle stanze dei bottoni. Per il momento, le ragioni ultime di questo disastro rimangono oscure. Possiamo solo speculare sulle conseguenze.

Daniele Novara: «In classe con la mascherina dai 6 anni. Così la scuola si è fatta commissariare dalla sanità» 21/08/20 da www.corriere.it

Il pedagoga: «Chiedere a dei bambini così piccoli di stare in classe con la faccia coperta sarebbe come chiedere ai calciatori di non correre mentre sono in campo»

In classe con la mascherina dai 6 anni in su? Nonostante la parziale marcia indietro fatta in serata, le dichiarazioni di ieri mattina del coordinatore del Cts Agostino Miozzo sul fatto che andrebbero indossate per tutto il tempo in cui si resta in classe, a meno che non si venga interrogati, hanno scatenato molte polemiche. «Sarebbe come chiedere ai calciatori di non correre mentre sono in campo. Ma così il campionato non avrebbe mai potuto ripartire. Il fatto è che la scuola, a differenza del calcio, si è lasciata commissariare: invece di farsi consigliare dagli esperti per poi decidere di testa propria si è ridotta a prendere ordini dal sistema medico-sanitario. A questo punto tanto varrebbe creare un ministero unico dell'Istruzione e della Sanità». E' un fiume in piena, Daniele Novara, pedagoga militante che, grazie a una serie di libri di successo e alla sua Scuola Genitori, ha guadagnato sempre più credito presso le famiglie italiane. «E' come se io pretendessi di entrare in un reparto pediatrico e dire ai medici cosa devono fare. E' un problema di metodo - dice -: la scuola dovrebbe tutelare i suoi confini dalle invasioni di campo». Ma qual è il problema della mascherina per i più piccoli? «Il problema è che loro la vivono come un impedimento nella relazione con i compagni e con l'insegnante che invece è essenziale in questa fase di sviluppo, in cui i bambini imparano principalmente confrontandosi con i loro compagni sotto la guida esperta di un adulto. Il caso più eclatante è quello dei "remigini", che l'anno scorso hanno concluso bruscamente il ciclo della materna a marzo e quest'anno entrano finalmente in prima elementare ma si ritrovano in un mondo di mascherine, invece che di volti nuovi».

L'ospedalizzazione della scuola

Soprattutto con i bambini non si dovrebbe tenere in considerazione solo il rischio sanitario: bisognerebbe anche soppesare bene gli inconvenienti che un'eccessiva ospedalizzazione della scuola può causare dal punto di vista dello sviluppo emotivo e cognitivo. In Francia per esempio la mascherina a scuola è prescritta solo dalle medie in su. Novara cita uno studio del Gaslini sugli effetti del lockdown nei bambini da 3 a 10 anni: il 70 per cento ha accusato problemi comportamentali. Chi è regredito, chi si è fatto più aggressivo, per non parlare dell'aumento dei tic. «I più colpiti sono stati i figli unici che vivevano in un appartamento magari piccolo di città e non potevano nemmeno scendere in cortile. Ma come si può pensare di aiutarli a recuperare quanto hanno perso in quei tre mesi - che per loro valgono tre anni - se li facciamo tornare in scuole trasformate in infermerie?».

Sì a termometro e tamponi, no alle mascherine

E' vero che nelle ultime settimane c'è stato un aumento importante dei contagi, ma Novara fa notare che l'inversione della curva è avvenuta in piena estate, a scuole chiuse, e che viceversa nei centri estivi finora non si è verificato nessun problema. «Riaprire le discoteche per poi doverle richiudere: quella sì che è stata un'assurdità. Ma continuare a dipingere i bambini come dei potenziali untori è fare del terrorismo psicologico che non ha alcuna base scientifica». E' comprensibile che in questa situazione i genitori siano allarmati ma secondo Novara il compito della politica non è di dar voce alle angosce delle famiglie ma di rassicurarle che verranno prese tutte le misure necessarie per un ritorno in classe in sicurezza nella consapevolezza che il rischio zero non esiste. «Io per esempio sarei favorevole alla misurazione della febbre a scuola, che invece il ministero ha escluso, e anche ai tamponi. Ma le mascherine, quelle no. Nelle linee guida per l'infanzia pubblicate qualche giorno fa c'è stata una stretta anche per gli 0-6 anni. Loro non dovranno mettere la mascherina ma le educatrici sì, e pazienza se in questo modo diventeranno irriconoscibili. Anche la didattica per piccoli gruppi è sbagliata, perché così va a farsi benedire la libertà di selezione sociale. I bambini devono poter scegliere i propri amici, per poi magari cambiare idea in un secondo momento. O no?».

Test, tamponi e vaccino. Risposte alle 8 domande più ricorrenti Valentina Bennati interroga
Marco Mamone Capria (*sinistrainrete.info* Published: 22/08/20, created: 05/07/20)

Visto che i nostri governanti, nazionali e regionali, stanno preannunciando obblighi per la prossima stagione, è bene poter usufruire di maggiori informazioni documentate che permettano di farsi un'idea più chiara su alcuni importanti questioni. Ho selezionato otto domande, con le relative risposte, dall'ampia e interessante analisi dell'attuale epidemia da parte del Prof. Marco Mamone Capria, Matematico ed Epistemologo presso l'Università di Perugia. L'analisi è stata pubblicata ieri, 4 luglio, da AURET (Associazione Autismo Ricerca e Terapie). Ho reso il pdf linkabile a fine post così, chi è interessato ad approfondire ulteriormente, può leggerla per intero completa dei necessari riferimenti.

1. È vero che se si è positivi al test per il cov-2, allora si è stati infettati da questo virus?

Risultare positivi a un test per una certa infezione non è lo stesso che essere infetti. Tutto dipende da quanto discriminante sia il test. Un test ha certi parametri che ne definiscono la qualità conoscitiva:

- la proporzione dei positivi tra gli infetti (si dice sensibilità),
- la proporzione di negativi tra i sani (si dice specificità),
- e i valori predittivi, quello positivo, che dice quanto probabile è che se sei positivo tu sia infetto, e quello negativo, che dice quanto probabile è che se sei negativo allora tu sia sano.

Meno specifico è un certo test (e la specificità ha un aspetto intrinseco al test, comprese eventuali contaminazioni del kit, e uno relativo alla correttezza dell'esecuzione del test), più numerose sono le persone perfettamente sane, o almeno senza la malattia ricercata, che vengono ad essere classificate, per esempio, come “siero-positivo” se si tratta di un test sierologico, o “tamponepositivo” se, come nel caso del covid-19, si tratta (come per lo più finora) di un tampone rinofaringeo.

Facciamo un esempio numerico. Se il test ha una specificità del 95%, allora su 100.000 persone sane sottoposte al test, 5000 risulteranno positive anche se, appunto, non sono infette. Inoltre, con la stessa specificità, se su 100 persone sane eseguo il test 3 volte per ognuna, ce ne saranno 14 che risulteranno positive almeno una volta. (Questo, naturalmente, nell'ipotesi ottimistica che l'esecuzione del test non alteri lo stato di salute della persona, il che non sarebbe vero se il test stesso fosse contaminato). Per esempio, recentemente è apparsa una notizia secondo cui un uomo di 41 anni, cui era stata diagnosticata una polmonite bilaterale (una malattia con prognosi infausta nel 60% dei casi), era stato sottoposto al tampone, con esito negativo; un secondo tampone, in un altro ospedale in cui era stato trasferito, aveva dato pure esito negativo. Allora è stato fatto tornare a casa, ma le sue condizioni si sono aggravate ed è morto. Dopo il decesso gli è stato fatto un terzo tampone, e questo è risultato positivo. L'articolo da cui ho tratto questa cronaca conclude: «Il tampone fatto dopo la morte ha

confermato che la polmonite bilaterale era stata una conseguenza del Covid-19» Alla luce di quanto visto, un minimo di cautela sarebbe doveroso. Una volta che si è classificati “positivi”, si può essere sani quanto si vuole, o avere un disturbo lieve e passeggero, ma per le statistiche sanitarie (e anche in tutta una serie di contesti sociali) si è “infetti”. Vedere in questi mesi tanti personaggi pubblici che si sono sottoposti al tampone accettando senza obiezioni l’esito (positivo o negativo che sia, beninteso), e tanti intellettuali dar credito all’identificazione tra “positivo” e “infetto” dà un’idea di quale sia il livello della cultura scientifica media. E anche questa può essere tra le ragioni per cui in certi paesi dell’UE ci sono meno “contagiati” che in Italia: si sono fatti meno test (in rapporto alla popolazione).

2. Prima di introdurre questo test a livello internazionale ed effettuarlo su masse di persone è stato verificato che aveva buoni valori predittivi?

Purtroppo no. In uno studio cinese effettuato quando ormai il “tampone” era diventato il test più utilizzato a livello internazionale, e accettato dopo “peer review”, si è trovato che su un certo campione l’80,33% dei positivi non erano in realtà infetti. Cioè un valore predittivo positivo davvero misero: il 19,67%. Dopo un’analisi statistica dei dati, gli autori hanno concluso che tra le persone entrate in contatto stretto con cov-2-positivi, il 47% o più degli asintomatici sarebbero falsi positivi: cioè risultano positivi al test ma non sono infetti. Se queste stime sono attendibili, fare il tampone “a tappeto” sarebbe una ricetta ideale per creare panico ingiustificato, perché molti “positivi” sarebbero inutilmente e dannosamente spaventati e isolati. Inoltre, senza questa consapevolezza, si dovrebbe anche ammettere che il tasso di mortalità della cov-2-positività (valutata con i test attualmente in uso) è molto basso, al contrario delle stime apocalittiche che si sono fatte circolare. Di fatto ambedue le cose potrebbero essere vere:

- 1) molti falsi positivi con i test in uso, compresi decessi falsamente attribuiti al covid-19 in base alle indicazioni ministeriali (con o senza tampone!);
- 2) pochi veri positivi con decorsi gravi o fatali.

Quindi: sia le dimensioni del fenomeno epidemico sia la letalità della malattia potrebbero essere state entrambe sopravvalutate – e si tratta di sopravvalutazioni con gravissime conseguenze sociali e sulle politiche sanitarie. L’articolo cinese citato non è mai stato ripubblicato in inglese, e nel suo riassunto in inglese su PubMed è qualificato come “Withdrawn” (ritirato); in un inglese poco chiaro sembra che si dica che la ragione sarebbero le obiezioni dei lettori all’insufficiente base epidemiologica. Non è chiaro però che siano gli autori, di comune accordo, ad averlo ritrattato. La ragione della ritrattazione è stata definita dall’autore “anziano” dell’articolo come «una questione sensibile». Se un articolo contiene un errore, non si capisce perché ci si dovrebbe esprimere in una forma così sibillina al momento di ritirarlo.

Chiaramente quando si dice che le metodiche di accertamento dell’infezione possono amplificare la stima e quindi la percezione della frazione infetta della popolazione non si presuppone un’intenzione di fuorviare l’opinione pubblica e la classe politica da parte di chi ha sviluppato quelle metodiche. È nella natura degli screening (cioè indagini su parametri fisiologici in vaste masse di individui) che errori del genere si verificano, sia per difetti nell’esecuzione del test, sia per difetti dei materiali con cui lo si effettua.

3. Il test del tampone ha caratteristiche che lo rendono poco affidabile?

Sì. In generale, come fu sottolineato già da Kary Mullis, lo scienziato che vinse il premio Nobel per la chimica proprio per la scoperta della PCR (= reazione a catena di polimerasi), questa procedura – che nel caso dei virus deve essere preceduta dalla “trascrizione inversa” (RT) che traduce i frammenti di RNA in frammenti di DNA (ecco perché nel caso del tampone per il cov-2 si parla di metodo “RT-PCR”) – non può da sola sostenere una diagnosi di infezione. Una ragione di ciò è che la PCR moltiplica anche frammenti inattivi e residuali dell’RNA di un virus e non permette di distinguere tra un individuo con un’infezione in corso e uno che ne è guarito, ma che conserva ancora tracce della precedente infezione che né gli danno sintomi, né possono contagiare nessuno. Questo vale anche se il virus è stato sequenziato correttamente, e in maniera tale da distinguerlo da altri, cosa che non vale per il cov-2: quindi letteralmente non si può dire quali virus abbiano infettato, ammesso che ce ne

siano, chi risulta positivo. È un difetto enorme dell'intera strategia con cui si è affrontata la crisi covid-19, ma a quanto pare le autorità sanitarie non se ne sono date e non se ne danno pensiero.

4. Che differenza c'è tra il tampone e il test sierologico?

Il tampone lo si fa per accertare l'infezione in atto; il test sierologico (o test degli anticorpi) determina se un certo individuo è entrato in contatto con il cov-2. Se sì, nel suo siero si dovrebbero trovare anticorpi, le immunoglobuline IgM e IgG: le prime si formano dopo una decina di giorni dall'infezione, le seconde dopo circa due settimane e rimangono anche per un certo periodo dopo che si è guariti. I test sierologici hanno quindi lo scopo di stimare la percentuale della popolazione che sono stati infettati, non la contagiosità.

Anche se di questi test (sviluppati molto in fretta) i produttori affermano che hanno specificità superiore al 95%, la sensibilità è spesso molto più bassa, e di solito è di questo che gli autori sulle riviste mediche si lamentano, perché ridimensionerebbe la porzione di popolazione raggiunta dall'infezione.

Ultimamente l'autorità statunitense in materia, i CDC, ha diffuso un comunicato mettendo in guardia circa la sovrastima del potere predittivo dei test sierologici. Come sappiamo, a parità di sensibilità e specificità, il potere predittivo dipende dalla prevalenza, e quando questa è bassa tali test indicano la presenza di anticorpi là dove non ci sono, trasmettendo quindi una "falsa sicurezza" (nella letteratura non si trovano mai critiche della "falsa insicurezza", che dovrebbe essere almeno altrettanto oggetto di preoccupazione). Bisogna anche dire che, a combattere la "falsa sicurezza" dei test sierologici è stato precisato che non è noto quale sia la durata della protezione che conferiscono.

5. Esiste un test sicuro del covid-19 – un test "di paragone" per misurare l'affidabilità di ogni altro test?

È ciò che si dice un canone aureo (gold standard). La risposta è: no. In pratica si utilizza il tampone "a ripetizione", ma abbiamo già visto che sopravvaluta i positivi. Il 17 giugno l'OMS ha rilasciato nuove regole per togliere l'isolamento a infetti da cov-2: «per i pazienti sintomatici: 10 giorni dopo l'inizio dei sintomi, più almeno 3 giorni in più senza sintomi (che include senza febbre e senza sintomi respiratori); per i casi asintomatici: 10 giorni dopo un test positivo per il SARS-CoV-2». In altre parole: si permette di esentare dall'isolamento sulla base di criteri clinici, e senza il doppio test negativo del tampone a distanza di almeno 24 ore, che era la regola precedente. Perché questa regola è stata abbandonata? Ecco la risposta: «Con larga trasmissione nella comunità, gli iniziali criteri per SARS-CoV-2 ponevano diverse sfide:

- Lunghi periodi di isolamento per individui con prolungata rilevazione dell'RNA virale dopo la risoluzione dei sintomi, che influenzava il benessere individuale, la società e l'accesso all'assistenza sanitaria.
- Insufficiente capacità di eseguire test per soddisfare gli iniziali criteri per la dimissione in molte parti del mondo.
- Prolungata presenza virale nei campioni clinici ("viral shedding") intorno al limite di rilevamento, avere risultati negativi seguiti da risultati positivi, che senza necessità mette in crisi la fiducia nel sistema di laboratorio.»

È la prima volta (a quanto ne so) che si ammette che il criterio del doppio tampone negativo crea non solo problemi di gestione, ma risultati incoerenti e disagio tra le persone falsamente positive, che sono costrette all'isolamento per lunghi periodi senza avere alcun sintomo.

Un esempio da primato è quello del primo "malato di covid-19" di Bologna, Bianca Dobroiu, 22 anni, positiva e con sintomi blandi, spariti dopo quattro giorni di terapia sintomatica, ma che ha continuato ad essere positiva per due mesi e mezzo. Ecco la sua testimonianza quando finalmente si è verificato il doppio tampone negativo: «74 giorni, due mesi e mezzo chiusa in camera, due mesi e mezzo di ansie e stress, due mesi e mezzo di medici, di prelievi del sangue costanti, di tamponi, di risultati che mi tiravano giù ogni giorno di più. Sono stati due mesi di inferno, e so che non tutti capiranno, ma io che l'ho vissuta in prima persona, vi posso solo dire che sono due mesi che hanno segnato tanto la mia vita. Due mesi che son sembrati anni, due mesi e mezzo infiniti.» Non mi risultano statistiche su casi analoghi a questo, magari di durata inferiore, che però rendono evidente e concreto il danno esistenziale causato dall'uso di un test difettoso per decidere del destino delle persone.

Paradossalmente, a favore della campagna per effettuare più tamponi militano due opinioni mosse da aspirazioni contrastanti, ma che condividono il punto di partenza (corretto): più tamponi si fanno, maggiore è il numero dei positivi. Gli uni ne deducono: minore è la stima della letalità del covid-19, meno deve preoccuparsi l'individuo colpito. Gli altri invece sottolineano: più diffuso è il covid-19, più devono preoccuparsi le autorità sanitarie. Letalità bassa con alta diffusione dell'infezione significa lo stesso un'alta mortalità a livello di popolazione, e quindi anche se ogni singolo individuo malato ha meno ragioni di preoccuparsi, le autorità sanitarie sono giustificate a prendere provvedimenti. Insomma chi si consola troppo facilmente sulla base del fatto che "la letalità è bassa", non ha capito la logica della situazione e le conseguenze di politica sanitaria del "fare tamponi a tappeto".

6. È vero, come molti stanno affermando in queste settimane, che dall'epidemia di covid-19 si uscirà veramente solo quando avremo un vaccino e che, fino ad allora, è inevitabile il prolungamento delle misure di distanziamento sociale?

No. La domanda presuppone che la similinfluenza positiva al test per il cov-2 non abbia l'evoluzione comune alle altre similinfluenze, con il tipico andamento a campana, ma, dopo l'abbassamento generale dell'intensità di tutte le similinfluenze "riprenda la volata", per usare un termine ciclistico, cioè ricominci ad aumentare – e solo lei! A tale proposito è stato anche sollevato il dubbio che chi guarisce dal covid-19 (nel senso tecnico di diventare negativo al test) non sia perciò diventato immune alla malattia, e possa riprendersela se esposto. Ma se ciò fosse vero, come pensare che la stimolazione attenuata del sistema immunitario prodotta da un vaccino possa produrre ciò di cui sarebbe incapace anche la malattia vera e propria, cioè l'immunità alla malattia? Chi vuole terrorizzare la cittadinanza per prepararla alla resa incondizionata a una nuova vaccinazione di massa dovrebbe fare uno sforzo di coerenza, se non vuole abusare della pazienza della parte pensante della popolazione. Se invece essere guariti dal covid-19 dà immunità, si dovrebbe concludere che le misure di distanziamento sociale universali (cioè non limitate alle categorie degli individui più anziani e/o con stato di salute più precario) potrebbero aver ritardato il raggiungimento della immunità di gregge naturale (cioè provocata dalle guarigioni). Non che questa decisione ("appiattire" la curva dell'incidenza) fosse del tutto irrazionale nel momento in cui le strutture sanitarie erano in affanno, sia per i loro limiti sia per il panico diffuso tra i cittadini. Ma allora, come abbiamo visto, il prolungamento dell'epidemia derivante da tale decisione è da contare come un altro dei costi che la cittadinanza ha dovuto pagare per la politica di definanziamento della sanità e di allarmismo sanitario.

Sulla questione, fondamentale, della creazione di immunità torneremo, ma abbiamo già detto di un esperimento coreano in cui ben 263 pazienti guariti dalla malattia sembrava che se la fossero ripresa, risultato che era stato interpretato come una pietra tombale sull'ipotesi che i guariti dal covid-19 fossero naturalmente immunizzati. In realtà la ripetizione dei tamponi aveva dato tutti falsi positivi, come già spiegato.

Un'altra ipotesi è che il cov-2 muti rapidamente, forse anche più dei virus influenzali che, proprio per questo, costringono a ridisegnare (con risultati variabili e generalmente non eccellenti) il vaccino antinfluenzale anno per anno. Se così fosse, l'obiettivo "vaccino" potrebbe non essere, anche se raggiunto, risolutivo. Chi ha annotato negli ultimi trent'anni gli annunci, sempre rinnovati e sempre fallaci, che i ricercatori biotecnologici sarebbero stati "a un passo" dal completamento di un vaccino anti-HIV, sa quanto può essere lungo quell'ultimo "passo", e non darà credito alle promesse di un "vaccino dietro l'angolo" nemmeno in questo caso.

Ma c'è un esempio più simile a quello del covid-19, e del quale i principali media parlano il meno possibile, anche perché riguarda una malattia che si conosce non da un anno ma da millenni, e si ritiene che derivi anche da (altri) coronavirus: il raffreddore. Ebbene, non esiste un vaccino contro il raffreddore, nonostante lo si ricerchi da almeno un secolo.

7. Perché si invoca il vaccino come la soluzione definitiva del problema covid-19?

Ci sono evidentemente interessi economici più che ragguardevoli, e c'è anche una prospettiva politica autoritaria che in generale si accorda molto bene con le campagne vaccinali di massa, poiché considera i cittadini pressappoco come un allevatore considera i capi di bestiame. Per quanto riguarda i profitti delle

industrie farmaceutiche, è chiaro che vendere centinaia di milioni di dosi di vaccino in tutto il mondo a governi che saranno per ciò stesso coinvolti nella pubblicizzazione e somministrazione di questo medicinale, e che si assumeranno per giunta l'impegno di indennizzare i cittadini per eventuali gravi reazioni avverse (da negare ad oltranza anche per questo), è un enorme affare. Se ci si aggiunge che i governi saranno spesso disponibili (in Italia lo abbiamo visto nella forma più sconcertante nel 2017) a introdurre forme di obbligo vaccinale che nascondono la violazione di diritti costituzionali sotto ricatti pecuniari (multe), sociali (divieto di accesso a certe strutture pubbliche) o lavorativi (divieto di svolgere certe mansioni), ecco che ci troviamo davanti a un'immensa macchina del profitto con rischi d'impresa molto ridotti.

Per rendersi conto che queste non sono considerazioni teoriche, bastava leggere il 24 maggio che «questa settimana il gigante farmaceutico AstraZeneca ha annunciato un contratto da 1,2 miliardi di dollari con il governo USA per produrre 400 milioni di dosi del non provato vaccino» del Prof. A. Hill di Oxford, e che «intanto il governo britannico ha convenuto di pagare fino a 100 milioni di dosi, aggiungendo che 30 milioni di dosi potrebbero essere pronte per i cittadini inglesi già a settembre». Queste cifre, del resto molto parziali, danno però un'idea del volume di affari prevedibile per un vaccino destinato letteralmente a tutto il mondo – e indicano anche quale credito dare a quegli opinionisti che trattano la produzione dei vaccini come una specie di pratica di beneficenza dell'industria farmaceutica.

8. Il vaccino che è stato prenotato dal governo italiano che credenziali di efficacia e sicurezza ha?

Nessuna. Come al solito il vaccino è stato provato su “modelli animali”, che in questo caso sono stati topi e macachi Rhesus adulti. Nei topi si è riscontrata una «risposta immunogenica». Dei macachi, 6 sono stati vaccinati, 3 no, e tutt'e 9 sono stati poi infettati con cov-2. Sono stati tenuti in osservazione per una settimana e poi sono stati tutti uccisi. I macachi hanno tutti mostrato sintomi di infezione, ma in quelli vaccinati si sarebbe osservato un «carico virale significativamente ridotto», e gli autori sottolineano che «non ci sono prove di una malattia immuno-potenziata negli animali vaccinati in seguito all'infezione di provocazione». (Cioè la vaccinazione non avrebbe peggiorato la malattia nei macachi vaccinati, che comunque se la sono presa). Aggiungono che il vaccino è «attualmente investigato in una prova clinica di fase I» (cioè su volontari sani). Inoltre ammettono, da un lato, che «i macachi non sono molto suscettibili alle forme gravi della malattia», e dall'altro che non c'è ragione di pensare che i macachi vaccinati non siano infettivi (N.B.: una delle ragioni fondamentali per vaccinare è non propagare il contagio!). Che cosa si ricava da questo rapporto? In breve: il vaccino non ha funzionato nemmeno sui poveri macachi (replica degli autori: sì, ma noi abbiamo esposto i macachi a una dose esagerata di virus...). Ma questo non aveva in realtà alcuna importanza, né in linea di principio né in pratica, visto che si era già passati alle prove su esseri umani. (Come accade spesso, in barba alla pretesa che la sperimentazione animale funga da filtro e difesa delle cavie umane: una delle “fake news” più usurate, ma che non sarà mai smentita in un telegiornale). Naturalmente di questo e altro si sono accorti subito i commentatori competenti. Il campione su cui si è fatto l'esperimento è troppo piccolo per dare risultati affidabili. Il carico virale nelle secrezioni nasali dei macachi vaccinati e di quelli non vaccinati era lo stesso. I titoli anticorpali nei macachi vaccinati erano bassi, e si sa che, anche quando sono alti, possono essere di breve durata. Il fatto che la vaccinazione non peggiorò i sintomi nei macachi vaccinati potrebbe non applicarsi agli umani, come già si è visto per altri vaccini. È solo una parte della lista dei difetti, ma l'ultimo contiene il più forte di tutti: quella dei “modelli animali” è una truffa pseudoscientifica che serve per costruire carriere e far lucrare le industrie farmaceutiche sulla base di false rassicurazioni. Se l'esperimento sul macaco ha successo, allora si predice che lo stesso avverrà sugli umani, perché “macachi e umani sono simili”; se non ha successo, allora potrebbe averlo sugli umani, perché “macachi e umani sono differenti”. Nessuno realmente crede a questo gioco delle tre carte, come indicato, tra l'altro, dal fatto che si avviano esperimenti su animali e prove cliniche in parallelo. Ma è una strategia che “funziona”, e in molti modi. In particolare, dal punto di vista dell'industria farmaceutica, l'esito fallimentare dell'esperimento sui macachi non ha compromesso il futuro commerciale del vaccino. Adesso due parole sulla cronologia, che getta un po' di luce sulla vicenda. Il vaccino di Oxford non era il primo. Il 19 aprile un gruppo cinese (della Sinovac Biotech, Pechino) diffonde un articolo

(in forma di prepubblicazione) in cui afferma che il proprio vaccino «conferisce completa protezione» alle scimmie (sono stati utilizzati 20 macachi Rhesus). Naturalmente ammettono che «è ancora troppo presto per definire il miglior modello animale per lo studio delle infezioni con SARS-CoV-2». Così è se vi pare. Il giorno dopo il gruppo di Oxford tiene una conferenza stampa per dire che anche il loro vaccino funziona. Il loro articolo appare però (sempre come prepubblicazione) quasi un mese dopo: il 13 maggio. Il 16 maggio appare una critica demolitrice. Il 24 maggio il gruppo di Oxford dice che la minaccia del cov-2 per la popolazione è ormai agli sgoccioli e che non si sa che valore possano avere i test clinici visto che i soggetti vaccinati non incontreranno facilmente persone infette. Il 13 giugno il ministro della Salute italiano annuncia l'acquisto di 30 milioni di dosi del vaccino di Oxford. Il ministro Speranza e i suoi consulenti scientifici saranno mai richiesti di chiarire pubblicamente la linea logica (se ce n'è una) che hanno seguito impegnando una tale somma di denaro dei contribuenti in questo modo?

[Per leggere l'analisi completa del prof. Mamone in formato PDF completa di statistiche e grafici cliccare QUI.](#)

Coronavirus: nelle corsie l'emergenza è totalmente regredita Raffaele Varvara 22/08/20

Chi scrive è un infermiere impegnato in prima linea in un ospedale milanese. Esordisco su [Comedonchisciotte.org](#) per riportare la realtà empirica dei nostri reparti dove l'emergenza è totalmente regredita. Non ci sono pazienti intubati, non registriamo decessi, non abbiamo più i decubiti delle mascherine sui nostri volti, non ci sono più i numeri stressanti per il Servizio Sanitario Nazionale. Quei numeri, sciorinati tutti i giorni dai media mainstream, non riflettono la realtà dei nostri reparti e servono ad alimentare una paura infondata. I numeri che corrispondono alla realtà dei fatti, sono i seguenti:

- [69, i pazienti nelle terapie intensive di tutta Italia](#), rispetto ai 3981 del [30 marzo](#).
- 2, i nosocomi che nelle ultime ore hanno smentito la notizia secondo la quale le terapie intensive erano nuovamente al collasso. I direttori sanitari dello [Spallanzani di Roma](#) e del [Cotugno di Napoli](#), tramite una nota, hanno fatto sapere che non ci sono stati ricoveri in terapia intensiva e che la situazione è sotto controllo. [In un video, che in queste ore rimbalza sui social](#), ho invitato altri miei colleghi ad essere testimoni di verità oggi, come lo siamo stati durante la fase acuta di pandemia, tuttavia sono stato linciato e bollato come negazionista/complottista. Ormai la comunicazione sanitariamente corretta impone un modo di pensare e agire, disattiva il pensiero critico con infusioni di panico anestetizzante e manganella i dissidenti. Il panico prolungato è il peggiore danno che questo virus possa fare: un popolo in preda alla paura è capace di sacrificare libertà e diritti pur di vedersi salva la vita.

Da buon curante concludo con una raccomandazione, non di carattere strettamente sanitario: continuiamo a dar voce all'informazione indipendente, continuiamo a tenere acceso il lume della ragione perchè ragionare ciascuno con la propria testa è oggi l'atto di resistenza più grande per proteggerci dal contagio della paura.

Giulio Tarro all'AntiDiplomatico: "Il panico da Covid si basa su fake news. Il dato dei ricoveri in terapia intensiva parla da solo" di Francesco Santoianni 22/08/20

Con l'annunciata debacle del velleitario tentativo di trovare "nuovi spazi" per le scuole e, quindi, con l'imposizione a tutti (anche ai bambini sopra i sei anni) di una mascherina che scatenerà un inimmaginabile caos, nasce l'esigenza di gonfiare le cifre dell'epidemia per mobilitare, in sostegno del governo, l'esercito di ipocondriaci che si è riusciti a creare. E così è tutto un dilagare, a reti unificate, di "nuovi contagi che ora interessano i giovani", "nuovi ricoveri" "nuovi morti per Covid". Ne abbiamo parlato con l'illustre virologo Prof. Giulio Tarro ([qui](#), le sue precedenti interviste), proprio in questi giorni volgarmente attaccato da "[Il Fatto](#)

Quotidiano”:

"Alle diffamazioni ci ho fatto il callo. E la valanga di critiche in calce a quell'articolo mi fa ben sperare in un cambiamento di rotta nell'opinione pubblica. Ma occupiamoci della attuale situazione del contagio in Italia che, mi si perdoni la vanità, conferma le previsioni che avevo espresso ad aprile. Intanto parliamo del dato più importante: i ricoveri in terapia intensiva. Nonostante le fake news che spacciano i giornali – in prima fila, ovviamente “Il Fatto Quotidiano” che si inventa addirittura i ricoveri – quelli per Covid si contano sulle dita di una mano. Ed è gravissimo che nulla ci viene detto sulla età e su eventuali gravi patologie pregresse dei ricoverati; stesso mistero per i pochi “morti per Covid” che si direbbe vengano ancora catalogati con il sistema inaugurato a marzo: basta che il morto sia risultato positivo al tampone e, pure se muore per cancro, “è morto per Covid”. Il tutto condito dalle dichiarazioni degli esperti da talk show che continuano a raccomandare di “non abbassare la guardia”.

Sarebbe, invece, il caso di comunicare che essere positivi al tampone non significa essere “malati” considerato che il virus nella stragrande dei casi non provoca nessun sintomo; in più, la capacità del soggetto positivo a tampone di trasmettere l'infezione si limita ai primi giorni, dopo di che la prolungata positività del tampone identifica solo tracce di materiale genetico virale, non virus integro, attivo, in replicazione, capace cioè di trasmettere l'infezione. Nonostante ciò in Italia la persona positiva a tampone, ancora oggi, resta ufficialmente “malata” e “contagiosa” finché per due volte consecutive l'analisi del tampone nasofaringeo non da' esito negativo; un criterio, inizialmente dettato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ma poi cambiato progressivamente in quasi tutti i paesi. Il risultato è che oggi, in Italia, considerando che il doppio tampone negativo RT-PCR può arrivare anche dopo 4 mesi (nei quali si è obbligati a stare in quarantena), quasi nessuno vuole sottoporsi a tampone; una circostanza che determina rischi in quanto disincentiva la segnalazione di uno stato clinico sospetto; qualunque esso sia."

E invece, cosa si dovrebbe fare?

"Il rischio di trasmettere l'infezione inizia circa 48 ore prima della comparsa di sintomi. Per questo sarebbe auspicabile strutturare un serio e stabile sistema di monitoraggio che permetta di tenere sotto controllo la situazione. Sto parlando di uno screening valido dal punto di vista epidemiologico; non già i tamponi che oggi vengono imposti ai vacanzieri che tornano dalla Grecia, Croazia, Spagna e Malta (una disposizione che si direbbe una “furbata” per costringere gli italiani a frequentare le spiagge in patria) o che vengono usati da qualche politicante locale come rappresaglia per spingere le comunità alla caccia all'untore."

Ma come si spiega che oggi in Italia risultano positive più persone che a maggio, quando si facevano meno tamponi?

"Come già detto, il parametro per misurare la situazione è il numero dei malati ricoverati in terapia intensiva. Secondo un blasonato studio epidemiologico a maggio, difeso in conferenza stampa dall'Istituto superiore della Sanità, avrebbero potuto essere questa estate 151.000. Oggi, ufficialmente, sono 68. Ma vediamola da vicino questa faccenda dei nuovi positivi. Per quanto riguarda i tamponi è frequente che la negatività sia seguita da nuova positività, per via della alta sensibilità della reazione PCR al materiale genetico virale residuo presente nelle mucose del paziente e della disomogeneità di prelievo del tampone.

Ma in nessun caso di ripositivizzazione è stata trovata evidenza di infezione attiva, né di contagiosità. Stessa situazione per quanto riguarda le immunoglobuline anticorpali a SARS-Cov-2 che in alcuni casi non sono più riscontrabili. Questo significa che sta per arrivare una nuova catastrofica ondata epidemica? Assolutamente no. Intanto, quasi tutti i beta-coronavirus danno luogo anche ad una immunità di tipo cellulare che è perenne; e non a caso, nessuno tra i guariti dalla SARS del 2002 ha contratto il Sars CoV2. Immunità di tipo cellulare, purtroppo, non rilevabile dai test diagnostici che si stanno utilizzando. Poi, oggi, esistono efficaci cure (prima tra tutte la plasma terapia) che non avevamo a marzo-aprile. Nonostante questo, continua ad impazzire il terroristico circo mediatico."

Si riferisce a quello che è stato deciso per la Scuola?

"Certo. L'obbligo delle mascherine per tutti, dai sei anni in su, non trova alcun sostegno nelle evidenze scientifiche. Gli studi sono innumerevoli. Tra questi mi piace citare quello prodotto dall'equipe nefrologica dell'Istituto Gaslini di Genova che [documenta](#) come sia [irrillevante](#) il rischio Covid persino in bambini resi immunodepressi a seguito di trapianto e, per di più, con familiari con Covid."

Covid-19: il sonno della ragione genera mostri Fabrizio Marchi

22 agosto 2020 L'Interferenza

Il dibattito in seno alla cosiddetta "comunità scientifica" rispetto alla questione covid ha assunto ormai una dimensione grottesca e purtroppo anche grave. Allo stato delle cose, nessuna persona "comune" (che non sia cioè uno scienziato) è in grado realisticamente di avere informazioni veramente certe sul virus. E questo perché anche e soprattutto in seno alla suddetta "comunità scientifica" si sono formati i vari "partiti", ciascuno portatore della sua verità, con i suoi dati, i suoi numeri, le sue percentuali, le sue statistiche e naturalmente le sue interpretazioni. Diventa quindi oggettivamente difficile per i non addetti ai lavori (cioè praticamente quasi tutti) formarsi una opinione fondata su dati certi.

Anche perché – sempre per i non addetti ai lavori – diventa difficile credere alla interpretazione (degli stessi dati e talvolta neanche degli stessi...) di uno scienziato piuttosto che di un altro, specie quando entrambi sono personaggi autorevoli e ricoprono incarichi altrettanto autorevoli e di prestigio. Due nomi fra tutti (ma è solo un esempio), Burioni e Bassetti. Il primo è di fatto stato elevato a "scienziato di stato" e, insieme ad altri, portatore della linea intransigente, diciamo pure durissima, del lockdown, mentre il secondo ha una posizione molto più "morbida" e flessibile e fin dall'inizio è stato bollato come "negazionista". Non possiamo quindi che osservare come anche e soprattutto in questo caso, abbia prevalso in modo netto una logica "politica" e molto poco scientifica (sempre ammesso che scienza e politica possano essere separate...). Anche in questo caso, chi ha espresso posizioni diverse rispetto a quelle del "Comitato Scientifico" è stato immediatamente bollato dispregiativamente come "negazionista". Dall'altra parte c'è da dire che anche chi invece esprimeva una posizione più incline al lockdown veniva subito tacciato di essere un filogovernativo che ha portato il cervello all'ammasso e aspirante liberticida animato dall'intento di assassinare le libertà costituzionali...

A tutt'oggi, se siamo onesti, non siamo riusciti ad uscire da questa misera e falsa "dialettica" che, se ci pensate, è simile in tutto e per tutto alla altrettanto misera e falsa dialettica che "oppone" oggi destra e "sinistra".

Il risvolto drammatico (è il caso di dirlo, perché qui è in gioco la vita delle persone...) di tutta questa situazione è che avendo tale "dibattito" assunto, appunto, una dimensione "politica" ma anche e soprattutto personalistica (nel senso che ha comportato anche una esposizione personale pubblica dei vari soggetti), nessuno degli addetti ai lavori (cioè gli scienziati) rinuncerà alla propria posizione né tanto meno sarà disposto ad ammettere eventuali errori oppure a riconoscere la validità di altre tesi sostenute da altri suoi colleghi oppure ancora ad ammettere che bisogna, ad esempio, cambiare strategia, approccio e forse anche terapie. Del resto, avete mai ascoltato un medico che ammette pubblicamente di aver sbagliato? Io mai...

Tutto ciò non è casuale, naturalmente, perché fin da subito (e forse non poteva essere altrimenti) la crisi da Coronavirus ha assunto una dimensione che va ben oltre l'emergenza sanitaria, per diventare, appunto, una grande questione sociale (e quindi politica). Resta il fatto che questa situazione ha fatto sì che – divieti a parte che naturalmente devono essere rispettati altrimenti scattano le sanzioni – ciascuno abbia avuto un suo personale approccio al virus.

Ed è per questo che assistiamo ad atteggiamenti così diversi fra loro, che vanno da quelli che se ne fregano altamente e si assembrano nei locali pubblici o anche nelle piazze fino a quelli, dalla parte opposta, che se vedono uno che gira con la mascherina appena sotto il naso gridano all'untore e chiamano i carabinieri per fartela infilare pure nelle orecchie... Anche in questa vicenda, non ci resta amaramente che constatare che il sonno della ragione – come diceva un tale – genera mostri.

Dichiarazione del Dr. Sergio Resta da FB 22/08/20

Oncologo, riconosciuto con circa 100 pubblicazioni scientifiche.

"Sono chirurgo oncologo, nonché redattore dell'Enciclopedia Medica Italiana (u.t.e.t.). correggo delle imprecisioni. A oggi Sars-Cov2 ha determinato 370.000 morti in tutto il pianeta e non milioni. La definizione di pandemia e' errata dal momento che il virus influenzale è causa di un numero di decessi che va dai 350.000 ai 650.000 ogni anno...e non se ne parla. La patologia non e' devastante. I casi trattati in fase iniziale in Lombardia hanno risentito di gravi incompetenze terapeutiche e totale assenza di coordinazione col Min. Salute. Soggetti in chiara insufficienza respiratoria sono stati intubati o trattati con caschi cpap...e sono morti.

Idrossiclorochina, immediatamente sconsigliata, si e' rivelato farmaco di prima scelta nei casi iniziali e in fase mediana di sviluppo sindromico. Azitromicina si associa a idrossiclorochina per la prevenzione di sovrainfezioni batteriche polmonari. Pazienti con sintomatologie assolutamente svincolate da infezione covid-19 sono stati catalogati come covid19 e hanno ingrossato le fila di una casistica improbabile, risibile e assolutamente falsa. L'OMS ha dichiarato solo verbalmente la pandemia: non esiste documento redatto a stampa. La dichiarazione e' avvenuta poche ore prima del rilascio di cedole multimilionarie che i "bene informati" hanno riscosso, scommettendo sulla dichiarazione di pandemia, a oggi inesistente. Il siero iperimmune dei pazienti guariti e' curativo e a basso costo. Le terapie ci sono e sono state rodiate. Le autopsie (per certo condotte anche in Cina e i cui esiti non sono stati comunicati al mondo) hanno evidenziato la trombosi dei rami polmonari, responsabili dei decessi della maggior parte dei pazienti .

Le comorbidità da gravi a gravissime hanno ucciso i pazienti anziani (media 80.2 anni) affetti da sars-cov2 in fase avanzata, come sempre avviene anche per la comune influenza stagionale. Gli anziani sono stati maggiormente colpiti a seguito dello shock postvaccinale da prevenzione influenzale, vaccino somministrato a oltre 159.000 soggetti, contenente ceppi attenuati H1N1, eccezionalmente virulenti.

Ammesso e assolutamente non concesso che i 31.000 decessi registrati in Italia siano imputabili a sars-cov2 la % di mortalità sulla popolazione totale italiana e' dello 0.050. Il nulla più assoluto. A disposizione per dati e valutazioni statistiche aderenti ai numeri di ISS.

I cadaveri sono stati cremati per occultare le gravissime prove relative a imperizia, azioni ed omissioni gravissime intraprese nel trattamento dei pazienti deceduti".

Sergio Resta

Medico chirurgo

Ricerca del Gemelli. Covid, depressione per lockdown ha colpito l'80% degli italiani

di Francesco Santoianni 23/08/20

Ma qualche "esperto" (del tipo "non abbassiamo la guardia") vi ha mai parlato in TV di questa tragedia? Ora viene fuori una ricerca della Fondazione Policlinico universitario Agostino Gemelli che attesta come l'80% degli italiani (sì, avete letto bene: 80%) hanno sviluppato, grazie al lockdown e verosimilmente alla terroristica informazione erogata dai media, sintomi ansioso-depressivi di varia gravità: dai più lievi come la paura di riprendere in mano la propria vita, o al contrario la paura di non poterla riprendere, fino a sintomi depressivi gravi, come l'incapacità di svolgere le attività consuete. Spiega meglio la situazione lo psichiatra Gabriele Sani, intervistato dall'agenzia stampa Adnkronos Salute:

"(..) I disturbi non si riducono, ma si aggravano con il tempo. Dai dati è risultato che l'80% delle persone che ha vissuto questa emergenza collettiva, ha sviluppato sintomi ansioso-depressivi di diversa entità. E si è osservato – fino alla fine di luglio – che il tempo non ha diminuito i disturbi, ma più è andata avanti la pandemia più si sono aggravati questi sintomi. È un problema che riguarda non solo i pazienti psichiatrici ma anche la popolazione generale. Molti pazienti già seguiti hanno avuto pesanti ricadute anche a distanza di molto tempo. Inoltre, seppure non abbiamo ancora conferme sui dati ma solo osservazioni, sembrano essere

aumentati anche i gesti autolesivi e suicidari. (...) La 'seconda ondata', almeno per quanto riguarda lo stress e i disturbi della sfera psichica, è già arrivata negli ospedali. La popolazione generale e i pazienti psichiatrici, in particolare, dopo un primo periodo in cui avevano dato una buona risposta all'enorme cambiamento legato alla pandemia e al lockdown, hanno cominciato a soffrire di più. In pratica, in questo campo, il peggio sembra venire adesso. (...) Quello che sta accadendo adesso, in Fase 3, è poco studiato ma dalle prime osservazioni è già evidente che stiamo pagando anche ora, in termini di salute mentale, i mesi più pesanti di emergenza. Sono aumentate ad esempio le richieste di visite psichiatriche dopo il riavvio delle attività ambulatoriali. (...) I mesi futuri non saranno semplici perché saranno caratterizzati dalla paura della seconda ondata epidemica e, in generale, dalla paura della riapertura alla vita."

Colpa del virus? No. Colpa, soprattutto, dei nostri governanti (e dei loro "esperti") che – tra cortei di bare e altre scene strazianti - per costringerci a restare chiusi a casa per due mesi ci hanno **TERRORIZZATO** aumentando fraudolentemente la letalità del Sars-Cov-2 (in Italia era 28 volte quello della Germania) presentandoci come contagiati SOLO coloro che risultavano positivi ai pochi tamponi disseminati dalle regioni e come "morti per coronavirus" TUTTI coloro che, prima o dopo la morte, erano risultati positivi a tampone. E tutto questo mentre – per dirne una – Angela Merkel a marzo andava in TV per annunciare che il virus avrebbe contagiato il 70% dei tedeschi (percentuale che certamente si è riproposta anche per gli italiani come attestata da indagini epidemiologiche).

Risultato? In Germania hanno saputo affrontare egregiamente l'emergenza; qui da noi non riusciremo nemmeno ad aprire le scuole considerando che ogni "contagiato" continua ad essere considerato ad un passo dall'obitorio. Tenetelo a mente ora che, per meglio affrontare le proteste che si prospettano in autunno vi stanno finendo di rimbambire con questa buffonata dei "nuovi contagiati" (ovviamente, la quasi totalità asintomatici e in ottima salute).

Il Coronavirus ormai si è spento. Per trovarlo si amplifica il "segnale" di positività

www.rovigooggi.it 23/08/20

Roberto Rigoli, primario del reparto di Microbiologia a Treviso sta coordinando la ricerca con i colleghi di Mestre e Verona sulla possibilità di contagio da Covid. 60.000 tamponi, 210 i positivi, 199 quelli "trattati". Solo 3 i potenzialmente infettivi

ROVIGO - Nella giornata in cui la direzione generale dell'Ulss 5 Polesana comunica 6 nuovi casi di contagio da Coronavirus per la positività al tampone Covid-19 in provincia di Rovigo, giunge il risultato di una ricerca condotta dal primario di Microbiologia di Treviso in collaborazione con i colleghi di Mestre e Verona, che ha interessato 60.000 tamponi con l'individuazione di 210 positivi. Il risultato è stato annunciato nella giornata di domenica 23 agosto e condiviso anche dalla direzione dell'Ulss 5 Polesana.

La novità rispetto alle comunicazioni abituali riguardo i bollettini con nuovi casi risulta dal fatto che per la prima volta i primari dei reparti di Microbiologia, che effettuano le analisi sui tamponi, ammettono che potenziano la carica virale per individuare un virus che, altrimenti, sarebbe stato scovato solo su 3 casi sicuramente, 11 forse, invece che in 210 casi di positività accertata.

"Su 60mila tamponi fatti dal 1° giugno in Veneto, solo 3 hanno registrato una quantità di virus importante. Ma anche quelle 3 persone infettate dal Covid-19 hanno sviluppato solo sintomi leggeri e nessuno è finito in pneumologia o in rianimazione. In sostanza, la carica del virus e la sua pericolosità si sono ridotti in maniera molto rilevante: il Coronavirus si è spento". È la scoperta fatta da Roberto Rigoli, primario del reparto di Microbiologia a Treviso che, coordinando la ricerca con i colleghi di Mestre e Verona, ha verificato nei fatti il progressivo "addormentarsi" del virus. La comunicazione del risultato dell'indagine condotta dal primario Rigoli è stata fatta oggi durante il consueto briefing del presidente della giunta regionale del Veneto Luca Zaia, nella sede della Protezione civile regionale nel quartiere Cita di Marghera.

«Dei 60mila tamponi effettuati – spiega Rigoli – 210 sono risultati positivi; ma 199 di essi lo erano in maniera molto modesta, tanto che abbiamo dovuto amplificare molto il “segnale” per trovare i virus; e probabilmente non erano infettivi. Degli 11 positivi in maniera più cospicua, con segnale chiaro, 4 erano asintomatici e 7 sintomatici. Ma alla fine, appunto, solo in 3 casi si è trovata una carica virale paragonabile a quella che vedevamo normalmente nella fase acuta dell’epidemia».

I 6 casi riscontrati domenica 23 in Polesine portano il totale dei positivi da inizio epidemia a 528 e riguardano:

- Donna del 1961, residente a Rovigo, è un contatto stretto di una persona risultata positiva. Era già in isolamento ed è asintomatica.
- Donna del 2004, residente a Rovigo, è un contatto stretto di una persona risultata positiva. Era già in isolamento ed è asintomatica.
- Uomo del 1957, residente in Basso Polesine, è un contatto stretto di una persona risultata positiva. Era già in isolamento ed è asintomatico.
- Donna del 1996, residente a Rovigo, ha eseguito il tampone per presenza di sintomatologia. È risultato positivo ed è in isolamento.
- Uomo del 1959, residente in Basso Polesine, è un contatto stretto di una persona risultata positiva. Era già in isolamento ed è asintomatico.
- Uomo del 1993, residente a Rovigo, è dipendente di una struttura sanitaria fuori provincia. È emerso durante lo screening ed è asintomatico. È stato posto in isolamento.

Tarro spiega i rischi delle mascherine ► “Possono diventare dannose, l’uso che ne facciamo è assolutamente inaccettabile”

25 Agosto 2020 [VIDEO](#)

Mascherina sì, mascherina no. Per l’OMS e il Ministero della Sanità non c’è trucco né inganno: vanno usate. Ma si celano dei rischi dietro il sottile strato idrorepellente, almeno a detta dell’esperto di emergenze epidemiche Giulio Tarro. Lievi forme di allergia possono alternarsi addirittura a candidosi polmonare, anche se in casi più rari come specifica il virologo. Ma, rischi di nicchia a parte, il problema è che questi non verrebbero corsi per evitare la famigerata infezione da coronavirus, come specifica lo stesso Tarro a ‘Un Giorno Speciale’. In quanto funzionali a evitare in particolare i contagi da asintomatici, l’utilità delle mascherine cambierebbe totalmente nel momento in cui gli stessi asintomatici si rivelassero meno contagiosi di quanto si sia sostenuto finora. Giulio Tarro ha detto di più in quest’intervista di Fabio Duranti e Francesco Vergovich.

“Partiamo dall’uso delle mascherine: si è sempre detto che venivano utilizzate dal soggetto già infetto per evitare lo spargimento del virus e per gli operatori sanitari che potevano andare incontro al virus con un eventuale paziente. Finita la carenza, siamo diventati produttori di mascherine, e la situazione piuttosto clamorosa è che ora bisogna utilizzare le mascherine a qualsiasi età in posti completamente inutili, per non dire ridicoli.

I rischi

Bisogna considerare che, per giunta, le mascherine in alcuni soggetti non possono essere usate, sia perché diventano allergici, sia perché possono addirittura provocare una candidosi polmonare pericolosissima. Le mascherine vanno portate dal soggetto già raffreddato o influenzato, ma non c’entrano niente con il soggetto sano. Applicarle ai bambini poi è indecente. La scienza medica dovrebbe opporsi? Assolutamente, è inaccettabile un fatto simile.

“Asintomatici contagiosi in casi rari”

Sappiamo benissimo che gli asintomatici non sono contagiosi, è risaputo e lo aveva detto anche l’OMS. Sono contagiosi raramente in circa il 16% dei casi, ma sicuramente quando ci sono delle cariche virali che fortunatamente sono legate al soggetto che le ha.

Siamo l'unico paese che ha addirittura prolungato la situazione di lockdown, è un controsenso essere diversi dagli altri in senso negativo. Si bypassa l'aspetto mentale, psicologico: anche tutto questo deve essere tenuto in considerazione. Non parliamo poi dei bambini e dei più giovani che fortunatamente non hanno problemi con l'infezione virale. Purtroppo vengono ultimamente sottolineate delle situazioni false, dalla famosa bambina di 5 anni che aveva altri problemi rispetto al Covid, o i famosi 4-5 giovani delle terapie intensive che nessuno ha trovato in tutta Italia, o il caso del Cotugno di Napoli "pieno", che poi era falso".

L'EMERGENZA IMMAGINARIA di Alceste De Ambris 24/08/20

La recente ordinanza del Ministro della salute (ormai per limitare le nostre libertà personali non hanno più bisogno di leggi o almeno di decreti-legge) prevede la chiusura di discoteche e l'obbligo di mascherina dalle 18 in poi. È già stata notata l'assurdità del provvedimento, che sembra presupporre che le malattie si diffondano solo al buio... e che gli unici luoghi affollati siano le discoteche... Vietato ballare: manco fossimo i protagonisti del film "Dirty dancing"! Il prossimo passo immagino sarà vietare i baci o i rapporti sessuali tra i giovani... A parte le battute, il punto fondamentale è un altro. Ossia che, numeri alla mano, nonostante i media da settimane martellino su un ritorno del virus, in realtà al momento in Italia non esiste alcuna emergenza sanitaria che giustifichi ulteriori limitazioni delle libertà personali.

Non ho competenze mediche o statistiche, ma poiché nessun medico o statistico (almeno quelli interpellati dai media di regime) lo dice, è compito del cittadino comune cercare le informazioni e trarne le conclusioni (basterebbe anche un giornalista onesto...). Mi baso sui dati ufficiali delle istituzioni, pubblicamente reperibili su internet (le fonti sono indicate in fondo).

Il fatto che nessuna testata giornalistica o programma televisivo riporti questi semplici dati, limitandosi a ripetere litanie senza senso ("oggi contagi in aumento"...), così come nessun partito politico anche di opposizione (esiste un'opposizione?) contesti il discorso dominante, polemizzando magari su questioni secondarie, la dice lunga sullo stato dell'informazione e della democrazia nel nostro paese.

E nessun fiato nemmeno dalla sinistra "antagonista": dopo aver ammorbatato per trent'anni le facoltà di filosofia con il pensiero di Foucault (pensatore peraltro anarcoide e anti-statalista e quindi innocuo al Sistema), non riescono a riconoscere il biopotere nemmeno quando si manifesta in modo così aperto... Negli anni Trenta forse c'era più pluralismo...

Il numero dei contagi sembra un dato irrilevante, sia perché dipende dal numero dei tamponi effettuati, sia perché i tamponi danno molti falsi positivi, e soprattutto perché questi nuovi infetti sono in realtà per la maggior parte sani, asintomatici o con sintomi lievi. Per svariate ragioni il virus col tempo ha perso pericolosità e letalità. L'aumento dei contagi, tra le categorie non a rischio, potrebbe anzi essere un fattore positivo, perché aiuta a costituire l'immunità di gregge (senza attendere vaccini miracolosi).

Il dato rilevante è quello dei decessi. Si tratta, come noto, di decessi presunti, perché sono stati considerate vittime del coronavirus persone "con" il coronavirus ma morti per altre malattie. E' lo stesso Ministero della salute a dirci che l'età media dei deceduti è di 80 anni (e la mediana di 82), e che solo il 3,9% di questi non aveva patologie pregresse (e il 61% aveva tre o più patologie pregresse).

Ad ogni modo atteniamoci ai dati ufficiali. Il grafico dei decessi giornalieri presenta la classica curva a campana: raggiunto il picco a fine marzo-inizio aprile (massimo 919 morti), la curva scende gradualmente da aprile – giugno, fino quasi ad azzerarsi a luglio e agosto. A luglio il numero dei decessi giornalieri varia da 3 a 30, con una media di 12. A agosto (fino ad ora) il numero varia da 2 a 12, con una media di 6 decessi al giorno. Diciamo pure, per arrotondare, negli ultimi due mesi, 10 decessi al giorno per covid.

Sono numeri di cui preoccuparsi? Qui occorre ragionare a mente fredda: è chiaro che ogni vita umana è preziosa, ma purtroppo quando si fanno scelte politiche (non solo in ambito sanitario, ma anche economico ecc.) occorre valutare i pro e i contro. La vita umana è mortale e in nessuna attività esiste un rischio zero. Ad es.

nessuno pensa di vietare la circolazione delle auto perché quotidianamente muoiono persone in incidenti stradali (in media oltre 3000 ogni anno). La verità è che, avendo un termine di paragone, sono numeri non solo bassi ma proprio irrilevanti. L'Italia ha una popolazione di circa 60 milioni di persone. L'Istat ci fornisce i dati sulla mortalità annuale. Ecco ad esempio i dati dal 2014 al 2018 (arrotondati al migliaio per semplicità): rispettivamente 598 mila, 648 mila, 615 mila, 649 mila, 633 mila morti per tutte le cause. Va notato che uno scostamento di 50 mila morti da un anno all'altro è considerato fisiologico e non degno di allarme (e infatti nessun mezzo di informazione nel 2015 ci ha allertato per tale incremento o cercato spiegazioni).

La media è 628600. Dividiamo questo numero per 365 giorni, viene 1722 decessi quotidiani. Poiché ci troviamo in quella metà dell'anno in cui, viste le temperature, la mortalità è più bassa, togliamo pure un 10-15%: viene 1500 arrotondato. Ogni giorno in Italia in questo periodo muoiono circa 1500 persone. Come si vede si tratta di calcoli a spanne, solo per capire l'ordine di grandezza di ciò di cui si parla. Resta il fatto che appare razionalmente incomprensibile perché media e politici si occupino ossessivamente dei 10 morti per covid e non dei 1490 morti giornalieri per tutte le altre cause.

Per quali cause? È l'Istat stesso a dircelo (ad es. per il 2017): il 36% per malattie del sistema circolatorio, 28% per tumori, 8% per malattie respiratorie, 5% per demenze, 4% apparato digerente e 3% per diabete. Tra le malattie respiratorie ci sono polmoniti, influenze e altre. Solo per influenza si calcolano mediamente 8000 morti all'anno (per un'influenza di media gravità, di più se è grave). Il che significa, considerando che l'influenza è attiva circa per quattro mesi, una media di 65 morti al giorno (nel periodo appunto dicembre-marzo). Eppure per l'influenza non è mai stato immaginato alcun obbligo sanitario (il vaccino è facoltativo) né il telegiornale ci informa ogni giorno sul numero di infetti e sui focolai...

La situazione quindi è molto chiara: il covid è una delle malattie meno pericolose che circolino nel nostro paese, in cui da almeno due mesi non c'è alcuna emergenza sanitaria. Eppure media e governo ci fanno credere che c'è (è stato infatti prorogato lo stato di emergenza).

In questo modo continuano a diffondere panico tra la popolazione, il che sicuramente avrà degli effetti negativi sullo stato psicologico dei cittadini (in forma di depressione, ansia, nevrosi ecc.). Inoltre le limitazioni e l'incertezza danneggiano l'economia: interi settori (ristorazione, spettacolo, trasporti, piccoli negozi ecc.) subiscono perdite ingenti, e le persone perdono il lavoro.

La somma di questi due fattori (disagio psicologico e perdita di reddito) è probabile avrà un impatto negativo sulla salute, per cui prevedo che il 2020 si concluderà effettivamente con una maggiore mortalità rispetto agli anni scorsi, ma non tanto a causa del covid, ma a causa dei provvedimenti presi per contrastare il covid.

E dunque, se è inutile e controproducente, perché media e politici continuano a propinarci un'epidemia ormai inesistente? Certo non è un semplice errore o incompetenza, anche perché la campagna propagandistica ha un respiro globale e non riguarda solo l'Italia.

Sono state avanzate tante ipotesi, che tirano in gioco il controllo sociale, la lobby dei vaccini, speculazioni finanziarie, conflitti geopolitici ecc. Non so, ma ho il sospetto che la pandemia (reale o percepita) non finirà tanto presto, e che anzi diventerà il nuovo discorso dominante, nuova arma di distrazione di massa e capro espiatorio dietro a cui nascondere i fallimenti del finanz-capitalismo. Per un ventennio ci hanno imposto come ordine del giorno il "terrorismo islamico": all'fine si è capito che in realtà i presunti fondamentalisti non erano che balordi e mercenari utilizzati in ottica neocoloniale da una serie di potenze, soprattutto occidentali, per destabilizzare Stati ribelli e occupare zone strategiche. Dopo che Putin e Trump hanno scoperto il bluff, questo tipo di propaganda non tiene più (e infatti il terrorismo sembra scomparso da un giorno all'altro)... Occorre dunque mobilitare un nuovo nemico immaginario.

Fonti:

Ministero della salute

<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?area=nuovoCoronavirus&id=5351&lingua=italiano&menu=vuoto>

e

<http://www.salute.gov.it/portale/caldo/dettaglioContenutiCaldo.jsp?lingua=italiano&id=4547&area=emergenzaCaldo&menu=vuoto>

Istituto superiore di sanità

<https://www.epicentro.iss.it/influenza/sorveglianza-mortalita-influenza>

Istat

<http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=18462#> e

https://www.istat.it/it/files/2020/03/Nota_mortalità-per-causa_regionale-1marzo_15Maggio-2017_e_2020.pdf

Per i dati sui decessi (grafico e giornalieri)

<https://statistichecoronavirus.it/coronavirus-italia/>

<https://lab24.ilsole24ore.com/coronavirus/>

Ricerca su 33 ospedali italiani attesta l'efficacia della cloroquina contro il COVID

Francesco Santoianni 27/08/20 L'Antidiplomatico

Aveva ragione il professor Raoult (nella foto) e torto l'OMS

Il boicottaggio della idrossiclorochina nella cura (e anche nella profilassi) del Covid - che aveva costretto l'illustre virologo [Didier Raoult](#), già oggetto di una vergognosa [campagna di diffamazione](#), a scendere in campo - sembrava finito quando si scoprì che la "ricerca" pubblicata su [The Lancet](#) (che pretendeva di dimostrare la pericolosità del farmaco) si basava su [dati clamorosamente falsi](#), stranamente passati inosservati ai referees della rivista. Non è stato così e il 18 giugno l'Organizzazione mondiale della sanità - tra gli applausi di una sinistra che continua a vedere l'idrossiclorochina come il "[farmaco di Trump](#)" - [sospendeva](#) i test su questo "pericoloso farmaco" (nonostante esso venga regolarmente assunto in Italia da 65mila pazienti affetti da artrite reumatoide senza significative segnalazioni in farmacovigilanza). Oggi viene fuori una [ricerca](#) condotta su 3.451 pazienti ricoverati in 33 ospedali italiani, pubblicata sulla rivista [European Journal of Internal Medicine](#), che attesta, ancora una volta, l'indubbia efficacia dell'idrossiclorochina. Servirà questa e tante altre analoghe ricerche a far reinserire idrossiclorochina tra i rimedi ufficiali contro il COVID? Crediamo proprio di no. Perché mai si dovrebbe rovinare il business di Big Pharma permettendo l'uso di un farmaco che essendo scaduti da quarant'anni i brevetti, costa in farmacia pochi euro?

Gli infettivologi tedeschi bocciano il governo italiano: "Il lockdown? L'Italia ha sbagliato tutto" di Alessandra Benignetti 29/08/20

Chiudere le discoteche? Non solo questa ma "tutte le decisioni del governo italiano sono state sbagliate". Non ha dubbi Sucharit Bhakdi, specialista in microbiologia ed epidemiologia delle infezioni che per 22 anni ha diretto l'Istituto di Microbiologia dell'Università Johannes Gutenberg di Magonza. Assieme alla moglie, Karina Reiss, ricercatrice nel campo della biochimica, infezioni e biologia cellulare all'università di Kiel, ha dato alle stampe un libro che in poche settimane è diventato un best seller in Germania con oltre due milioni di copie vendute. Corona Fehlalarm? ("Falso allarme Corona?"), edito da Goldegg Verlag, è uno studio basato su numeri, dati e almeno duecento citazioni della letteratura scientifica, che punta a ridimensionare la portata della pandemia in corso in tutto il globo. "Basta guardare il tasso di mortalità, è da lì che ognuno di noi può evincere che il Sars Cov-2 è paragonabile ad un qualsiasi virus influenzale", dicono ad Inside Over i due autori del volume. I numeri a sostegno di questa tesi sono elencati nelle pagine del tascabile, che tra qualche settimana sarà tradotto anche in lingua inglese. "Non c'era assolutamente bisogno delle misure drastiche che sono state prese in tutto il mondo - incalzano i due infettivologi - ed è per questo che abbiamo scritto il libro". L'idea, ci spiegano, è nata dalla volontà di "mettere nero su bianco fatti e dati per renderli disponibili in modo duraturo".

Il boom di nuovi positivi in molti Paesi europei, come Francia e Regno Unito, non li preoccupa: “Non ci sono casi in aumento da nessuna parte”. “Il numero dei test è cresciuto – chiariscono Bhakdi e Reiss – e con questo anche il numero dei falsi positivi, che sono in media l’1-2 per cento”. “La maggior parte di chi è positivo – aggiungono – sta bene e non è contagioso”. In generale, secondo i ricercatori, non è comunque corretto parlare di nuovi “casi”. “Questo termine – dicono ad Inside Over – si riferisce alle persone malate”. La stragrande maggioranza di chi contrae il virus, invece precisano i due, è asintomatico. “Il range delle morti per il Covid è attorno allo zero ovunque”, vanno avanti. Così l’ipotesi di una seconda ondata non li spaventa. “A partire dai mesi di ottobre e novembre ci sarà la classica influenza stagionale assieme ai casi di coronavirus”, prevedono gli autori. “I Paesi che sceglieranno di ricorrere nuovamente al lockdown – mettono in guardia – ripeteranno un errore catastrofico e distruggeranno sé stessi”. Per Bhakdi e Reiss le misure restrittive adottate in Germania e nel resto d’Europa sono state “totalmente inappropriate oltre che insensate”. Le chiusure, oltre a rappresentare una limitazione senza precedenti alle libertà dei cittadini, scrivono gli autori del best seller che sta spopolando nei Land tedeschi, “hanno causato danni collaterali irreparabili”. Per questo sono convinti che la mossa del governo italiano di chiudere i locali notturni e imporre l’uso dei dispositivi di protezione individuale anche all’aperto nei luoghi della movida “non abbia senso”. “Tutte le decisioni italiane sono state sbagliate”, è il duro giudizio dei due infettivologi tedeschi. A far discutere è anche il nodo delle mascherine a scuola. “Forzare i bambini a indossarle – dicono senza giri di parole – è un atto criminale e andrebbe perseguito”.

“In primo luogo – motiva il professor Bhakdi – non ci sono evidenze che l’utilizzo dei Dpi influenzi in qualche modo l’andamento della curva epidemica”. “Inoltre – aggiunge – chi risulta positivo al tampone, o è un falso positivo, o è un contagiato senza sintomi e quindi non può diffondere il Covid”. Al contrario, secondo l’esperto, la mascherina “danneggia la salute mentale di milioni di bimbi ed è pericolosa per milioni di adulti che soffrono di malattie cardiache e polmonari, pressione alta o cancro”. Una posizione, questa, condivisa anche da chi, in Germania, da settimane manifesta per chiedere la fine delle misure anti-Covid.

Una nuova marcia di quelli che sono stati ribattezzati come “negazionisti” è stata convocata per sabato a Berlino. I manifestanti saranno sorvegliati speciali delle forze dell’ordine, dopo che le autorità cittadine hanno chiesto di vietare gli assembramenti per evitare nuovi contagi. Una presa di posizione questa, che, commentano Bhakdi e Reiss, “getta ancora più imbarazzo sui politici tedeschi”. Gli autori di Corona Fehlalarm si uniscono al coro di chi chiede “che tutte le misure adottate contro il Covid siano immediatamente revocate”. “Non esiste – spiegano – una minaccia tale per cui il governo dovrebbe implementarle”. Nonostante il professore abbia pubblicato oltre 300 articoli scientifici nel campo della virologia e sia stato insignito nel corso della sua carriera di vari riconoscimenti, tra cui l’Ordine al Merito dello Stato della Renania-Palatinato, il giudizio della comunità scientifica tedesca sull’ultimo lavoro svolto assieme a sua moglie, ci assicura, è stato “sprezzante”. Centinaia di colleghi, tuttavia, sono rimasti “entusiasti”, ci confessa.

I due autori sono scettici anche sulla corsa al vaccino: “Quelli basati sui geni sono molto pericolosi e in circostanze normali non avrebbero mai raggiunto il grado di sperimentazione clinica di oggi”.

Stato di emergenza di Sandro Arcais 25/08/20

Do un po’ i numeri.

Nel mese di agosto, il totale degli attuali positivi è cresciuto di una media del 2% (tendenza lievemente in crescita dal 20 agosto). Dal 24 febbraio al 15 marzo, del 20% circa.

Nel mese di agosto, i ricoveri con sintomi da covid-19 sono cresciuti di una media del 1,7% circa (tendenza lievemente in crescita dal 16 agosto). Dal 24 febbraio al 15 marzo, del 25% circa.

Nel mese di agosto, i ricoverati in terapia intensiva sono cresciuti in media dell’1,7% circa (tendenza poco chiara, molto ballerna). Dal 24 febbraio al 15 marzo, del 18% circa.

Nel mese di agosto, il rapporto tra il numero dei ricoverati con sintomi da covid-19 e il numero dei risultati positivi si è mantenuto tra il 5% e il 6%. Dal 24 febbraio al 15 marzo, lo stesso rapporto è stato del 45% circa. Nel mese di agosto, il rapporto tra il numero dei ricoverati in terapia intensiva e il numero dei risultati positivi si è mantenuto tra lo 0,3% e lo 0,4%. Dal 24 febbraio al 15 marzo, lo stesso rapporto è stato del 10% circa. Questa è la situazione.

Potrebbe darsi che i tamponi, a febbraio e marzo, fossero eseguiti in numero minore che oggi. Il che cambierebbe le percentuali dei rapporti tra positivi e ricoverati e terapie intensive. Ma quanti sarebbero dovuti essere i positivi asintomatici per portare quel 45% a un numero solamente vicino a quel 5%, per esempio? E che fine farebbe l'indice di letalità (14,5%) di quel periodo? Rischieremmo di trovarci di fronte al fallimento di un sistema sanitario nazionale e non a una epidemia (un responsabile del fallimento c'è stato di sicuro: le politiche dei tagli alla sanità che hanno portato i posti letto per mille abitanti da quasi 6 del 1998 a 3,6 del 2017. Che impatto avrebbe avuto la stessa dinamica del virus su un sistema sanitario con 6 posti letto ogni mille abitanti?). Potrebbe anche darsi che questi tamponi non siano poi così sicuri e affidabili nell'indicare positività o meno, come emerge da molte fonti e da molti casi strani. Ma in questo caso potrebbero anche essere non del tutto esatti i numeri assoluti (come di sicuro non sono), ma le proporzioni rimarrebbero identiche. A meno che non si supponga che i test abbiano cambiato di affidabilità da febbraio ad agosto. Quindi accontentiamoci dei numeri che abbiamo e ragioniamo su quelli. (A proposito: provengono dalla [Protezione Civile](#) e le elaborazioni sono mie). Facciamo ora un esperimento mentale. Immaginate che nessuno guardi la tv, i telegiornali, che tutti seguano il consiglio del buon vecchio Antonio Gramsci che invitava gli operai a non acquistare gli organi di propaganda del nemico di classe. Immaginate che rimangano solamente questi numeri e questi calcoli percentuali sulla dinamica del coronavirus oggi e quelli del suo ingresso trionfale nelle nostre vite quotidiane tra febbraio e marzo. Immaginate che ci si possa ragionare sopra senza la paura di incorrere nell'accusa di cospirazionista, irresponsabile, plagiato dai troll di Salvini che infestano la rete (se non troll tu stesso), untore, il solito bastian contrario, ecc..

Se l'esperimento riesce, che cosa rimane? Rimane quello che non poteva non succedere, nel momento in cui le persone ricominciano a riunirsi in gruppo, stringersi la mano, baciarsi sulla guancia, ballare, sudare e ululare in discoteca e altre cose del genere: il virus ricomincia a diffondersi. Ma i numeri nudi e crudi dicono anche alcune cose che per fortuna smentiscono le attese pessimistiche legate alla fine del blocco. Vediamole in un veloce elenco:

- il contagio è ripartito sì, ma a un ritmo 10 volte inferiore di sei mesi fa;
- i ricoveri sono ricominciati ad aumentare sì, ma a un ritmo che è quasi 15 volte inferiore rispetto a sei mesi fa;
- le terapie intensive sono ricominciate ad aumentare sì, ma a un ritmo che è quasi 10 volte inferiore rispetto a sei mesi fa;
- i ricoverati rispetto ai contagiati sono oggi circa 8 volte meno di quelli di sei mesi fa;
- le terapie intensive rispetto al totale dei contagiati sono oggi circa 10 volte meno di quelle di sei mesi fa.

Continuate a stare concentrati sui numeri, a tenere fuori dalla vostra mente tutti gli schiamazzi, la gazzarra e i latrati che si sono sollevati da circa metà agosto, e vediamo di trarre una conclusione che a me appare incontrovertibile: il coronavirus agostano è estremamente meno virulento di quello marzolino.

E probabilmente è naturale che sia così: tutte le influenze e similinfluenze da virus si comportano così. Perché questo virus, seppure un nuovo venuto che si aggiunge ai miliardi di virus, batteri e funghi che prosperano allegramente nel nostro corpo da milioni di anni, è pur sempre un virus, e come tale si comporta. Mettiamoci l'anima in pace e rassegniamoci all'idea di avere un nuovo ospite a bordo.

Ora, il problema sarebbe: come affrontare questa nuova situazione? Come affrontarla a breve termine? Come affrontarla a medio termine? Quale obiettivi porci: lo sterminio totale del virus? il contenimento per quanto è umanamente possibile dei danni? Zero contagiati? Zero morti? Ospedali vuoti? Come contemperare le esigenze sanitarie, quelle economiche, quelle sociali? Dove trovare un giusto compromesso tra emergenza e normalità?

Se escludiamo gli estremi – l’epidemia non è mai esistita, il coronavirus è come tutti gli altri virus (da una parte) e tutti fermi a casa distanziati e imbavagliati (dall’altra) – e la colpevolizzazione reciproca – “Tu sei l’untore irresponsabile!”, “No! Tu hai portato il virus a casa mia, e ora te lo riporti indietro!” – rimarrebbe la classica via di mezzo: né la corda troppo tesa né la corda troppo allentata. Non allentare la guardia, ma non eccedere con gli allarmi e con l’induzione del panico. Provvedimenti mirati alla tutela delle categorie più fragili (a cui chiedere, se necessario, un sacrificio per la collettività) e lasciare che il virus faccia il suo corso naturale là dove i suoi danni sono minori, dove l’età è minore. Non mettere i bastoni tra le ruote ai farmaci che si sono dimostrati efficaci nella cura della malattia. Sfruttare e condividere le pratiche che si sono dimostrate efficaci, le esperienze positive, gli errori da evitare. Spendere più soldi nei servizi sanitari sul territorio. Mettere i soldi là dove serve. Una gestione ragionevole e senza isterismi, insomma, fuori dalla logica dell’emergenza, adeguata a una situazione che era nuova sei mesi fa, ma che nuova non è più.

Purtroppo però il virus sarà pure diventato meno letale, ma ormai si è dimostrato un’arma troppo preziosa in mano all’attuale governo per gestire una situazione politica, economica e sociale che si fa sempre più esplosiva, e in definitiva per guadagnare tempo al fine di trovare una soluzione al problema di evitare che l’Italia finisca nelle mani di un governo anche minimamente meno zerbino dell’attuale.

Così, è più probabile che continueremo ad assistere a confusione e sfacciata incoerenza da parte di leader politici che ai primi segnali di gennaio-febbraio negano il pericolo, si prendono platealmente un aperitivo (e il virus) nelle vie del centro di Milano, si ammalano e diventano paladini del chiudere tutto dappertutto, anche lì dove il covid-19 non si era quasi neanche visto. Poi quando si trattava di riprendere un po’ di normalità, irrideva insieme a tutto il governo alla richiesta del presidente della giunta regionale sarda di effettuare i tamponi ai turisti in ingresso nell’isola, per poi scaricare le colpe sul governo regionale sardo di una prevedibilissima ricomparsa del virus in agosto proprio in Sardegna, là dove gli italiani si sono inevitabilmente mischiati in una situazione di aumentata promiscuità, e chiedere proprio quei tamponi ai turisti di rientro nel Lazio dall’isola, tamponi che il governo aveva negato in ingresso a inizio stagione. A pensar male si potrebbe pensare a un piano per rinfocolare un senso di paura tra gli Italiani, sentimento che si stava troppo attenuando, un piano che Christian Solinas con la sua richiesta rischiava di far saltare.

E così ora il governo e tutti i giornaloni hanno la loro bella emergenza che gli consentirà di continuare a non prendere nessuna decisione vera atta a gestire razionalmente questa situazione e a prendere tempo. Certo, all’inizio di questo articolo abbiamo visto che si tratta di una emergenza un po’ moscia, ma pompata a dovere fa ancora la sua porca figura.

Briatore ricoverato per prostatite e le altre fake news dei media delle ultime settimane

Enrica Perucchietti 26/08/20

Dopo una giornata di insinuazioni, articoli pubblicati sui maggiori media italiani e poi ripresi a cascata da tutti gli altri – [fino al New York Times](#) –, insulti e dibattiti, si scopre che Flavio Briatore è ricoverato al San Raffaele per una prostatite. «Ho solo una prostatite forte», [ha confermato a Candida Morvillo del Corriere della sera](#), spiegando che è arrivato in ospedale la sera di domenica 23 agosto. Il San Raffaele nel pomeriggio di oggi [ha annunciato che il tampone ha dato esito positivo](#) e che l’imprenditore piemontese è stato isolato. Non è stato però quello il motivo del ricovero, come insinuato dai media. Che ora gongolano perché vedono esaudirsi le loro profezie. Proprio i media di massa ieri hanno diffuso notizie sfacciatamente false dichiarando che Briatore era stato ricoverato in “[condizioni serie](#)” per Covid, poi che le sue condizioni erano “stabili“. Hanno fatto credere che fosse in rianimazione e grave per polmonite quando raggiunto telefonicamente dalla Morvillo ha mostrato di stare bene e di essere stato ricoverato per altri motivi. Poi dall’[Espresso](#) era partita la versione per cui avendo pagato Briatore aveva avuto accesso a un reparto non Covid in maniera quindi privilegiata. Pertanto tutti a catena a riprendere e distorcere la notizia, come nel telefono senza fili! Infine la smentita e la versione corretta della storia: infiammazione alla prostata. Era stata già ieri sera Daniela Santanché, amica

dell'imprenditore, intervenendo a In Onda su La7, a dichiarare che Briatore era stato ricoverato per una recidiva di prostatite:

«Positivo al coronavirus? Chi lo dice? In questo preciso momento posso affermare che è stato ricoverato per infezione alla prostata recidiva, l'ha avuta 3 mesi e 6 mesi fa.

Io ad oggi non nessuna evidenza sull'esito del tampone e sono una delle sue migliori amiche. In condizioni serie? Una fake news». ([Guarda il video](#))

Per i colleghi del *Fatto quotidiano*, peraltro, la Santanché avrebbe vaneggiato, mettendo in discussione la versione "ufficiale" dei media mainstream... ([leggi articolo](#)) e sulla prima pagina del quotidiano di oggi va in scena lo sfottò contro i cosiddetti negazionisti: "[Quelli che il Covid NON ESISTEVA](#)"

Premesso che non è mia intenzione difendere Briatore o esprimere simpatia nei suoi confronti, qua si tratta di essere obiettivi e analizzare lo stato dell'informazione nel nostro Paese.

Evidente il motivo della propaganda sporca che è andata in scena ieri: ridicolizzare l'imprenditore che ha criticato duramente le misure prese dal governo contro il contagio, far sembrare che fosse stato "[punito dal karma](#)" e che si fosse ammalato. Dall'altro continuare la narrazione catastrofistica che sta andando in scena in queste settimane per demonizzare i giovani e mantenere alto il clima di paura.

Già, perché in queste settimane

i professionisti dell'informazione hanno diffuso una sequela di notizie false, senza prendersi la briga di controllarle. Nessuna verifica, come nel caso appunto di Briatore.

Vediamo alcuni casi eclatanti.

Il falso allarme di Lopalco

Pierluigi Lopalco, l'epidemiologo capo della task force in Puglia, candidato alle Regionali, il 14 agosto 2020 in un'intervista all'Ansa[1] aveva lanciato l'allarme riguardo al ricovero di cinque ragazzi di età compresa tra i 20 e i 30 anni in "condizioni severe":

«Hanno delle polmoniti provocate dal Covid-19 e per questo è stato necessario il ricovero»[2].

I dati ufficiali, però, mostravano altro: nel Bollettino Epidemiologico Regionale, fornito ogni giorno dalla Regione Puglia, si trovavano infatti solo due ospedalizzazioni: quella di una donna 63enne ricoverata nell'unità di Malattie Infettive di Bisceglie l'11 agosto e quella di un uomo 83enne ricoverato in Rianimazione al Policlinico di Bari il 12 agosto. Nessuna traccia, insomma, dei cinque ragazzi in "condizioni severe".

Le altre fake news sul ricovero di giovani dopo le folli notti in discoteca

Negli stessi giorni è stata diffusa la notizia che una ragazza rientrata a Palermo da Malta[3] avesse contratto il coronavirus e fosse stata ricoverata in terapia intensiva[4]. La direzione sanitaria competente dell'ospedale Cervello, raggiunta telefonicamente dai senatori Lello Ciampolillo e Carlo Martelli, ha invece smentito la notizia, dichiarando che «la terapia intensiva del reparto Covid è vuota»[5]. Stessa dinamica per la notizia diffusa ad agosto relativa al ricovero in terapia intensiva di una ventenne romana[6] dopo essere stata per una settimana in Sardegna e aver frequentato con le amiche alcuni famosi locali di Porto Cervo come il Billionaire, il Just Cavalli club, la discoteca The Temple e il Canteen di Poltu Quatu[7]. I quotidiani, come nei casi precedenti, hanno condiviso la notizia sottolineando l'emergenza contagi tra i giovani che, dopo le "folli notti in discoteca", sarebbero rientrati a casa infetti alla fine delle vacanze[8], con l'evidente intento di trattare i ragazzi come "irresponsabili" e "criminali"[9], facendone l'ennesimo capro espiatorio. Lo Spallanzani ha dovuto diffondere un comunicato per

«smentire categoricamente qualunque falsa notizia relativa alla presenza di una "ventenne romana" in terapia intensiva».

Un'altra fake news riguarda la notizia del ricovero a Padova in terapia intensiva di una bambina di soli 5 anni, positiva al Covid. Dopo aver terrorizzato l'opinione pubblica sdoganando l'idea che si sia abbassata l'età dei contagi portando proprio questo caso a esempio, il governatore veneto Luca Zaia è intervenuto per chiarire che «la patologia che l'ha portata all'interno del reparto di terapia intensiva non è il coronavirus bensì tutt'altro»[10],

parlando di una “malattia rara”^[11] di cui sarebbe affetta la piccola.

Il problema è che, come nei casi precedenti appena elencati, anche questa notizia falsa non è stata smentita dai media di massa, se non da pochissimi che hanno riportato le parole di Zaia, preferendo pertanto continuare a terrorizzare le persone. Da quando le indiscrezioni e i pettegolezzi sono diventati notizie e si diffondono bufale, storie inventate senza verificarle? Da quando la propaganda è ormai indistinguibile dall’informazione?

Il paradosso è che sull’ondata dell’emergenza sanitaria si è avuto il pretesto per oscurare quei contenuti sul web che non si allineano alla narrativa mainstream e si sono battezzate task force ed è stata approvata la Commissione parlamentare sulle fake news. Queste misure repressive evidentemente non si applicano a tutti: gli esperti dell’informazione ne sono immuni. Siamo cioè di fronte a un bipensiero, tanto ipocrita quanto schizoide, che riecheggia il motto dei maiali ne *La fattoria degli animali* di Orwell:

Tutti gli animali sono uguali, ma alcuni sono più uguali degli altri.

Anche in questo caso, alcuni membri della comunità sarebbero “più uguali degli altri”: a loro sarebbe permesso manipolare l’opinione pubblica e, in particolare, coloro che sono considerati “semplici spettatori”, ossia quel gregge che va orientato nelle proprie scelte in modo che non si svegli e, soprattutto, non esprima il proprio pensiero in modo libero e critico.

Postilla finale

Mostrare che l’informazione diffusa dai media di massa è sempre più superficiale, non verificata, se non addirittura falsa e indistinguibile dalla propaganda non significa difendere il tal soggetto (tipo Briatore) o un altro (Kim lo danno per morto o in coma ogni tre settimane). Né significa diventare negazionisti o essere cospirazionisti. Significa auspicare che cessino la strumentalizzazione e la disinformazione costante con cui si continuano a terrorizzare le masse, manipolare ed eterodirigere il consenso. Le reazioni sguaiate, esagerate, di pancia di questi mesi sono la conseguenza del clima di psicosi che si è volutamente indotto nell’opinione pubblica, facendo inoltre ricorso al *Divide et Impera* e mettendoci gli uni contro gli altri. Perché la paura è una delle tecniche auree per disorientare e manipolare le masse e tenerci perennemente divisi a combattere tra noi fa solo il gioco del potere. In particolare è da biasimare il bipensiero per cui sarebbe lecito creare task force contro le fake news volte a censurare l’informazione indipendente e il web, quando queste vengono diffuse anche e costantemente dai media di massa.

Note

[1] https://www.ansa.it/sito/notizie/cronaca/2020/08/14/covidpuglia5-giovani-condizioni-severe_36740bc6-a8fc-4317-a13f-5d66ca4177d8.html

[2] <https://www.ilgiornale.it/news/cronache/lopalco-lancia-l-allarme-nei-bollettini-nessuna-traccia-dei-1883796.html>

[3] <https://www.palermotoday.it/cronaca/coronavirus-ragazza-positiva-viaggio-malta.html>

[4] <https://www.globalist.it/news/2020/08/15/la-ragazza-di-palermo-che-ha-contratto-il-virus-a-malta-ora-e-in-terapia-intensiva-2063155.html>

[5] <https://www.facebook.com/CarloMartelliSenato/photos/a.810826818945557/3691766047518272/>

[6] https://roma.corriere.it/notizie/cronaca/20_agosto_19/covid-20ne-romana-ricoverata-spallanzani-ritorno-porto-cervo-6f205892-e225-11ea-a4fa-66caaba57e85_preview.shtml?reason=unauthenticated&cat=1&cid=-3BovD3e&pids=FR&credits=1&origin=https%3A%2F%2Froma.corriere.it%2Fnotizie%2Fcronaca%2F20_agosto_19%2F covid-20ne-romana-ricoverata-spallanzani-ritorno-porto-cervo-6f205892-e225-11ea-a4fa-66caaba57e85.shtml

[7] <https://tg24.sky.it/roma/2020/08/19/coronavirus-roma-focolaio-sardegna>

[8]

https://www.ilmessaggero.it/roma/news/covid_ragazza_sardegna_ricoverata_spallanzani_selfie_instagram_ultima_ora_20_agosto_2020-5413006.html

[9] [https://www.nicolaporro.it/caro-porro-ho-21-anni-e-non-sono-un-criminale/?](https://www.nicolaporro.it/caro-porro-ho-21-anni-e-non-sono-un-criminale/?fbclid=IwAR3vWKA43uTPKr72Cjy_mRD-8K60v95HYgk_JjUhahtfGkmLF6v_TnsWuA8)

[fbclid=IwAR3vWKA43uTPKr72Cjy_mRD-8K60v95HYgk_JjUhahtfGkmLF6v_TnsWuA8](https://www.nicolaporro.it/caro-porro-ho-21-anni-e-non-sono-un-criminale/?fbclid=IwAR3vWKA43uTPKr72Cjy_mRD-8K60v95HYgk_JjUhahtfGkmLF6v_TnsWuA8)

[10] https://www.tgverona.it/pages/902637//cronaca/zaia_la_bimba_non_e_in_intensiva_causa_covid.html

[11] <https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/08/20/padova-bimba-di-5-anni-grave-luca-zaia-per-unaltra-patologia-non-per-il-covid/5905455/>

Migliaia di svedesi hanno ottenuto risultati falsi positivi COVID-19 a causa di un guasto al kit dei tamponi Simon Johnson 2/09/20 www.reuters.com

STOCCOLMA (Reuters) – A circa 3.700 persone in Svezia è stato detto per errore di avere il coronavirus a causa di un guasto in un kit del test COVID-19 proveniente dalla Cina, ha detto martedì l’Agenzia per la sanità pubblica. Il kit di BGI Genomics non è riuscito a distinguere tra livelli molto bassi di virus e un risultato negativo, ha detto l’agenzia. “Il fornitore deve regolare le prestazioni richieste per utilizzare questo test”, ha affermato Karin Tegmark Wisell, capo del suo dipartimento di microbiologia. Il kit di test è stato ampiamente esportato in altri paesi, ha aggiunto, ma non ha potuto fornire ulteriori dettagli. BGI Genomics, due delle cui filiali si trovano su una lista nera economica statunitense di società implicate in violazioni dei diritti umani riguardanti il trattamento degli uiguri da parte della Cina, non è stato immediatamente raggiunto per un commento. Ha ricevuto l’autorizzazione per l’uso in emergenza dalle autorità statunitensi per i suoi kit di test per il coronavirus a marzo e ha ottenuto un elenco per l’uso in emergenza dall’Organizzazione mondiale della sanità a maggio. I laboratori svedesi che valutano i test hanno adeguato la loro metodologia. L’agenzia non ha potuto dire quanti test fossero stati effettuati utilizzando il kit ma solo una minoranza di casi sembrava essere coinvolta, quando il virus è a livelli molto bassi. La Svezia ha affermato che i falsi risultati hanno influenzato solo marginalmente le statistiche sulle infezioni. Martedì, l’agenzia ha riferito che dall’identificazione del primo caso di COVID-19, ci sono state 86.891 infezioni confermate in Svezia e 5.814 decessi. I casi, i ricoveri in terapia intensiva e i decessi sono diminuiti nelle ultime settimane. Martedì prossimo l’agenzia presenterà la sua strategia per allentare alcune restanti restrizioni sugli eventi pubblici, come le partite di calcio.

“Quanto è letale il Coronavirus?” Eugenio Serravalle | 27 Ago 2020

Per molte settimane siamo stati costretti a sospendere le nostre vite, il lavoro, i rapporti sociali, le amicizie, gli affetti, i diritti sanciti dalla Costituzione e le più profonde convinzioni religiose e politiche di fronte al rischio di morire per una malattia, un rischio che ancora oggi non è definito. E, a fronte di misure che continuano ad imporre un distanziamento definito non a caso “sociale”, non abbiamo ancora la risposta alla domanda più importante: “*Quanto è letale il Coronavirus?*”

La stima è che sia responsabile, ad oggi, di circa 820.000 decessi in tutto il mondo, che abbia infettato più di 23 milioni di persone, ma una risposta definitiva su mortalità e letalità della malattia tarda ad arrivare, e non solo per le difficoltà nell’attribuire al SARS-Cov2 la reale responsabilità del decesso. Quando si manifesta un nuovo virus molto diffusivo, molte persone possono morire ed essere sepolte senza mai essere state testate o senza che siano state sottoposte ad autopsia. Non è mai del tutto chiaro quanti siano morti a causa del virus e quanti siano morti per infarto, ictus o altre patologie. Ma sono ormai passati otto lunghi mesi, ed una risposta sarebbe doverosa, perché non è possibile accettare limitazioni della libertà senza avere una chiara entità del rischio, quello vero, non quello raccontato e interpretato dalla stampa e dai mezzi d’informazione.

Per *morbosità* si intende il rapporto fra numero dei casi di una malattia e il numero di abitanti (generalmente su 100.000) nell’unità di tempo (generalmente 1 anno). La *mortalità* è il rapporto tra casi di morte per una malattia e numero degli abitanti (in genere sempre su 100.000); la *letalità* è il rapporto tra casi di morte e casi di malattia. Mortalità e letalità sono indipendenti l’uno dall’altro. Il tetano ha letalità elevata, essendo una malattia rara, ma con mortalità molto bassa, data la sua modesta diffusione. Il morbillo aveva una mortalità elevata, data l’estrema frequenza della malattia, ma letalità bassa nei paesi occidentali. Più numerose sono le infezioni

asintomatiche, minore è la letalità del virus.

Il *tasso di letalità* si misura con un indicatore, definito *Case Fatality Rate* (CFR), per cui $L = N/P$, ove L è la letalità, N corrisponde al numero totale dei decessi per un certo periodo e P al numero di casi affetti da tale malattia nella stessa popolazione e nello stesso periodo. E' evidente che le stime iniziali del tasso di letalità possono essere errate perché sono numerose le fonti di incertezza che ne influenzano il calcolo, e può cambiare nel corso dell'osservazione variando, paese per paese, le metodiche di conteggio degli ammalati e dei casi di morte. Una delle maggiori difficoltà nella stima del tasso di letalità è l'accuratezza del numeratore e del denominatore.

Le metodiche di raccolta dati possono influenzarne notevolmente il calcolo; i decessi in caso di comorbidità o per complicanze secondarie possono venir censiti in modo diverso. Nelle epidemie e pandemie poi le risposte del sistema sanitario, l'introduzione di cure efficaci, l'aumentata capacità nel tempo di diagnosticare i casi meno gravi o asintomatici, le misure di contenimento per le fasce a rischio della popolazione, possono ridurre il tasso di letalità. Il virus può mutare nel corso del tempo alzando o abbassando il tasso di letalità.

Oggi l'infezione da SARS-CoV-2 produce forme cliniche meno gravi che nei primi mesi dell'epidemia per la diminuzione della aggressività del virus, o anche per un'assistenza sanitaria più pronta e efficace. In pratica, per calcolare il tasso di letalità, avremmo bisogno di conoscere:

- Il numero di casi reali, non solo quelli segnalati, che in genere sono solo una piccola parte di quelli effettivi.
- Il numero di decessi effettivi relativi ai casi esaminati.

Un gran numero di casi sono asintomatici (o presentano sintomi molto lievi) e i test non sono stati eseguiti sull'intera popolazione, pertanto viene rilevata solo una frazione della popolazione infetta da SARS-CoV-2, confermata da un test di laboratorio e ufficialmente segnalato come un caso COVID-19. Si stima quindi che il numero di casi effettivi sia di diversi multipli al di sopra del numero di casi segnalati. Anche il numero di decessi tende a essere sottostimato, poiché alcuni pazienti non vengono ospedalizzati e non vengono sottoposti a test. Basando il calcolo (morti / casi) sul numero di casi segnalati (piuttosto che su quelli effettivi), il tasso di letalità sarà sovrastimato. Il *case fatality ratio* (CFR) nella sua forma grezza, non è né un tasso né un indice di rischio ed è inadeguato a descrivere accuratamente l'andamento della letalità nelle coorti di pazienti. Al momento, il CFR varia tra lo 0.05 % a Singapore e il 14% in Italia e il 15% in Gran Bretagna, con un valore di circa 4% su scala mondiale globale. Ma è affidabile? Serve ben altro! Servono analisi approfondite per esplorare la possibile variazione di gravità della Covid-19 nel tempo. Servono analisi di sopravvivenza delle coorti di popolazione, distinte e stratificate per età, genere, malattie pregresse, indicatori di gravità all'ingresso e con il decesso come endpoint principale, ma non unico, valutando come la letalità sia diminuita con il procedere dell'epidemia. Servono, cioè, studi metodologicamente rigorosi sul decorso clinico e la sopravvivenza dei pazienti con Covid-19 da febbraio a maggio. Solo una misura attendibile del rischio – se esso fosse realmente alto – può far sopportare la sospensione dei diritti costituzionali fondamentali.

Superata la situazione di emergenza, le misure di "biosicurezza" hanno senso solo a fronte di un rischio concreto, affermare che "il virus non solo non è scomparso, ma può riapparire a ogni momento" è un'opinione. Servono dati incontrovertibili, fornite una risposta certa: "Quanto è letale il Coronavirus?"

Esclusivo! Il tampone non è diagnostico come raccontato! Dott. Sergio Resta

Comedonchisciotte.org 29/08/20

La questione da derimere fondamentale è se il tampone, in caso di positività, sia riferibile a soggetto potenzialmente infettante o meno. Gary mullis, che ha ricevuto il premio Nobel per la scoperta relativa alla PCR (Protein Chain Reaction) identificò il test semplicemente come strumento di ricerca e indagine e non di mera diagnosi. Le sequenze molecolari identificate dal test potrebbero essere relative a virus corona già disattivato da un punto di vista immunitario. L'immane mole numerica dei test effettuati fa emergere una realtà

che, ovviamente, fa propenderei due schieramenti verso deduzioni diametralmente opposte, tanti soggetti, assolutamente asintomatici risultano positivi, tanti pazienti con sindromi respiratorie relativamente importanti, con comune connotazione sintomatologica propria delle affezioni stagionali delle prime vie respiratorie, risultano negativi al test del tampone naso-faringeo. Allo scopo di fare chiarezza sul valore predittivo del tampone è bene lasciare la parola a chi li produce, in un'area del globo da sempre riconosciuta come ad altissima concentrazione tecnologica. Ecco una parte saliente del bugiardo del tampone.

“Xpert Xpress SARS-COV-2 è un test di reazione a catena della polimerasi in tempo reale (RT-PCR) previsto per il rilevamento qualitativo degli acidi nucleici del SARS-COV-2 in campioni di analisi da tampone nasofaringeo, tampone nasale o lavaggio/aspirato nasale prelevati da soggetti con sospetta infezione da covid-19. I risultati servono per l'identificazione dell'RNA del SARS-COV-2. I risultati positivi sono indicativi della presenza di RNA del SARS-COV-2, ciononostante, per determinare lo stato di paziente infetto è necessaria la correlazione clinica con l'anamnesi e con altri dati diagnostici del paziente stesso. I risultati positivi non escludono la presenza di infezioni batteriche o di infezioni concomitanti da altri virus. L'agente rilevato potrebbe non essere la causa concreta della malattia. I risultati negativi non escludono un'eventuale infezione da SARS-COV-2 e non devono essere usati come unica base per il trattamento o per altre decisioni riguardanti la gestione dei pazienti. I risultati negativi devono essere accompagnati da osservazioni cliniche, anamnesi del paziente e informazioni epidemiologiche. Il test Xpert Xpress SARS-COV-2 deve essere svolto da operatori opportunamente addestrati, in ambiente di laboratorio o presso il paziente.

Reazioni crociate a seguito di presenze batteriche, virali o altro tipo di interferenti, sono “non previste” attenzione!!!...Ripeto, “non previste” quindi non escluse su test eseguiti “in vitro”, non “in vivo”!

Qual è il significato? Che se hai un'infezione di altro genere che coinvolge le mucose delle vie aeree superiori, la probabile interferenza potrebbe causare positività del tampone. Elemento attualmente tenuto in poco conto dal momento che anche i tamponati negativi vengono guardati con sospetto da una medicina ormai soltanto affaristica e dittatoriale.

Discorso di Robert Kennedy Jr. a Berlino: "Hanno detto che avrei parlato a 5000 nazisti"

l'AntiDiplomatico 30/08/20

Si è tenuta nella capitale tedesca Berlino la tanto discussa e per certi versi ‘controversa’ manifestazione contro le restrizioni adottate dal governo tedesco per fronteggiare la pandemia Covid-19 causata dal nuovo coronavirus. Secondo quanto rende noto il ministero degli Interni teutonico oltre 300 persone sono state arrestate. Alla manifestazione, secondo quanto riferisce lo stesso ministero, hanno preso parte circa 35 mila manifestanti. Tra gli oratori figurava Robert Kennedy, nipote di John Fitzgerald Kennedy e figlio di Bob. Lo statunitense ha sottolineato come in patria avessero descritto la manifestazione come una sorta di megaraduno nazista. Nella mia nazione stanno dicendo che sono venuto qui per parlare a 5000 nazisti. (...) E domani riporteranno che sì, sono stato qui, e ho parlato a forse da 3000 a 5000 nazisti. Guardo questa folla e vedo l'opposto del nazismo”. Kenndy ha poi aggiunto: “Vedo persone che amano la democrazia. Persone che vogliono un governo trasparente. Persone che vogliono leader che non mentano loro. Persone che vogliono leader che non promulghino norme e regolamenti arbitrari per orchestrare l'obbedienza della popolazione”. Fino ad arrivare a uno dei punti nodali per capire la sfiducia della popolazione nei governi e nella medicina cosiddetta ‘ufficiale’: “Vogliamo funzionari sanitari che non abbiano legami finanziari con l'industria farmaceutica, che lavorino per noi e non per Big Pharma”. “Vedo questa folla e vedo tutte le bandiere d'Europa, vedo persone di ogni colore, vedo persone da ogni nazione, ogni religione, tutte che hanno a cuore la dignità umana, la salute dei bambini, la libertà politica: questo è l'opposto del nazismo”. Kennedy lancia anche una stoccata ai governi: “I governi amano le pandemie. Amano le pandemie per la stessa ragione per cui amano la guerra. Poiché danno loro la possibilità di imporre controlli sulla popolazione che la popolazione diversamente non potrebbe mai accettare”.

Berlino, ma non finisce qui!

31 agosto 2020

Fulvio Grimaldi

https://youtu.be/3ZdH2XXgb_A (Rassegna di significative e belle immagini sulla storica giornata berlinese del 29 agosto 2020).

https://www.youtube.com/watch?v=w1OEPd_jSxA ripresa aerea dei “18.000” che la nostra stampa virusiana ha concesso alle centinaia di migliaia alla manifestazione di Berlino contro il Grande Inganno.

«È evidente che gli italiani sono disposti a sacrificare praticamente tutto, le condizioni normali di vita, i rapporti sociali, il lavoro, perfino le amicizie, gli affetti e le convinzioni religiose e politiche al pericolo di ammalarsi. La nuda vita – e la paura di perderla – non è qualcosa che unisce gli uomini, ma li acceca e separa.» Giorgio Agamben, filosofo

<https://www.youtube.com/watch?v=lrk8KEF-1tI&feature=youtu.be> Coro “Libertà libertà” di un gruppo di italiani alla manifestazione anti-operazione Covid il 29/8/20 a Berlino

La grande manifestazione contro il governo tedesco per la sua gestione di una pandemia inventata e manipolata contro le libertà dei cittadini segue a quella del milione e 300mila dimostranti che l’hanno preceduta il 1.

Agosto 2020. Il Senato di Berlino ha tentato di vietare la manifestazione, ma è stato contraddetto dal TAR di Berlino che ha accolto le ragioni dei manifestanti. Ciononostante, la polizia, comandata dall’ispettrice-capo Barbara Slowik, non si è risparmiata atti di brutalità e coercizione in vari momenti della giornata e, addirittura, nelle fasi successive alla fine dei comizi. Nella notte è stata sgomberata a forza la piazza della Colonna della Vittoria, intorno alla quale si erano radunati manifestanti. La polizia è intervenuta con violenza provocando diversi feriti. Alla richiesta di ambulanze la polizia ha risposto con un sostanziale rifiuto.

<https://youtu.be/blvXUyf2Buk> Polizia maltratta donna inerme; <https://youtu.be/vOarFfGLGk0> Polizia maltratta donna incinta

<https://www.youtube.com/watch?v=Wx4NuNpmbgg>, a fine comizio manifestanti si radunano presso La Colonna della Vittoria, che poi verrà sgomberata violentemente dalla polizia. C’è anche una bella canzone di lotta. Qui il video del discorso di Robert Kennedy Jr, figlio di Robert Francis Kennedy, ministro della Giustizia assassinato dallo stesso Stato Profondo USA. Quello Stato di Cia, Pentagono, Wall Street, Multinazionali, Fondazioni, che aveva già ucciso il fratello presidente e oggi si è impegnato alla morte contro Donald Trump. Kennedy, fondatore e presidente di alla grande manifestazione di Berlino contro “l’Operazione Coronavirus per il Nuovo Ordine Mondiale farmaceutico-digitale-militare, in una parola Bio-Tecno-Totalitario. Kennedy, ambientalista di punta degli Stati Uniti è fondatore e presidente della più grande ed efficace organizzazione per la protezione dei bambini da vaccini pericolosi e manomissioni (*team@childrenshealthdefense.org*). Nel quadro dell’Operazione Coronavirus, è uno dei maggiori esponenti mondiali dello schieramento che denuncia i delitti di Big Pharma e Bill Gates. https://youtu.be/crWO4_QybT4 <https://youtu.be/kFqzeSwAxIw> con sottotitoli italiani di un traduttore cui siamo grati. Il breve discorso a Berlino di Robert F.Kennedy, assai diverso da quello di suo zio presidente nel 1963, che fu praticamente il rilancio della guerra fredda contro l’URSS e il comunismo. Un discorso, quello del nipote e figlio del molto migliore fratello, che riassume tutti i discorsi che si possono fare sul Grande Inganno Covid-5G. Un discorso in cui, a una folla enorme ed entusiasta, racconta come la stampa americana lo avesse accusato di essere “*andato a Berlino per parlare a 3000 o 5000 nazisti tedeschi*”. Un discorso che meglio non si poteva, per esporre la deriva mortale alla quale stanno lavorando i farmaceutici e finanziari del controllo/sottomissione totali, della vita ad arbitrio del Potere, del contante obbligatorio. Operazione attuata in perfetta sinergia con i digitali del 5G che, anche con i suoi 50mila satelliti che irradiano e controllano ogni cm quadrato della Terra, con cui si punta a sorvegliare, dirigere, neutralizzare ogni essere umano, sfruttare e manipolare i suoi dati, i suoi comportamenti, la sua salute, le sue condizioni economiche, la sua vita.

Poi c’è la stampa, miseranda sguattera, senza eccezioni almeno nell’informazione di massa. Media che, innescati tutti dal solito pulsante, hanno tentato di ridicolizzare Kennedy e il suo discorso berlinese, definendolo aberrante parafrasi complottista del nobile pronunciamento dello zio presidente quando dichiarò “*Ich bin ein Berliner*”. Una stampa che con riprese strette di poche decine di persone trasforma in “100.000” poche migliaia

di coloratissimi oppositori di Lukashenko, il presidente rieletto dal suo popolo per essere l'unico a non aver obbedito al dogma del neoliberismo delle privatizzazioni e deregolamentazioni di ogni cosa. Presidente colpevole di un *lockdown* rifiutato, nonostante gli 800 milioni di ricatto offertigli dal FMI, e che così ha preservato il suo popolo dalla disoccupazione e dalla miseria. Naturalmente il rapporto tra realtà e numeri dei giornali si inverte quando si tratta di manifestanti sgraditi. Di fronte agli imbarazzanti e pericolosi accadimenti di Berlino, Londra, Parigi, Varsavia e mille città, la Cupola scatena le sue armate. Si parte dai “*comander in chief*”, gli assaltatori farmaceutici e digitali dei feldmarescialli Bill Gates e Anthony Fauci, sostenuti dal Deep State e, passando per le vivandiere tecnopolitiche nei governi amici, si finisce con gli strilloni della stampa d'angiporto. E così assistiamo a uno spettacolo più mirabolante di quelli di Arturo Brachetti o del Mago Silvan. Più oppositori e subito più tamponi e di conseguenza più casi, ovviamente finti (visto che, su disposizione del ministro del “*No alle autopsie!*” il calcolo va potenziato anche con i perfetti sani, ma che in qualche passato hanno starnutito) e, dunque quello che risulta il poker d'assi: paura per tutti. L'apocalisse punta con particolare compiaciuta virulenza sui nostri bambini e adolescenti a scuola: la generazione che non deve più disturbare. Intanto, con i suoi prestiti miliardari, si stringe il cappio greco della UE. Miliardi fatti brillucchiare al popolo in dissesto psicofisico-economico per placare la disperazione delle vittime VERE dell'Operazione Virus. Infine, per divertirsi, <https://youtu.be/gyiBocNla7w> Contro.tv di Massimo Mazzucco sulla moltiplicazione dei pani (tamponi) e conseguente moltiplicazione dei pesci (“casi”). Come basta essere un giornalista vero per ridurre al silenzio e al ridicolo perpetuo qualsiasi pappagallo cui sia stata messa a disposizione una penna.

Perché i bambini non si ammalano di Covid-19?

Eugenio Serravalle | 1 Set 2020

Continuiamo a porci delle domande sulla pandemia perché, sebbene siano ormai trascorsi nove lunghi mesi, sono ancora troppe le risposte mancanti o inadeguate.

Abbiamo segnalato la necessità di definire il tasso di letalità del virus, ed oggi, all'apertura delle scuole, ci interroghiamo sui motivi della bassa diffusione della Covid-19 tra bambini e ragazzi. Questo dato è certo: in Italia su un totale di 250.973 casi confermati, 2.784 riguardano la fascia 0-9 anni (1,1%) e 4.964 la fascia 10-19 anni (2,0%). I decessi in età evolutiva (0-18 anni) a oggi sono 5 (in soggetti con co-patologie). Nei paesi dell'UE e nel Regno Unito sarebbero affetti da Covid-19 soltanto l'1% dei bambini e il 6% negli adolescenti. In base ai dati forniti dal National Institute for Public Health and the Environment olandese, i bambini di età compresa tra 0 e 17 anni rappresentano solo l'1,3% di tutti i pazienti Covid e solo lo 0,6% dei ricoveri ospedalieri. Proprio i bambini, da sempre ritenuti sempre più “fragili” immunologicamente, i più colpiti dall'influenza stagionale e dalle sindromi simil-influenzali, sono in genere asintomatici o solo raramente si ammalano, e ancor più raramente si ammalano gravemente. Perché? Qui finiscono le certezze ed iniziano le ipotesi.

- 1a IPOTESI: In età pediatrica ci potrebbe essere una diversa densità di recettori ACE 2 sulle cellule polmonari (quelle a cui si attaccherebbe il virus SARS-CoV-2): è stata la prima spiegazione fornita, ancora bisognosa di conferme.
- 2a IPOTESI: La risposta immunitaria innata dei bambini è in genere “più attiva”. Il sistema immunitario innato è una sorta di primo intervento che il nostro organismo mette in azione contro i microrganismi patogeni: li identifica subito come “estranei”, coinvolge e raduna le cellule immunitarie nei siti di infezione per contenere l'invasione e attiva il sistema immunitario adattativo attraverso un processo conosciuto come “presentazione dell'antigene” che produrrà gli anticorpi. In virtù di questa precoce attivazione, si otterrebbe una risposta più efficiente rispetto a quella degli adulti, più propensi invece a sviluppare una risposta immunitaria dannosa, caratterizzata da un'eccessiva liberazione di citochine responsabile della sindrome da distress respiratorio acuto. In definitiva, in virtù di una buona immunità innata, che è in grado di impedire e limitare la moltiplicazione virale ed evitare la progressione della patologia, i bambini avrebbero migliori prognosi.

Una particolarità della Codiv-19 è che, *a differenza di tutte le altre infezioni*, in cui maggiore è la quantità di anticorpi e più efficace è la difesa dal virus, *sembra che un alto livello di anticorpi sia in parte responsabile della gravità della malattia*. Parrebbe dimostrato che più alti sono i titoli anticorpali, più grave sarà il decorso della patologia, e che solo i pazienti gravi producono anticorpi specifici contro la proteina superficiale Spike. Le persone infette, ma asintomatiche o paucisintomatiche non sviluppano questo tipo di anticorpo specifico per il SARS-CoV-2. Alla base della malattia vera e propria ci sarebbe quindi uno squilibrio immunitario dovuto alla reazione del paziente all'infezione che privilegia una reazione di tipo Th2 (umorale e infiammatoria) piuttosto che una reazione di tipo Th1 (cellulare). Nei bambini questo tipo di squilibrio si presenterebbe più raramente. Questa reazione immunitaria inadeguata si manifesta più facilmente nelle persone con un cattivo stato generale di salute.

- **3a IPOTESI:** La bassissima morbilità dei bambini deriverebbe dall'immunità crociata nei confronti degli altri coronavirus (sia i virus del raffreddore comune sia il SARS-CoV). In pratica, si potrebbe essere in parte già protetti dal Sars-Cov-2 grazie alle difese acquisite combattendo contro altre infezioni, come quelle dei comuni raffreddori causati da coronavirus (HCoV). I coronavirus comuni sono responsabili del 15-20% dei raffreddori negli adulti e nel 3-8% dei bambini sotto i cinque anni ospedalizzati per malattie respiratorie acute. Questi quattro virus, rilevati in tutte le fasce d'età causano infezioni per tutta la vita; gli anticorpi scompaiono dopo due o tre anni, mentre l'immunità cellulare persiste per circa 11 anni. Gli studi attuali confermano che gli anticorpi hanno poco ruolo nell'immunità acquisita contro la SARS-CoV-2 rispetto all'immunità cellulare. Sono proprio gli agenti dell'immunità cellulare che determinano l'immunità crociata, ed in particolare le cellule CD4+ e CD8+. Queste vengono attivate durante un'infezione, sintetizzano citochine con ruoli diversi: i CD8+ sono detti linfociti killer perché distruggono le cellule infette per citolisi e con citochine necrotizzanti; i CD4+, invece, producono interferoni e interleuchine. Dopo ogni infezione il corpo "immagazzina" per una durata più o meno lunga una parte di questo arsenale, che sarà riattivato in caso di un nuovo attacco da parte degli stessi agenti infettivi o da un altro che presenta delle somiglianze. Le somiglianze riguardano appunto tutti i coronavirus, per cui l'immunità è diretta contro gli antigeni comuni a tutti i coronavirus, compresi quelli de SARS-Cov-2. *I bambini sono regolarmente colpiti da coronavirus comuni e ne sono immunizzati, e per questo sarebbero protetti nei confronti del SARS-CoV-2.* La risposta immunitaria cellulare è inversamente proporzionale alla durata della viremia, ma indipendente dalla gravità dei sintomi e dai livelli di anticorpi. Si ipotizza che l'aumento del numero cumulativo di infezioni da HCoV nei pazienti più anziani giochi, al contrario, un ruolo di aggravamento immunopatologico, soprattutto in presenza di malattie croniche.

CONCLUSIONI

Qualunque malattia infettiva si sviluppa dalla relazione tra un microrganismo patogeno con una carica virale capace di contagiare e la suscettibilità della persona, che potrà non ammalarsi o manifestare una sintomatologia più o meno grave. Sinora ci siamo concentrati nel tentare di ridurre l'esposizione al virus tramite isolamento, distanziamento e mascherine, igiene; è il momento di offrire gli strumenti per potenziare lo stato immunitario della popolazione, in tutto il mondo, che rimane la misura più efficace per contrastare tutte le infezioni. Di questo ne parleremo in un prossimo articolo

FONTE: <https://www.scienzainrete.it/articolo/immunit%C3%A0-crociata-con-altri-coronavirus-e-fenomeni-immunopatologici/h%C3%A9l%C3%A8ne-banoun/2020-08>

Negazionista e complottista è questa società

di Sebastiano Isaia 1/09/20

Tutta la vita delle società nelle quali predominano le condizioni moderne di produzione si presenta come un'immensa accumulazione di rischi. L'anno

Sono francamente odiose le accuse di *negazionismo* e *complotto* scagliate come oggetti contundenti dai socialmente allineati contro chi azzarda un *minimo* (non un massimo!) di atteggiamento critico sulla cosiddetta “crisi sanitaria” e, soprattutto, sulla sua gestione da parte dei “comitati scientifici”, dei decisori politici e dei loro apparati propagandistici. Si sta generalizzando l’escrementizia tendenza a bollare come “negazionista” e “complotto” chiunque esprima un’idea difforme da quella certificata come politicamente e socialmente corretta dagli esponenti più autorevoli della classe dirigente del Paese. Chi non si allinea di buon grado all’opinione comune è concepito dai più come una persona quantomeno “strana”, dalla quale è igienico mantenere le debite distanze: non si sa mai! E la cosa appare ai miei occhi tanto più sinistra e politicamente significativa, nel momento in cui il Parlamento italiano vara una Commissione d’inchiesta (con poteri di autorità giudiziaria) sulle cosiddette “fake news” che si configura come una vera e propria Commissione di controllo e censura delle opinioni considerate dai politici filogovernativi non in linea con le verità stabilite dai sacerdoti del regime: intellettuali, politologi, scienziati, artisti, opinion leader, ecc.

Naturalmente chi abbaia contro l’irrazionalismo dei “negazionisti” e dei “complotto” non ha nemmeno una vaga idea di quanto profondamente irrazionale, per non dire folle, sia la società che *nega* in radice una vita autenticamente umana e che *complotto* tutti i giorni contro gli individui, soprattutto contro quelli che sopravvivono a stento nei piani bassi di un edificio sociale sempre più imputridito e appestato: altro che Coronavirus! Perché la *crisi sociale* che stiamo vivendo non ha niente a che fare con un virus, con la natura «che oggi ci presenta il conto», mentre ha moltissimo a che fare con la natura del capitalismo. Per come la vedo io, il problema non è il “negacomplotto” che considera il Covid «una bufala pianificata a tavolino per dare un’ulteriore stretta alle libertà individuali», e che scende in strada senza bavaglio, pardon, senza mascherina per manifestare questa sua “bizzarra” posizione; ci sono più paradossi, più contraddizioni e più *irrazionalità sistemica* tra terra e cielo, non crede per principio alle “verità ufficiali” fabbricate da un non meglio specificato “sistema”. Il vero problema è piuttosto la gente che rendendosi conto di quanto rischiosa e “problematica” sia la vita che ci offre questa società, tuttavia non scende in strada (con o senza mascherina!) per manifestare la necessità e l’urgenza di sbarazzarsi di un’organizzazione sociale che, appunto, non smette di creare all’umanità problemi d’ogni tipo. Forse ce la prendiamo tanto con il «comportamento irresponsabile» dei “negazionisti” per non guardare in faccia la nostra irresponsabilità sociale, la nostra impotenza, la nostra incapacità di immaginare un modo di vivere autenticamente umano, completamente diverso da quello a cui siamo avvezzi. Scriveva il grande Tolstoj: «Non ci sono condizioni alle quali un uomo non possa assuefarsi, specialmente se vede che tutti coloro che lo circondano vivono nello stesso modo» (*Anna Karenina*). Il problema è dunque il cerchio stregato dell’assuefazione, questo nostro essere gregge (per dirla con Forrest Gump, pecora è chi la pecora fa), non certo chi si prende la “pericolosa” e “irresponsabile” libertà di non rispettare le regole del *distanziamento asociale*. Forse è quella libertà che l’apologeta della mascherina come “segno di rispetto per gli altri” segretamente invidia. Forse.

Parker Crutchfield, professore associato di etica medica alla Western Michigan University, qualche giorno fa ha pubblicato su *The conversation* un singolare articolo. In sintesi, lo studioso vorrebbe iniettare nel sistema idrico americano un mix di sostanze psicoattive, che dovrebbero ammansire i bifolchi che rifiutano di indossare le mascherine» (La Verità). Se non puoi convincerli, puoi sedarli.

NYT: le contraddizioni dei test sul coronavirus di Piccole Note 1/09/20

Il New York Times del 29 agosto pubblica un articolo il cui titolo sembra interessante per capire qualcosa in più in merito ai dati sulla pandemia negli Stati Uniti, dati che tanta parte hanno avuto e stanno avendo nella contesa elettorale e che suscitano emozioni anche in Italia, alle prese con lo stesso morbo. Questo il titolo della nota: [“Your Coronavirus Test Is Positive. Maybe It Shouldn’t Be”](#) (il tuo test al coronavirus è positivo ma forse non

dovrebbe esserlo). La tesi del NYT, fondata su pareri di vari esperti interpellati, è alquanto semplice: i test PCR attualmente utilizzati negli Usa (tamponi nasofaringei analoghi ai nostri) non danno indicazioni sulla quantità di virus presente nel paziente e quindi sulla sua eventuale contagiosità, ma danno una risposta del tipo SI-NO. Questi test sono in grado di scoprire qualsiasi traccia del virus, anche minima, a seconda del “numero di cicli” a cui viene sottoposto il campione prelevato dall’interessato, ma nulla comunicano in merito alla quantità di virus “scoperto” e quindi a quanto il paziente possa essere effettivamente ammalato e/o contagioso. Scrive il NYT: *“I test standard stanno diagnosticando un numero enorme di persone che potrebbero essere portatrici di quantità relativamente insignificanti del virus... Il test diagnostico più utilizzato per il nuovo coronavirus, chiamato test PCR, fornisce una semplice risposta sì-no alla domanda se un paziente sia infetto...”*. *“Ma sì-no non è una risposta sufficiente. È la quantità di virus che dovrebbe determinare i passaggi successivi del paziente infetto...”*.

Il problema dei test effettuati negli Usa è che non sono omogenei: alcuni sono più approfonditi, altri meno. Così che accade, come rileva il NYT, che persone dichiarate positive al test in alcuni Stati, in altri, nei quali i test sono più approfonditi, risulterebbero sani. Così sul NYT: *“Giovedì, gli Stati Uniti hanno registrato 45.604 nuovi casi di coronavirus, secondo un database gestito da The Times. Se i tassi relativi alla contagiosità del Massachusetts e di New York dovessero applicarsi a livello nazionale, allora forse solo 4.500 di quelle persone potrebbero effettivamente aver bisogno di isolarsi e sarebbe necessario ricercare i loro contatti”* precedenti per accertarsi se abbiano o meno contagiato altri.

Le conseguenze di tali considerazioni sono evidenti: se le migliaia di positivi riscontrati dai test sono dei veicoli di infezione esiste ancora un grave problema pandemico, se invece lo sono solo nel 10% (circa) dei casi lo scenario cambia radicalmente. La narrazione diffusa dai media americani dà per scontato che siano tutti potenziali veicoli d’infezione, con tutte le conseguenze del caso. Ovviamente sarebbe interessante sapere se anche per i “tamponi” effettuati in Italia e nel resto del mondo valgono le stesse osservazioni oppure no (quali test si effettuano in India, in Bangladesh, in Cile? Solo per fare qualche esempio). Altrettanto ovviamente nessun giornale italiano si è posto questa domanda. Unica eccezione [Dagospia](#). Non si tratta di negare la realtà, ma, al contrario, di comprenderla meglio. Il multiforme approccio al virus e all’epidemia conseguente, approccio che varia da Stato a Stato e troppo spesso anche da regione a regione; le indicazioni contrastanti di medici ed esperti (e anche non esperti), italiani e internazionali...

Tanta la confusione, anche alimentata dai media, pronti a rilanciare notizie, anche se infondate o solo sensazionalistiche, perché il “coronavirus” è notizia in sé e attira lettori e telespettatori (e restano inevase le domande del perché la maggior parte delle informazioni sul tema via Twitter siano state veicolate da bot, vedi [Piccolenote](#)). Tanta confusione, appunto, in giro per il mondo. Un po’ di razionalità aiuterebbe, ma è ormai troppo tardi per sperare in un sussulto in tal senso. Navigazione a vista, speriamo bene.

L’Emergenza Coronavirus è finita: la conferma dall’Istituto Superiore di Sanità

L'emergenza è finita: la conferma dall'Istituto Superiore di Sanità! E' la prova che è stata raggiunta l'immunità di gregge? da Nicola Zegrini 1/09/20 Fonte: [scenariquotidiani](#)

Anche l’ISS (Istituto Superiore della Sanità) presieduto dal rotariano Silvio Brusaferrò, è costretto ad arrendersi. L’emergenza sanitaria, intesa come una situazione di pressione sulle strutture delle ASL, è finita ([fonte](#)). Aldilà dell’andamento della curva dei contagi oggi è un fatto, come spiega anche [il report settimanale dell’Iss](#), che le infezioni diagnosticate negli ultimi mesi presentino “una minore gravità clinica”. Nella maggior parte dei casi, infatti, scrive sempre l’Istituto Superiore di Sanità, si tratta di pazienti “asintomatici”. L’ISS è costretto a formulare previsioni sulla base dei dati e quelli che sono sotto gli occhi di tutti evidenziano che gli ospedali sono vuoti. Fare continuamente tamponi a tutti quelli che capitano è perfettamente inutile se nel 99% dei casi chi viene trovato positivo non ha sintomi o sintomi di una lieve influenza.

Anche Matteo Bassetti, direttore della Clinica Malattie Infettive dell'Ospedale San Martino di Genova, concorda con questa conclusione, già da tempo affermata ([fonte](#)). Il virus è mutato in una forma più benevola divenendo una comune influenza. I virus si muovono così. Mutano per adattarsi al corpo ospite al quale intendono procurare o zero danni o danni lievi. L'obiettivo di queste forme di vita, da milioni di anni a questa parte, è la pacifica convivenza ([fonte](#)).

“A marzo emergeva la puntina dell'iceberg, oggi intercettiamo molto precocemente ed oggi stiamo tirando fuori il tanto che ieri era sommerso. Abbiamo delle mutazioni benigne nel virus, chi lo nega al letto dei malati non c'è andato”. La soluzione ai numeri aumentati di queste settimane, conclude Bassetti, è semplice: il maggior numero di tamponi effettuati. *“Se lei butta 1.000 reti nel mare il numero di pesci che tira su sarà molto elevato e così è per i positivi quando si fanno più tamponi”*. Più che da esserne terrorizzati, ci sarebbe da rimanerne sollevati per lo scampato pericolo.

Le verità nascoste sul Covid19 di Sergio Resta – 02/09/2020 Fonte: Comedonchisciotte

Il Dott. Sergio Resta parte analizzando il suo [post](#) divenuto virale che ha fatto un po' il giro di tutto il mondo. Inizia a parlare dei numeri dei decessi: sostiene che molte morti sono state attribuite al covid19 anche se non è stata la causa primaria o unica. A conferma di ciò, cita lo scandalo scoppiato in Minnesota, dove il Governatore Tim Walz, per altro anche medico, ha sostenuto che il Center for Disease Control and Prevention, gli avessero recapitato dei documenti dove tutti i pazienti di età superiore agli 80 anni deceduti per cause respiratorie, lo fossero stati per covid19, quando in realtà la causa mortis è stata imputabile ad altri fattori eziopatogenetici. Le gravi incompetenze espletate nei riguardi dei pazienti morti in Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, non per causa diretta dei medici, ma a causa di certe linee guida che i colleghi hanno dovuto pedissequamente seguire. Ci sono medici del cabotaggio del Dottor Zangrillo o del Dott. Bassetti che nella maggior parte delle interviste hanno indossato un camice, una tenuta chirurgica, a significare la loro vita continua al ridosso dei pazienti in corsia, a contatto diretto con la reale sintomatologia, il reale vissuto, non solo del paziente, della patologia, della sua evoluzione clinica e del medico nell'affrontarla. Tanti come loro hanno effettuato delle indagini specialistiche accorgendosi come stesse accadendo qualcosa di grave in pazienti gravi, a livello della vascolarizzazione polmonare e del parenchima.

L'idrossiclorichina, a fronte di effetti collaterali che non sono amplificati come ha sostenuto la stampa, ma molto più rari, insieme all'azitromicina ha determinato in alcuni casi, la remissione sintomatologica delle fasi mediane della malattia. Sulla citazione del post sull'OMS, afferma che essa ha dichiarato solo verbalmente la pandemia. Non esiste nessun documento redatto a stampa.

Le autopsie sono state generate da un'intuizione felice di medici fuori dal coro. Resta ricorda quando sono arrivati i cinesi in Italia, acclamati come i salvatori dell'umanità, accolti da governatori, dai direttori di importanti istituzioni sanitarie, un codazzo di inchini, lo scambiarsi di maschere, guanti, visiere: hanno dimenticato di dirci però degli esiti delle autopsie svolte, che hanno evidenziato la reale causa mortis derivante dalle trombosi diffuse nell'albero polmonare e le ustioni nel parenchima causate dall'immissione pomposa di grosse quantità d'ossigeno tramite le intubazioni. In Italia il valore che ha avuto l'ecocolordoppler al capezzale del paziente è stato un obiettivo raggiunto un pochino dopo di essersi resi conto dell'inefficacia dell'intubazione, della ventilazione assistita. Grazie alle autopsie siamo arrivati a capo della situazione. Grazie ad indagini opportune, è stata resa trattabile questa entità, dalla quale si può guarire.

Il Dottore passa al tema delle vaccinazioni, affermando che quelle antinfluenzali eseguite a tappeto a Gennaio svolte in Lombardia sono state sfruttate tramite il ceppo H1N1, coltivate su cellule di cane, noto serbatoio di virus sarscov2. Sappiamo bene che il virus H1N1 è particolarmente virulento, gli anziani sono spesso in trattamento per altre comorbidity, patologie importanti. Ed ecco, forse, l'indebolimento post vaccinale delle difese immunitarie di questi soggetti, con l'eccessiva carica virale coronavirus può aver generato una cascata di

eventi citochimica che ha portato al decesso di tantissimi anziani al nord d'Italia. Questi cofattori hanno avuto sicuramente un ruolo significativo nella genesi della malattia che in mancanza di conoscenza, di linee guida coerenti, in assenza di autorizzazione alle autopsie da parte del Ministero Della Salute, sono sfociate nella morte di tanti pazienti. In merito a quanto detto, una pubblicazione scientifica del Pentagono raccolta da PubMed, ha sottolineato la causa di interferenze virali da vaccino antinfluenzale H1N1 con covid19. Tale pubblicazione, ora è sparita, forse perché la parola vaccino non si può toccare, non può essere criticata. Ci sono lavori delle forze militari USA che hanno evidenziato come al termine di strategie vaccinali influenzali su militari di leva, si sia riscontrato il cosiddetto shock post vaccinale di cui nessuno parla, anzi, se ne fai cenno, vieni deriso, è un dato costante. Sono soggetti che rimangono temporaneamente sprovvisti di importanti difese immunitarie e possono essere preda di virus, batteri, miceti, parassiti, ecc.ecc.

Passando al tema mascherine e tamponi il Dottor resta rivela: basta girare il web e si trovano notizie di collusioni ,connivenze tra produttori di dispositivi di protezione individuale e coloro che tentano di somministrarceli. C'è stato di recente un importante investimento da parte del nostro governo sulle mascherine, grazie all'accordo con FCA evidentemente. Il Dottore sottoscrive l'osservazione del Professor Montanari: le trame del TNT (materiale delle chirurgiche) ha una dimensione di circa 200 micron, è una dimensione inusitata per quelle che sono le piccole conformazioni virali capaci di penetrare sia in un senso che nell'altro. La trama della maschera TNT tra l'altro, il polipropilene è insalubre, non solo per adulti e anziani ma soprattutto per un bambino che per tante ore come previsto dalle nuove norme di riapertura della scuola, dovrà indossare.

Ci sono tantissime incongruenze, come quella del tampone. Sulla scorta dell'insegnamento che proviene dai colleghi cinesi, nello scoppio epidemico furono sottoposti a tampone nella sola città di Wuhan, oltre 72314 casi, pazienti conclamati sintomatici. Di questi, soltanto il 62% ha presentato una positività al tampone, il rimanente 38% s'è positivizzato parecchi giorni dopo. Questo ci dice che il tampone ha un indice di predittività basso. Inoltre, il Dott. Franchi, dice Resta, ammette che risulta ancora inaccessibile una documentazione scientifica credibile inerente alla presenza del covid19 nel tampone. Lo stesso Dott. Sergio Resta ha svolto una ricerca nelle librerie scientifiche internazionali senza trovare nulla di evidente sui termini dell'isolamento del virus. Sono stai pochissimi i professionisti che si sono occupati della prevenzione virale.

Da parte dei presidenzialisti dello staff medico del comitato scientifico, nessuno ha speso una lancia in favore del buon vivere, attraverso la cura dell'alimentazione, l'esposizione ai raggi solari, le terapie complementari a base di principi attivi sempre più rari da alimenti prodotti in serra oppure in allevamento. Questa, sostiene, è una gravità non perdonabile, perché come hanno sottolineato i migliori virologi ed epidemiologi del mondo, fattori come l'irradiazione solare genera un decadimento della carica virale. E' stata negata validità in alcune molecole come la vitamina D3,K2, lo Zinco che hanno realmente un'efficacia documentata scientificamente da centinaia e centinaia di pubblicazioni. Per non parlare della vitamina C ! Osannata dai colleghi cinesi durante la fase acuta della pandemia, ha dimostrato a elevatissime dosi di ridurre la sindrome di stress respiratorio acuta nei pazienti portatori di covid19.

Un recente lavoro dell'università dell'Haifa, in Israele, evidenzia un dato molto importante: l'associazione di perbeni della cannabis medicale uniti ad un certo quantitativo di cannabiolo, hanno un'efficienza nettamente superiore rispetto al desametasone. Inizialmente, il desametasone non è stato riconosciuto dal Ministero della Salute come farmaco step fondamentale. Tanti medici italiani, non seguendo il Ministero, l'hanno comunque somministrato ai pazienti riuscendo a tirarli fuori da condizioni estremamente pericolose dal punto di vista metabolico. Il British Medical Journal ha affermato l'efficacia incontestabile del desametasone nel trattamento della sindrome da covid19 da media gravità a notevole gravità. Noi abbiamo dei principi attivi estremamente utili nel controllo del virus, che non hanno impatto negativo sull'organismo come invece possono avere i farmaci.

La Dott.ssa Elena Campione del Policlinico di Tor Vergata ha comunicato di recente l'importanza della lattoferrina sull'emoglobina dei globuli rossi. Notizia notevole. Si sapeva che tale integratore è un potente

modulatore dell'immunità, infatti i bambini non vengono colpiti da tale virus proprio perché vengono nutriti dal latte materno che contiene grossi quantitativi di lactoferrina.

A domanda sulla mancata campagna di prevenzione e informazione sull'utilizzo di principi attivi da parte del governo, il Dott. Resta si limita a rispondere che il paziente sano non porta denaro. A fine intervista, il medico ringrazia il contributo scientifico che hanno dato sin ora, il Dott.

Bassetti, Zangrillo, Clementi, Gismondo, Franchi, De Donno, Di Bacco, Tarro, Trinca, Manera e il Prof. Montanari, hanno apportato a competenze scientifiche e culturali che mirano all'arricchimento professionale ma soprattutto umano.

Intervista di Andrea Leone: <https://youtu.be/uSHOvpRK5mY>.

Sbatti il 'contagiato' in prima pagina! Intervista al prof. Giulio Tarro

di Francesco Santoianni 2/09/20 L'Antidiplomatico

300.000 tamponi al giorno! È questa l'ultima trovata del governo per mantenere alta la cifra dei "contagiati" (leggi "asintomatici" e cioè sani) e preparare l'Italia all'imposizione della vaccinazione antinfluenzale. Su questo e su altro abbiamo intervistato il prof. Giulio Tarro che ha appena dato alle stampe la nuova edizione del libro "Covid il virus della paura" aggiornata al 25 agosto 2020.

Oramai lo scrive anche il New York Times. Il modo in cui vengono esaminati i tamponi amplifica talmente tanto il materiale genetico raccolto da individuare anche solo piccolissimi frammenti rimasti che non fanno male a nessuno. Ma, in Italia, tanto basta per scovare il "positivo", il "contagiato" da sbattere prima sui giornali e poi in quarantena. E tutto questo mentre molti paesi, seguendo i dettami dell'OMS considerano incapaci di diffondere il virus coloro che, per tre giorni di seguito, non mostrano sintomi ascrivibili al Covid. In Italia, invece si pretendono ben due tamponi negativi. E per avere questi due tamponi di controllo bisogna aspettare anche settimane che fanno così dilatare la cifra complessiva dei "contagiati. Una situazione surreale.

Intanto incombe la vaccinazione antiinfluenzale che qualcuno, per imporla a tutti, vorrebbe trasformarla in una sorta di "patentino" per permettere l'accesso a luoghi affollati come stadi, cinema, discoteche.

Questa storia della vaccinazione antiinfluenzale che garantirebbe di distinguere il virus SARS-Cov-2 da quello influenzale è una colossale sciocchezza. Intanto perché già esistono test che fanno questo. In Gran Bretagna, ad esempio, il governo ha già ordinato 5,8 milioni di test che in meno di 90 minuti identificano sia la presenza del coronavirus sia di quello influenzale. Un'altra assurdità di questa misura è che la vaccinazione antiinfluenzale, in moltissimi casi, non impedisce il verificarsi di questa malattia che, anzi, si manifesta con una sintomatologia solitamente più grave della "normale" influenza.

Che si fa, quindi, se arriva al pronto soccorso una persona con una grave influenza e vaccinata contro l'influenza? La si chiude subito in quarantena e si dichiara un generale lockdown? Ma, poi, c'è una questione ancora più grave: la vaccinazione abbassa momentaneamente le difese immunitarie rendendo così l'organismo più vulnerabile ad altri virus. E con il SARS-Cov-2 che, pur spegnendosi l'epidemia, è ancora in giro c'è il rischio che la vaccinazione antiinfluenzale possa provocare, addirittura, una ripresa dei casi di Covid.

E tutto questo mentre si continua a terrorizzare gli italiani con fantomatici ricoveri in terapia intensiva o "morti per Covid" deceduti per ben altre cause.

Per fortuna, anche in Italia, qualcosa per svegliare l'opinione pubblica comincia ad esserci. Ad esempio la manifestazione a Roma del 5 settembre a piazza Bocca della Verità, promossa anche dal l'Eretico, l'associazione di cui sono cofondatore. Non sarà una manifestazione grande come quelle tenutesi, pochi giorni fa, a Berlino o a Londra ma è il primo passo per scrollarci di dosso imposizioni assolutamente folli dal punto di vista profilattico e che, per di più, rischiano stravolgere l'ordinamento democratico nel nostro paese.

I vincitori del covid di Leonardo Mazzei 03/09/2020

Chi ci sta guadagnando? Ecco una domanda che tutti dovrebbero porsi. Ma che pare oscena, come se si volesse anteporre l'economia all'epidemia, il denaro alla vita umana. E così, con questo trucchetto finto-umanista da quattro soldi, chi i soldi ce li sta facendo alla grande riesce ad occultare la gigantesca ridefinizione della piramide della ricchezza e del potere in atto. Le notizie sul virus coprono tutto, in primo luogo il dramma sociale che la gestione dell'epidemia sta producendo. Guai a dubitare della narrazione ufficiale. Nel mondo il numero dei casi e delle vittime è stabile da mesi? Non lo si dica, che c'è il rischio di abbassare la guardia. In Europa i casi crescono, ma la letalità è ormai al livello di una normale influenza? Nessuno si azzardi a rilevarlo, che l'accusa di "negazionismo" è già pronta a scattare.

Chi scrive non crede al complotto, ma tende a guardare ai fatti. Ed un fatto certo è la strumentalizzazione dell'epidemia da parte dei dominanti. Dato che paura ed emergenzialismo aiutano da sempre il potere, è perfino banale scorgere gli interessi politici che alimentano l'attuale narrazione catastrofista. Del resto, se moriremo tutti per il virus, che sarà mai qualche milione di disoccupati in più! Ma ci sono pure gli interessi economici. E sono giganteschi. Ci siamo [già occupati](#) di questo aspetto fondamentale alla fine di maggio. Ma i tre mesi trascorsi hanno confermato alla grande le tesi esposte allora. Dentro ad una crisi economica disastrosa non tutti ci perdono, anzi. «Dietro i record, si allarga la forbice tra vincitori e vinti di Wall Street: oltre il 60% dei titoli ancora in rosso con la pandemia», questo il significativo titolo de [la Repubblica](#) del 23 agosto. Tra le notizie riportate nell'articolo c'è ovviamente quella del raggiungimento del primato assoluto dei 2.000 miliardi di dollari di capitalizzazione borsistica raggiunti da Apple, l'enorme crescita del valore delle azioni di Amazon dall'inizio dell'anno, il boom di Abiomed (+87%) nel settore sanitario e di PayPal (+50%) in quello delle transazioni online. Giusto per limitarci all'esempio di Apple, nei mesi in cui il Pil degli Usa calava del 32,9%, le vendite degli iPad saliva del 31%, quella dei computer Mac del 22%. Ma le stesse considerazioni potremmo farle per Amazon, Microsoft, Alphabet, Facebook, eccetera.

Per farla breve siamo andati a verificare i valori di Borsa delle 10 società con la maggiore capitalizzazione al mondo. Tra queste società, ben 7 appartengono al cosiddetto websoft (internet e software), due alla finanza (di cui una è Visa, la regina delle carte di credito), una al settore energetico. Nella top ten non c'è più posto ormai per le società del settore manifatturiero, la prima delle quali (Johnson & Johnson) appartiene comunque al farmaceutico. Tanto per dare l'idea...

Ma vediamo la graduatoria, in ordine di capitalizzazione in miliardi (md) di dollari (tra parentesi la variazione percentuale dal 2 gennaio al 2 settembre): Apple 2.000 md (+78,6%), Saudi Arabian Oil 1.780 md (+10,3%), Microsoft 1.580 md (+41,4%), Amazon 1.570 md (+84,3%), Alphabet (la società che incorpora Google) 1.020 md (+20,9%), Facebook 740 md (+40,8%), Alibaba (l'Amazon cinese) 680 md (+38,6%), Tencent (altra società cinese del websoft) 620 md (+42,5%), Berkshire (la società finanziaria presieduta da Warren Buffett) 500 md (-4,4%), Visa 420 md (+11,6%).

Piccola precisazione: per farla semplice, i valori della capitalizzazione sono ripresi dalla tabella del [Corriere della Sera](#) del 20 agosto, ma quelli di Apple sono già saliti da allora di altri 290 miliardi! A qualcuno il virus fa bene anche a fine estate! I dati della graduatoria parlano da soli. Da notare come gli incrementi siano dall'inizio dell'anno, che se li avessimo calcolati dal punto più basso di marzo sarebbero stati ancora più grandi. Ma è giusto così, perché in questo modo si vede come i colossi di internet e dell'informatica abbiano saltato a piè pari l'epidemia, di cui hanno anzi approfittato per mettere a segno giganteschi guadagni che non avrebbero neppure potuto immaginare senza di essa. Questo non è complottismo (non siamo complottisti, eccetera, eccetera...), è un fatto. Un fatto enorme, tanto più se confrontato con l'andamento borsistico di altri comparti economici di primaria importanza, come l'energia e l'automobile. Questi settori, non troppo tempo fa in cima alla piramide del capitalismo mondiale, vivono oggi una crisi gravissima. Ed i dati azionari, che ora andremo a vedere, esprimono in maniera abbastanza precisa il crollo del fatturato e degli utili.

In campo energetico abbiamo già visto il dato positivo di Saudi Arabian Oil (Aramco), ma questa è solo un'eccezione dovuta all'assestamento dei prezzi a seguito del suo recentissimo ingresso in Borsa avvenuto solo

nell'autunno scorso. Nel resto del settore le cose vanno ben diversamente. Vediamo le variazioni di alcune delle principali società dall'inizio dell'anno: Exxon Mobil -44,4%, Shell -53%, Chevron -31,6%, Bp -46%, Gazprom -29,1%, Eni -44,2%. Tutti pesanti segni meno. E qui – come potete verificare coi dati riportati nel già citato [articolo di maggio](#) – le cose hanno continuato a peggiorare anche negli ultimi tre mesi. Ora, siccome l'energia ci dice grosso modo come va la cosiddetta “economia reale”, l'indicazione sembra piuttosto chiara.

E nel settore automobilistico? Queste le variazioni: Toyota -9,6%, Volkswagen -21,7%, General Motors -21,4%, Fca -31,8%, Ford -27,5%. Pure qui le cadute sono pesanti, anche se dopo il tonfo di marzo è in atto una lentissima ripresa. Un rimbalzino delle vendite che per ora non risolve certo l'enorme crisi del settore.

Prima di chiudere, un ultimo dato dell'Istitute for Policy Studies. Secondo questo studio, nei soli mesi di marzo e aprile i 600 uomini più ricchi degli Usa si sono arricchiti di altri 434 miliardi di dollari (+15%) portando la loro fortuna complessiva a 3.380 miliardi. In quel ristretto lasso di tempo Mark Zuckerberg (Facebook) si è arricchito di altri 30 miliardi, mentre Jeff Bezos (Amazon) ha fatto ancora meglio, arrivando ad un totale di 147 miliardi. Questo era a maggio, ma perché fermarsi? Difatti Bezos (viva il Covid, viva il Covid, viva il Covid...) adesso è arrivato a 189,4 (+42,4 md negli ultimi tre mesi). Più modestamente, Zuckerberg ha invece dovuto accontentarsi di un incremento nel periodo di “soli” 8,2 md. Inutile dire come questa ricchezza venga dalla distruzione dell'economia su cui vivono centinaia di milioni di persone sul pianeta, come a questa offesa senza limiti corrisponda l'aumento esponenziale della disoccupazione, della precarietà e della povertà. Ma tant'è, lo vuole il virus... O perlomeno la sua narrazione.

Ora la domanda è questa: ma davvero si può pensare che il racconto catastrofista sul virus, quello che alimenta paura e terrore ogni dì sia davvero estraneo a questi interessi? I signori del websoft sono i padroni della rete, quelli che fra l'altro censurano ogni contenuto non allineato alla verità ufficiale. Ma i loro tentacoli, generalmente intrecciati agli interessi del potere politico, arrivano a tutti i mezzi di informazione. Il risultato è sotto gli occhi di tutti. Di fatto, questi signori hanno tutto l'interesse che l'epidemia continui. Certo, costoro non comandano al Covid, ma sicuramente orientano e dirigono l'ancor più potente virus della disinformazione. Quello che arriva tutti i giorni nelle nostre case. In palio non c'è solo il loro bottino personale, in gioco c'è soprattutto il potere a livello globale. Se vi par poco, fate voi.

“Ich bin ein Berliner” – Kennedy jr a Berlino: “in prima linea contro il totalitarismo globale”

Riccardo Donat-Cattin

3/09/20

ComeDonChisciotte

Due ambiziosi ma impreparati redattori di comedonchisciotte, tra cui il sottoscritto, sono stati a Berlino lo scorso weekend e hanno partecipato alla manifestazione contro l'abuso delle misure anti-covid. Non parliamo tedesco, non conoscevano bene gli organizzatori e non sapevamo che piazza avremmo trovato. Il colpo d'occhio è stato impressionante. Tanti. Centinaia di migliaia? un milione? Di sicuro non 16-20 mila come dicono i nostri media, e non 37 mila come dicevano i media di Berlino. Qualunque fosse il numero, difficile sperare in una folla simile nel nostro paese. Bandiere di ogni nazione, bandiere della pace. C'erano i nazisti? sì, c'erano. Ma c'erano anche falci e martello e Che Guevara. Ma più che altro bandiere della pace.

Il mattino abbiamo scoperto che ci sarebbe stato Bob Kennedy Jr. Così siamo andati a cercarlo. E l'abbiamo trovato, invocato, e intervistato. Ecco il suo contributo:

L'intervista a Kennedy è stata sicuramente una boccata d'ossigeno. Intanto per dare senso alla nostra trasferta. Ma soprattutto perchè in pochi secondi ha detto tutto quello che volevamo sentire: la paura è l'arma del nostro avversario politico, e i grandi della tecnologia stanno abusando della loro posizione per diventare onnipotenti, sfruttando la pandemia, in collusione con i governi. E senza retoriche sui massimi sistemi, ma con nomi e cognomi, ben noti. L'intervista si è poi rivelata una sintesi di ciò che avrebbe detto più tardi sul palco. La manifestazione è stata molto pacifica. Un organizzatore ha parlato sul palco per un po' dicendo più volte polizei, e poi alcuni ragazzi di diverse nazionalità sono venuti a spiegarci in tutte le lingue che non si poteva iniziare il comizio a meno che non fossimo stati tutti a un metro e mezzo di distanza l'uno dall'altro.

Eventualità improbabile, ma di fatto si è creato un buon livello di distanziamento, tanto che hanno cacciato me e il mio compagno di avventure armato di telecamera dalla zona sotto il palco. “Niente distanziamento, niente Kennedy”. Dopo un’ora, luce verde. Ed ecco il discorso di Kennedy, che vi invito ad ascoltare (VIDEO). Kennedy ha aperto il discorso con la questione dei nazisti, dato che tutti nel mondo volevano sapere dei nazisti. Stare a discutere e litigare se si possa accettare di stare con una piazza con dei nazisti è senz’altro un ottimo spunto di conversazione. Magari un’altra volta, o fatelo voi al bar. Qui vorrei sottolineare ciò che Kennedy ha chiarito: questa piazza è una manifestazione contro il totalitarismo. Che ci fossero in mezzo i nazisti, che preferiscono una dittatura démodé come quella nazionalsocialista dei lavoratori tedeschi, fatti loro. La minaccia di oggi si chiama totalitarismo globale e la base del suo potere è l’utilizzo massiccio di tecnologie di proprietà dei giganti del capitalismo, dove il ruolo dei governi è completamente grigio, tra il complice e il maggiordomo al servizio di big Tech e di altri noti attori: mostri finanziari, big pharma eccetera. L’1%. Coloro che hanno molto potere e ne stanno accumulando sempre di più, in quantità senza precedenti nella storia.

In prima linea contro il totalitarismo globale

Facciamo un ripassino: “Totalitarismo: Sistema politico autoritario, in cui tutti i poteri sono concentrati in un partito unico, nel suo capo o in un ristretto gruppo dirigente, che tende a dominare l’intera società grazie al controllo centralizzato dell’economia, della politica, della cultura e alla repressione poliziesca ([treccani.it](https://www.treccani.it))”. Direi che possiamo aggiungere anche il controllo della salute, della posizione, dei consumi, e continuate voi la lista se volete. Paura è la parola magica per permettere tutto questo. Riprendiamo le parole di Kennedy jr: “*I governi amano le pandemie. Amano le pandemie per lo stesso motivo per cui amano la guerra. Perché dà loro la possibilità di imporre alla popolazione controlli che altrimenti la popolazione non accetterebbe mai, creare istituzioni e meccanismi per orchestrare e imporre l’obbedienza.*”. Come ha [descritto](#) lucidamente Naomi Klein, la *Shock Doctrine* che ci stanno rifilando in questa crisi è un pastiglione tecnologico: app, smart cities, denaro digitale, riconoscimento facciale, tracciamenti. Controllo totale attraverso questo strumento del demonio a cui non riusciamo fare a meno che sono gli smartphones. Non è un complotto. È ricerca del profitto, logica completamente autorizzata dal sistema e anzi insegnata a scuola. Le grandi compagnie tecnologiche stavano cercando disperatamente uno spazio di espansione nel mercato della sicurezza e del controllo, e con le case farmaceutiche, come tutti coloro che fanno business, cercano un prodotto che li renda fondamentali e indispensabili sul mercato. In una situazione da Shock, che sia una guerra, una crisi economica o una pandemia, è da stupidi non rizzare le antenne per capire dove chi ha potere ne abuserà. È da illusi pensare il contrario. Non è complottismo, ma amore per la civiltà e la democrazia. Che abbiano esultato o no per la situazione covid, i numeri parlano chiaro: il trio citato da Kennedy, Bezos-Zuckerberg-Gates, rappresenta l’élite tecnologica di questo mondo che si è piazzata in pole position per fornire garanzia di controllo su cui basare il totalitarismo globale, progetto che è riuscito a fare, grazie al covid, un salto di qualità inaspettato.

Kennedy ha avuto il coraggio di fare nomi e cognomi, e chiarire le logiche che guidano le politiche di oggi, in tutto il mondo. E ha avuto il coraggio di esporsi in una piazza che senza di lui sarebbe stata solo di nazisti, negazionisti, complottisti senza speranza. E invece un pezzo da novanta è venuto a garantire per noi. Uno che in famiglia ha uno zio assassinato mentre era presidente degli Stati Uniti e un padre assassinato mentre viaggiava come candidato per la presidenza degli Stati Uniti. Provate a dirlo a lui, “complottista”. Grazie perciò a Kennedy che ci ha dato nuova linfa per la nostra battaglia contro i mulini a vento, e ci ha detto i nomi e i cognomi dei giganti che dovremo affrontare. Pubblicheremo anche il resto del materiale registrato alla manifestazione. Per ora ci fermiamo su Kennedy, e lo ringraziamo di cuore dell’intervento, grazie al quale possiamo tracciare una linea di identificazione politica al quale aggrapparci.

“50 anni fa mio zio John Kennedy venne in questa città. È venuto qui a Berlino perché Berlino era la prima linea contro il totalitarismo globale. E oggi ancora una volta Berlino è in prima linea contro il totalitarismo globale. Mio zio è venuto qui, ha detto con orgoglio al popolo tedesco: “Ich bin ein Berliner”. E oggi tutti noi che siamo qui oggi possiamo dire ancora una volta con orgoglio: “Ich bin ein Berliner”, Perché siete in prima linea contro il totalitarismo.” – Bob Kennedy jr, Berlino, 29/08/2020 –

Discorso a Berlino di Robert F.Kennedy Jr contro il totalitarismo medico

"I governi AMANO le pandemie. Amano le pandemie per lo stesso motivo per cui amano la guerra. Perché dà loro la possibilità di imporre alla popolazione controlli che altrimenti la popolazione non accetterebbe MAI."

'Grazie a tutti. (applausi)

Tornato a casa negli Stati Uniti, i giornali dicono che sono venuto qui oggi per parlare a circa 5.000 nazisti. E domani riferiranno che, sì, ero qui e ho parlato con forse 3-5.000 nazisti. E guardo questa folla e vedo l'opposto del nazismo. Vedo persone che amano la democrazia, persone che vogliono un governo aperto, persone che vogliono leader che non mentiranno loro, persone che vogliono leader che non creino regole e regolamenti arbitrari per orchestrare l'obbedienza nella popolazione.

Vogliamo funzionari sanitari che non abbiano legami finanziari con l'industria farmaceutica, che lavorino per noi e non per Big Pharma. Vogliamo funzionari che abbiano a cuore la salute dei nostri figli e non i profitti farmaceutici o il controllo del governo. Guardo questa folla - vedo tutte le bandiere d'Europa, vedo persone di ogni colore, vedo persone di ogni nazione, ogni religione tutte preoccupate della dignità umana, della salute dei bambini, della libertà politica - questo è l'opposto del nazismo ! (applausi)

I governi AMANO le pandemie. Amano le pandemie per lo stesso motivo per cui amano la guerra. Perché dà loro la capacità di imporre alla popolazione controlli che altrimenti la popolazione non accetterebbe MAI: le grandi istituzioni e i meccanismi per orchestrare e imporre l'obbedienza. Ora, ti dirò una cosa: è un mistero per me che tutte queste persone importanti come Bill Gates e Tony Fauci abbiano pianificato e pensato a questa pandemia per decenni, pianificandola in modo che saremmo tutti al sicuro quando la pandemia finalmente è arrivato. Eppure, ora che è qui, sembra che non sappiamo di cosa stanno parlando. Sembra che stiano inventando mentre procedono. Stanno inventando numeri. Non possono dirti qual è il Case Fatality Rate per Covid - questo è fondamentale. Non possono darci un test PCR che funzioni davvero. Non hanno ... Devono cambiare costantemente la definizione di Covid sui certificati di morte per farlo sembrare sempre più pericoloso. Ma una cosa in cui sono bravi è aumentare la PAURA.

75 anni fa, Hermann Goering ha testimoniato al Processo di Norimberga e gli è stato chiesto "come avete convinto il popolo tedesco ad accettare tutto questo?" Ha detto che è una cosa facile. Non ha niente a che fare con il nazismo. Ha a che fare con la natura umana. Puoi farlo in un regime nazista, puoi farlo in un regime socialista, puoi farlo in un regime comunista, puoi farlo in una monarchia e in una democrazia. L'unica cosa di cui un governo ha bisogno per rendere le persone schiave è la paura. E se riesci a trovare qualcosa per spaventarli, puoi convincerli a fare tutto ciò che vuoi.

50 anni fa, mio zio John Kennedy venne in questa città - venne qui a Berlino perché Berlino era in prima linea contro il totalitarismo globale. E anche oggi Berlino è in prima linea contro il totalitarismo globale. Mio zio è venuto qui - ha detto con orgoglio al popolo tedesco, Ich bin ein Berliner. E oggi, tutti quelli di noi che sono qui oggi possono dire con orgoglio ancora una volta, Ich bin ein Berliner . Perché sei in prima linea contro il totalitarismo. Dirò ancora una cosa. Non hanno svolto un ottimo lavoro nel proteggere la salute pubblica. Ma hanno fatto un ottimo lavoro nell'usare la quarantena per portare il 5G in tutte le nostre comunità. E per iniziare il processo di spostamento di tutti noi verso una valuta digitale, che è l'inizio della schiavitù. Perché se controllano il tuo conto in banca, controllano il tuo comportamento. E tutti vediamo queste pubblicità in televisione che dicono che il 5G sta arrivando nella tua comunità. Sarà una grande cosa per tutti voi, cambierà le vostre vite, renderà tutte le vostre vite molto migliori. Ed è molto convincente che devo dire perché guardo quegli annunci e penso che sia fantastico, non vedo l'ora che arrivi qui. E perché potrò scaricare un videogioco in 6 secondi invece che in 16 secondi. Ed è per questo che stanno spendendo 5 trilioni di dollari per il 5G? No. Il motivo è per la sorveglianza e la raccolta dei dati. Non è per te e me. È per Bill Gates, è per Mark Zuckerberg e Jeffrey Bezos. E tutti gli altri miliardari.

Bill Gates afferma che la sua flotta di satelliti sarà in grado di osservare ogni centimetro quadrato del pianeta 24 ore al giorno. Ma questo è solo l'inizio. Sarà inoltre in grado di seguirti su tutti i tuoi dispositivi smart, tramite

riconoscimento facciale biometrico, tramite il tuo GPS. Pensi che Alexa stia lavorando per te? Non sta lavorando per te. Lavora per Bill Gates che ti spia.

E la pandemia è una crisi di convenienza per le élite che dettano queste politiche. Dà loro la capacità di annientare la classe media, di distruggere le istituzioni della democrazia, di trasferire tutta la nostra ricchezza da tutti noi a una manciata di miliardari per arricchirsi impoverendo il resto di noi.

E l'unica cosa tra loro e i nostri figli è questa folla che è venuta a Berlino! Oggi diciamo loro che non ci toglierai la libertà, non avvelenerai i nostri figli, chiederemo indietro la nostra democrazia .

Grazie mille a tutti per aver combattuto! ' (applausi)

Vaccinazione antinfluenzale obbligatoria? Controproducente e inutile per la diagnosi di Covid di Valentina Bennati comedonchisciotte.org 3/09/20

C'è [un interessante studio, pubblicato nel 2018 da PNAS](#) (una delle riviste scientifiche più note a livello internazionale) dal quale risulta che i malati plurivaccinati per influenza diffondono virus influenzale con aerosol 6,3 volte di più dei malati non vaccinati. È un dato che, se confermato, dovrebbe far riflettere le autorità sanitarie. Ho pensato di approfondire l'argomento con il Prof. Paolo Bellavite, medico specializzato in Ematologia Clinica e di Laboratorio, master in Biotecnologie presso l'Università di Cranfield (UK) e diploma di perfezionamento in Statistica sanitaria ed epidemiologia. Dal 1984 al 2017 ha insegnato Patologia Generale presso l'Università di Verona e attualmente continua la collaborazione con la stessa Università in progetti di ricerca. È autore di vari libri e di oltre 250 pubblicazioni *in extenso*, di cui 150 recensite dalla banca-dati del NIH Pubmed-Medline. Al 29 Agosto 2020 le sue pubblicazioni sono state citate 7114 volte nella letteratura scientifica (Indice H di Hirsch = 47 nella lista dei [‘Top Italian Scientists’](#)).

Perché è importante questo studio, Professore, cosa evidenzia in sostanza?

“È interessante perché si sa poco sulla quantità e l'infettività dell'influenza e ciò contribuisce all'incertezza sull'importanza della trasmissione per via aerea. Gli autori hanno esaminato 355 volontari sintomatici con malattie respiratorie acute, di cui 142 casi con infezione influenzale confermata con tampone. A tutti, con uno speciale filtro, è stato fatto un prelievo dell'aria espirata per un tempo fisso di 30 minuti e gli autori hanno cercato la presenza di virus influenzali e RNA del virus nell'aerosol. A parte il fatto curioso (ma interessante) che meno della metà dei soggetti positivi al tampone emettevano effettivamente il virus infettivo col respiro, la quantità di RNA virale era positivamente associata all'indice di massa corporea (cioè le persone più grasse diffondevano maggiore RNA virale) ed era anche positivamente associata alla vaccinazione antinfluenzale, soprattutto se il soggetto si vaccinava costantemente ogni anno. In altre parole, i plurivaccinati per influenza (malati) erano anche maggiormente infettivi. Questo dato prescinde quindi dall'efficacia del vaccino per la prevenzione della malattia e si riferisce al fatto che il vaccino, nei malati in cui non funziona, renderebbe il soggetto più infettivo, cioè paradossalmente aumenterebbe la carica virale nelle vie respiratorie. Gli autori affermano che questa scoperta, se confermata, dovrebbe far riflettere le autorità sanitarie”.

Oltre a questo studio del 2018 ce ne sono altri che presentano risultati simili?

“Che sappia io no, ho solo visto che ci sono dei modelli su animali da esperimento. Anzi, a onor del vero, ribadisco che gli autori stessi scrivono che il dato sarebbe preoccupante ‘se confermato’. Ci sono comunque dei lavori che dimostrano la diffusione dei virus influenzali dei vaccini coi virus vivi attenuati in una percentuale importante di soggetti, più del 10%, quando tali vaccini sono somministrati con spray nasale. Questi vaccini e tale modalità di somministrazione finora sono usati poco in Italia, ma ho letto che da quest'anno alcune Regioni, ad esempio la Lombardia, la intendono proporre per i bambini fino a 6 anni”.

Quali sono, dunque, i risultati della vaccinazione antinfluenzale in base alle conoscenze più valide oggi disponibili ?

“È una domanda che richiederebbe una risposta vastissima perché i risultati dipendono molto dall'età, dalle condizioni del soggetto vaccinato, dal tipo di vaccino, dall'annata, dal tipo di virus e da cosa si misura (efficacia

o effetti avversi). Con un gruppo di Colleghi (Alberto Donzelli, Daniele Agostini, Adriano Cattaneo, Piergiorgio Duca, Eugenio Serravalle e il sottoscritto) abbiamo recentemente pubblicato [un libretto che è disponibile online per chi fosse interessato ad approfondire](#). In generale, la vaccinazione ha un'efficacia attorno al 44% nel prevenire l'influenza e molto più bassa o, secondo alcuni studi, nulla per prevenire le complicazioni più serie (ospedalizzazione e morte). Nei bambini l'efficacia è leggermente maggiore, ma anche in questa fascia di età l'effetto statistico rilevato è sull'incidenza di malattia (curabile) e non di mortalità. Per quanto riguarda gli effetti avversi, le rassegne di studi clinici e i siti ufficiali dicono che il vaccino è generalmente ben tollerato, ma a questa diffusa convinzione si deve aggiungere che gli studi di sorveglianza vaccinale 'post-marketing' (cioè quelli che vengono dalla vita reale) difettano moltissimo nella metodologia, che si basa sulle segnalazioni 'spontanee', notoriamente una minoranza di quelle reali, e su dubbi metodi di valutazione della 'causalità', come ho dimostrato [in un mio recente articolo](#). Certo, un'influenza dà in media effetti avversi molto maggiori di una vaccinazione, ma il bilancio da fare non è tra 1 sindrome influenzale e 1 vaccinazione, ma tra 1 sindrome influenzale e 42 vaccinazioni: infatti per prevenire 1 sindrome influenzale occorre vaccinare in media 42 anziani".

Mi faccia capire meglio, Professore: cosa significa, in pratica, che la vaccinazione antinfluenzale ha un'efficacia intorno al 44%?

“Per inquadrare il senso di detto 44% di efficacia bisogna precisare che l'influenza prevenibile col vaccino è solo una parte (circa il 30%, cioè meno di 1/3) delle malattie 'simil-influenzali', per cui la protezione pratica nel senso di diminuzione dell'incidenza della malattia respiratoria che chiamiamo 'influenza' si aggira attorno al 13%. Per illustrare con un esempio cosa significhi, posto che l'aspettativa media di vita per un maschio italiano nel 2019 era di 81 anni, se due maschi di 60 anni (età a cui l'antinfluenzale è divenuta gratuita e raccomandata) si vaccinano ogni anno fino agli 81, l'esito medio di queste 42 iniezioni di vaccino sarà che a uno solo dei due sarà risparmiata 1 sindrome influenzale nell'arco dei 42 anni/uomo attesi. Nel caso degli adulti, bisogna vaccinarne in media varie decine per prevenire 1 sola influenza. E per prevenire 1 influenza nelle donne gravide bisogna vaccinarne in media 55. In definitiva, in base alle conoscenze più valide oggi disponibili, il bilanciamento tra rischi e benefici attesi da una vaccinazione antinfluenzale indiscriminata (o peggio addirittura obbligatoria) degli anziani e di intere categorie di adulti rischia di pendere dalla parte dei rischi e degli effetti dannosi”.

Eppure si sente parlare sempre più spesso di obbligatorietà del vaccino antinfluenzale per alcune categorie di persone: anziani, bambini, personale sanitario, donne in gravidanza. Dunque ci sono casi in cui vaccinarsi potrebbe avere senso? Credo che sia molto importante per le persone, soprattutto in questo momento, poter usufruire di maggiori informazioni chiare a riguardo.

“Certo che può aver senso, se la scelta è molto oculata. E non sarò certo io a sostenere che la vaccinazione 'non ha senso'. Ciò verso cui mi oppongo in modo deciso e scientificamente documentato è l'obbligo di vaccinazione, anche se diretto a specifiche categorie, come ho dimostrato nel mio libro [“Vaccini Sì, obblighi No”](#). La 'raccomandazione' al vaccino antinfluenzale resta un'opzione valida perché rivaluta il rapporto tra cittadino e tecnici (medici/pediatri/ginecologi/ostetrici) che si realizza, però, SOLO SE questi ultimi: A) sono bene informati sui rischi e i benefici dei vari tipi di vaccini e, a riguardo, consiglio ai Colleghi e alle Colleghe di accedere alle fonti scientifiche e non a quanto arriva dalle Società professionali che, in taluni casi, sono finanziate dai produttori; B) sono liberi di consigliare/sconsigliare un vaccino senza essere penalizzati economicamente e professionalmente. E non mi riferisco solo alle radiazioni da parte dell'Ordine di capaci e onesti medici 'dissidenti', operazioni attuate da autentici 'plotoni di esecuzione' della libertà di opinione che hanno rovinato l'immagine dell'intera categoria. La mia opinione, maturata dopo attenta valutazione della letteratura, è che la vaccinazione antinfluenzale potrebbe essere utile in soggetti anziani oppure immunodepressi, se portatori di patologie sistemiche che renderebbero più complicato il decorso di un'eventuale influenza. Però la scelta, nel caso individuale, va lasciata al medico, informato e libero nelle

condizioni sopra dette. Per la gravidanza, non conosco letteratura che mi abbia convinto che sia più utile che rischioso vaccinare la mamma in attesa”.

Qualcuno però sostiene che la vaccinazione antinfluenzale favorirebbe la diagnosi differenziale dalla Covid-19. Esistono prove scientifiche che dimostrano che ciò sia vero?

“Quanto all’argomento contingente che tale vaccinazione favorirebbe la diagnosi differenziale dalla COVID-19, avanzato da chi ha voluto imporre l’obbligo, i dati mostrano che esso è privo di fondamento. La riduzione di sindromi influenzali che si potrebbe sperare di ottenere da una vaccinazione generalizzata è circa il 13%. Va poi detto che, nella pratica, la riduzione attesa in Italia con l’estensione o l’obbligo vaccinale sarebbe verosimilmente inferiore a questo 13%, perché metà della popolazione anziana si vaccina già comunque ogni anno. Pertanto, nel momento in cui un soggetto con febbre e/o sintomi respiratori si presentasse all’osservazione medica, sapere se è vaccinato o meno non servirebbe affatto per la diagnosi differenziale. Una riduzione così insignificante della probabilità che si tratti di influenza sarebbe del tutto priva di interesse nell’eventuale diagnosi differenziale tra sindromi infettive del tratto respiratorio e COVID-19. Forse che il medico, sapendo che il soggetto è vaccinato per influenza, potrebbe essere spinto a fare diagnosi di COVID-19 o isolare il soggetto in attesa di tampone? Certo è che, se il medico si basasse su una differenza di probabilità del 13% per fare diagnosi, sbaglierebbe in 8 o 9 casi su 10! Inoltre il fenomeno dell’interferenza virale rende plausibile, nei vaccinati contro l’influenza, un aumento di altre virosi respiratorie non influenzali che potrebbe ridurre ulteriormente o persino vanificare quel già minuscolo 13%. È chiaro che in tale prospettiva, ai fini della diagnosi differenziale rispetto alla COVID-19, una riduzione irrilevante di probabilità che si tratti di sindromi influenzali richiederebbe comunque un tampone. Peraltro, la diagnosi differenziale tra influenza e COVID-19 si può basare su test rapidi di screening per il virus sui tamponi orofaringei, già in uso per l’influenza e capaci di dare risposte in pochi minuti, mentre notizie recenti (Corsera, 15 luglio) sono di una validazione dei tamponi/test rapidi anche per COVID-19. Questi test rapidi consentono di isolare subito i soggetti che potrebbero essere contagiosi, riservando a loro la conferma diagnostica tramite i più impegnativi test con la biologia molecolare. Alla luce di questi argomenti, ogni insistenza sulla vaccinazione antinfluenzale ‘con la scusa’ della COVID-19 diviene del tutto fuorviante o assurda, a tal punto da pensare all’esistenza di ben altre inconfessabili motivazioni dietro all’imposizione dell’obbligo o alla martellante propaganda vaccinale. A queste considerazioni aggiungo un’altra abbastanza banale, ma importante: il rischio di ammalarsi di influenza (come di tutte le malattie infettive respiratorie) diminuirà nettamente grazie alle misure preventive prese per il COVID-19. E il rischio di entrambe le malattie diminuirebbe ancora di più (sia dell’influenza sia del COVID-19) se alla popolazione venissero dati altri consigli utili sullo stile di vita (attività fisica, cessazione del fumo, sole e aria aperta) e la sana alimentazione, certamente efficaci nel diminuire le malattie infettive. Anzi approfitto per segnalare che recentemente ho scritto [un articolo scientifico sui poteri “antivirus” degli agrumi](#). Va sfatata la comune idea, spinta artificiosamente dagli organi di informazione, che il vaccino sia la ‘salvezza’ dalle malattie infettive. Può essere utile in alcuni casi, ma nell’ambito di una valutazione approfondita della persona e del contesto epidemiologico, sociale e temporale in cui essa si inserisce”.

Come mai il virus si è accanito proprio nelle zone dove in autunno c’era stato un incremento di vaccinazioni? È una coincidenza o è possibile che possa esserci una correlazione tra vaccinazione (antinfluenzale o di altro tipo, soprattutto tra gli anziani) e tassi di mortalità da Covid-19?

“Questo non lo so. Non escludo alcuna ipotesi, ma non credo che la vaccinazione sia un fattore molto importante nell’accanimento del virus in quelle zone, perché la differenza tra i vaccinati del 2019 e quelli del 2020 è di pochi punti percentuali, non tale da costituire da sola la spiegazione dell’epidemiologia così grave e clamorosamente diversa da altre zone. Propendo per fattori locali legati al clima e all’inquinamento. E al realizzarsi di un “mega-focolaio” sfuggito ad ogni controllo, un po’ come può fare un fenomeno meteo estremo. Con questo non voglio sostenere che il vaccino non abbia influsso sul decorso della COVID-19 (tesi ancora da valutare essendovi argomenti a favore e contrari, in base a vari indicatori), voglio dire solo che non spiega, secondo me, l’alta incidenza e mortalità in quelle zone della Lombardia”.

La circolare del Ministero della Salute per la Prevenzione e controllo dell'influenza con le raccomandazioni per la stagione 2020-2021 ha suggerito l'estensione della vaccinazione, oltre alle categorie a rischio, ad altre fasce di età e lavoratori. Ma le recenti Raccomandazioni Nitag sulla Vaccinazione antinfluenzale per la stagione 2020-2021 non sembrano essere in perfetta sintonia con la circolare ministeriale. Per la maggior parte della gente è veramente difficile accedere ad una completa, chiara e obiettiva informazione su certi temi e poter assistere ad un confronto scientifico aperto anche ai contributi di posizioni scientifiche considerate di minoranza solo perché tenute fuori dai classici mezzi di comunicazione. Concludendo questa intervista, Professore, cosa si sente di poter dire: vaccinazione antinfluenzale sì o vaccinazione antinfluenzale no? E perché?

“Il Nitag ha espresso dubbi sull'estensione della vaccinazione antinfluenzale più che altro per ragioni pratiche e organizzative, sostenendo che essa rappresenterebbe un sovraccarico del Sistema Sanitario. Come argomento pare un po' limitato, ma almeno ha dato spazio ai dubbi sulla teoria che la vaccinazione anti-influenzale alleggerirebbe il carico assistenziale che, secondo i fautori dell'obbligo vaccinale, andrebbe concentrato, chissà poi perché, sul COVID-19. Le revisioni Cochrane degli studi mostrano che su adulti sani di 16-65 anni la vaccinazione farebbe in media risparmiare circa il 4% di una giornata lavorativa. Se la giornata fosse di 8 ore, cioè di 480 minuti, un risparmio medio del 4% si tradurrebbe in meno di 20' risparmiati una tantum, da cui andrebbe ancora detratto il tempo di lavoro per spostarsi dalla propria sede operativa al punto di vaccinazione, oltre all'eventuale attesa di ricevere la prestazione e al tempo d'inoculazione, senza contare possibili effetti avversi. E ricordiamo che per prevenire un caso di influenza bisogna vaccinare più di 40 anziani. Infine non va dimenticato un punto importante che riguarda l'esistenza di tanti vaccini, con formulazioni diverse, proposti dal Ministero e rappresentati in tale circolare. Come abbiamo spiegato nel [libretto sopra citato](#), ci sono oggi dei nuovi vaccini 'potenziati' che contengono gli estratti di quattro virus a dosi quattro volte superiori a quelle solite e per di più basati su virus di stagioni passate, quindi la cui efficacia e sicurezza lasciano ampi margini di dubbio, soprattutto se si pensa che sono consigliati per persone anziane e 'fragili'. Questi nuovi vaccini ad alta dose, infatti, sono, da un lato, più immunogeni, dall'altro, anche più reattogeni. Ad esempio, negli anziani il 41,3% dei vaccinati ha avuto dolore in sede d'iniezione e, nel 3,6% dei vaccinati, questo è durato da 4 a 7 giorni, mentre nello 0,5% dei vaccinati più di 7 giorni, configurando eventi avversi locali di grado 2 'richiedenti interventi terapeutici addizionali, interferenti con le normali attività ma senza rischi permanenti', o di grado 3, che 'hanno interrotto le attività quotidiane, interessato lo stato clinico in modo significativo o richiesto un intervento terapeutico intensivo'. E va detto che gli adulti possono avere reazioni più forti rispetto agli anziani. In conclusione Lei mi chiede un Sì/No che, per le ragioni dette, non mi sento di pronunciare e non sarebbe neanche giusto nei confronti dei lettori. Certo dico NO all'obbligo vaccinale. E NO all'ignoranza e superficialità nelle somministrazioni indiscriminate. Questo vale per tutti i vaccini, anche per quelli dei bambini”.

FONTE: <https://valentinabennati.it/vaccinazione-antinfluenzale-obbligatoria-controproducente-e-inutile-per-la-diagnosi-di-covid/>

I negazionisti sono loro di Bianca Bonavita 3/09/20 l'AntiDiplomatico

In tempi di comunicazione social c'è sempre meno voglia di approfondire ed analizzare i problemi, c'è solo la volontà di affibbiare etichette. Nel caso della tematica Covid-19 il problema di una semplificazione e dell'etichetta si è ancora più aggravato. I media mainstream in cattiva fede hanno definito senza mezzi termini come “negazionisti” e “complottilisti” coloro che hanno organizzato e partecipato alle manifestazioni dello scorso fine settimana a Parigi, Londra e Berlino. Nell'analisi di Bianca Bonavita si cerca proprio di approfondire, evitando ogni generalizzazione, le problematiche sociali, economiche causate dalla gestione della pandemia. Istanze e problematiche portate avanti, è vero da un universo politico variegato, ma occultati dai media di regime semplicemente come “negazionisti” e “complottilisti”.

Dopo le manifestazioni di Berlino, Parigi e Londra del 29 agosto scorso la parola “negazionisti” pare aver sostituito nel servilismo dei media di regime quella non meno infamante, nelle loro intenzioni, di “complottisti”. Come è noto la parola è usata nella storiografia per indicare alcune teorie “revisioniste” estreme, aventi nel saggista britannico David Irving uno dei suoi esponenti di spicco, che arrivano a negare l'esistenza stessa della Shoah. La vicinanza tra queste teorie e alcune organizzazioni neonaziste è un fatto acclarato. Va da sé a questo punto l'immediata e anche esplicita assimilazione dei manifestanti del 29 agosto al neonazismo.

La parola è andata dunque assumendo, negli ultimi trent'anni di dovere di memoria istituzionalizzato, un carattere infamante verso coloro a cui è diretta, poiché viene considerato negazionista chi ha negato e nega un crimine verso l'umanità di immani proporzioni come lo sterminio degli ebrei durante il terzo Reich. L'assimilazione delle manifestazioni europee del 29 agosto al negazionismo è pertanto doppiamente fuori luogo e pretestuosa: in primo luogo perché non si nega l'esistenza del virus Sars-Cov-2, in secondo luogo perché i dubbi sulla narrazione ufficiale del grande evento Covid-19 non possono in alcun modo essere assimilati alla negazione di un crimine contro l'umanità.

A ben vedere, restando all'interno dell'abuso di memoria banalizzante e generalizzante operato dai media di regime, si potrebbe rivoltare contro di loro, e molto più a proposito, l'accusa di negazionisti. Sono loro che continuano a negare ostinatamente, occultandolo, che un crimine contro l'umanità sia in corso. Un crimine che, a prescindere da ciò che si pensi della gravità del virus, non ha a che fare con la sua letalità, ma con l'uso politico ed economico che se ne sta facendo. Un crimine che ha a che fare con la riprogrammazione antropologica dell'umanità che la vuole fondata, ancora più di prima, sulla separazione e sulla paura, un crimine che ha a che fare con la ridefinizione del paradigma governamentale in chiave di dittatura tecno-sanitaria con relative costanti minacce di sospensioni di libertà fondamentali, un crimine che ha a che fare con la trasformazione della scuola in una clinica diagnostica e in uno strumento di addestramento (con tanto di contenzioni e punizioni) al nuovo regime, un crimine che ha a che fare con l'ospedalizzazione e la digitalizzazione del mondo e con la progressiva traslazione della realtà sulla Rete che forse, come ha suggerito Julian Assange, è tempo di iniziare a considerare come nemica dell'umanità, in quanto strumento principale di sorveglianza e governo dell'élite transnazionale che la controlla.

La colpevole cecità o l'ancor più colpevole malafede dei media di regime di ogni colore, che taccia di negazionismo e di neonazismo la marea umana di Berlino, dimostra ancora una volta l'inutilità, o forse ancor peggio la sua funzionalità, del dovere di memoria della Shoah imposto con l'istituzionalizzazione della giornata della memoria il 27 gennaio, il giorno in cui l'Armata Rossa aprì i cancelli di Auschwitz. Se a qualcosa poteva servire la memoria della Shoah, ma ancora più la sua storia, era proprio a riconoscere, laddove si fossero ripresentati, gli stessi dispositivi e meccanismi che quello sterminio hanno preparato e reso possibile: tra gli altri la sospensione delle garanzie costituzionali, l'instaurazione di uno stato di polizia, il controllo dei mezzi di informazione, l'uso della paura come strumento di propaganda, il conformismo, l'individuazione di un capro espiatorio, la demonizzazione dei dissidenti.

Ben lungi dal favorire lo studio e l'analisi della storia della Shoah, la memoria pubblica banalizzante e sacralizzante dell'evento, ridotto a icona monolitica, è servita proprio a rendere irriconoscibili questi dispositivi qualora non si ripresentino nella stessa identica maniera. Purtroppo, la storia della sopraffazione e del dominio non si ripresenta mai uguale a sé stessa: spetta a noi saper smascherare i suoi travestimenti.

Forse dovremmo allora ascoltare il grido di Berlino del 29 agosto; forse non è un caso che la città che più di tutte porta in sé le cicatrici del Novecento e la memoria di due grandi sistemi totalitari abbia intravisto per prima il sorgere di una nuova forma di totalitarismo. Contrariamente all'Italia, ancorata al proprio ruolo di vittima e di colonia inconsapevole, e dove continua intimamente a predominare la rimozione del passato fascista e l'auto-narrazione del mito “italiani brava gente”, pare che a Berlino il ricordo del proprio “anno zero” sia davvero servito a qualcosa.

Dirigente Solange Hutter: “la scuola non è un carcere sanitario che i genitori devono temere”

Solange Hutter 03/09/2020 *Da Positanonews.it*

La dirigente Solange Hutter al Parlamento e ai genitori “La scuola non è un carcere”. Tante approvazioni, basta paure irrazionali da Covid . Solange Sabine Sonia Hutter, preside dell’Istituto “Marini-Gioia” di Amalfi, il 3 settembre è intervenuta nella conferenza stampa alla Camera dei Deputati “La Scuola Che Accoglie (SCA): Prospettive e strategie per affrontare il nuovo anno scolastico”.

Insomma le norme di contenimento da coronavirus Covid-19 per la scuola sono disumane, la Hutter lo aveva anticipato a Positanonews, il giornale online della Costiera amalfitana e Penisola Sorrentina , ecco il video integrale e la trascrizione:

“..Parliamoci chiaro, soltanto un ingenuo, uso volutamente un eufemismo, potrebbe chiedere che queste linee guida, le misure concepite dai cosiddetti esperti, i cosiddetti ministri, dai cosiddetti presidenti, e dalla miriade di figure ormai mitologiche per quanto sono nascoste dietro le quinte siano preposte a tutelare la salute di chi che sia, meno che mai dei nostri bambini e dei nostri giovani. Sì, perché parliamo del nostro futuro, dei nostri figli. Perché tu, Stato, adesso sei un nostro nemico. Un nemico violento, senza onore, che sta giocando al massacro in un clima sociale dove la coscienza collettiva è sospesa, o quanto meno disfunzionale, guastata. Perché questo non è un momento qualsiasi, questo è uno di quei momenti in cui si scrive la storia. Ma non si tratta di gesta nobili, di patrimoni per l’umanità. Sappi che sarai interpellato un domani per rendere conto di misfatti gravissimi che avrebbero minato fin nelle radici i presupposti stessi della vita e della natura dell’uomo. Tu credi di poterti nascondere dietro le membra ingombranti di un leviatano e invece ci saranno dei nomi e dei cognomi che risuoneranno, scanditi ad altra voce, quando l’umanità dormiente si sveglierà di colpo e guarderà in faccia chi si è permesso di minacciare, violare, attentare la nostra vita. Non abbiamo creduto neanche per un istante che tutto ciò riguardasse la difesa della salute, il contenimento di un contagio che tu, Stato, che voi, ministri, tecnici, commissari, portaborse, davvero fosse interessati ai nostri figli. Ciò che è stato concepito, infatti, se applicato, porterà solo malessere, malattia e morte. Anzi, informo, ha già cominciato da tempo a mietere vittime. E’ da tempo che si prova a distruggere la scuola, a minare le fondamenta in tutti i modi legalizzati. Attraverso le cosiddette riforme che sono riuscite sono a svilirne la funzione centrale di istruzione e di formazione e renderne oltremodo complicate le ulteriori funzioni democratiche che inclusive. Eppure la scuola italiana si è difesa dagli attacchi vergognosi che ha subito. Come dico sempre sono le persone a fare la differenza. E pur se vessati da migliaia di adempimenti burocratici inutili e vessatori, circolari che dalla sera alla mattina pretendono inutili monitoraggi delegati a dirigenti scolastici e a docenti operati da ulteriori compiti che a nulla avrebbero a che vedere con l’insegnamento e la cura dei nostri figli, pare che tu, Stato, in base al tuo comportamento, di figli non è abbia. Eppure sono certa che molti di voi, celati dietro la colta di fumo di un apparato statale multiforme sempre più lontano dal popolo, di figli li abbiamo. Forse ciò che vi manca è la coscienza, i valori, la dignità, la cultura. Sì perché la cultura, vera, quella che rende le azioni dell’uomo nobili e cruciali, non avrebbe consentito a sviluppi tanto ignobili. Informo che chi ha concepito simili abomini, perché è di questo che si tratta, che nessuna persona da 0 a 18 anni dall’inizio dell’epidemia è stata colpita dal virus in misure tale da chiedere cure intensive e soltanto 4 individui sono deceduti perché gravemente ammalati di pregresse patologie. Rivolgiamo un pensiero commosso a questi bambini. Adesso, dopo mesi di aperture e contatti ravvicinati tra ragazzi, è chiaro a tutti che la curva epidemiologica riferita ai giovani non è accresciuta, nonostante i bombardamenti da parte di organi di stampa vergognosi, manipolati da soggetti senza scrupoli che diffondono notizie false, tendenziose e manipolate. Ricordo anche a questi che hanno nomi e cognomi, così come sopra, che abbiano anche dei figli. Se questo mondo sarà rovinato lo sarà anche per i loro figli. Non solo per i nostri.

Vorreste trasformare la vita dei nostri studenti in un incubo. Vorreste entrare nelle nostre case, nelle nostre scuole e trasformarle in lager e lazzaretti senza malati. E pur vorreste trovarne, come metodi nazisti, dove si vuol far credere che un sano sia malato e che sia un pericolo per familiari e compagni. Spargendo sospetto, paura e la zizzania, separando e dividendo. Perché solo così può governare una compagine simile, che si è

venduta al miglior orribile offerente. Costringere i nostri studenti, i docenti e tutto il personale della scuola all'osservanza di simili misure restrittive non solo è inutile, e tu Stato lo sai benissimo, ma è anche criminale. Bambini della scuola dell'infanzia costretti a non poter vivere in modo spontaneo e salutare, impediti nello sviluppo armonico della personalità, condannati con un'altissima probabilità a contrarre nevrosi e psicosi. Costretti a vivere tra persone orribilmente mascherate. Perché? Quali sono i tuoi piani? Possibile che questa frotta di pseudo esperti, inseriti in questi comitati, ignorino le implicazioni e le conseguenze di simili manipolazioni? Davvero ignorate che ciò potrà portare a malattia, autolesionismo e anche suicidi? Ebbene, sia che lo ignoriate che invece ne fosse consapevoli, in entrambi i casi dovete dimettervi e rinviare immediatamente le prescrizioni che avreste voluto imporre alle nostre scuole. Dovete andarsene! Liberare tutti dal gioco della vostra profonda inadeguatezza. Le nostre scuole devono rientrare nella normalità. Restituite ai nostri figli la serenità, la gioia, la libertà. Non è con questa violenza che potrete godere delle vostre ignobili poltrone o dei vostri soldi. Le barche sulle quali ci troviamo noi e voi saranno di certe diverse. Non siamo sulla stessa barca. No, davvero. Ma il mare è lo stesso, sappiatelo.

Sono chiamata a parlare di responsabilità, è vero, ma ci sono tipi differenti di responsabilità. Fin troppo facile e meschino concepire linee guida illogiche, illecite oltreché anticostituzionali fin del midollo. Per sbatterne poi le responsabilità in capo ad altri, in capo dai dirigenti scolastici. Cari colleghi dirigenti scolastici vi consiglieri di fare attenzione. E' vero che anche noi siamo responsabili della salute dei nostri studenti e dei nostri dipendenti. E io aggiungo, appunto! Noi dirigenti scolastici abbiamo tra i compiti specifici quelli di rendere l'ambiente di lavoro e di studio salubre e idoneo a studenti e personale scolastico. Ed è ciò che tendiamo di realizzare in ogni modo, anche quando si tratta di scuole che cadono a pezzi e che vengono totalmente ignorate dagli stessi funzionali che oggi sbandierano ai quattro venti la preoccupazione per il contagio nelle scuole. Che ipocrisia immensa. Vorrei sapere per mia curiosità personale dove fossero queste entità prima della pandemia. Ogni santo e sacro giorno nelle nostre scuole regna una grande e profonda solitudine pur nell'allegria chiassosa dei nostri giovani. Allegria che si vorrebbe tacitare con bavagli, museruole e paura. Di cosa siamo responsabili noi presidi? Di cos'altro visto che siamo di tutto, di più da tempo immemore? Egregio Stato, ti stupirai perché io ti chiedo un'altra responsabilità, ulteriore, ed è quella del benessere psicofisico, emotivo, affettivo dei miei studenti, del mio personale. Concedimi l'uso dell'aggettivo possessivo, prassi che mi è stata contestata dagli uffici superiori dai quali sono stata convocata giorni addietro, all'indomani del mio sciopero della fame, per rendere conto delle mie dichiarazioni verso ad una bozza, non ministeriale, bensì a firma dell'associazione nazionale presidi che pare volesse prevedere il voto di condotta che pare non rispettassero l'osservanza delle misure restrittive anticovid, vale a dire il distanziamento sociale. In quell'occasione mi fu ribattuto che le scuole alle quali siamo assegnati noi dirigenti non sono le nostre e non possiamo trattarle come casa nostre. Eppure il nostro lavoro si fonda sul sentimento, intenso come sentire, per poi agire di conseguenza, in direzione del benessere e a vantaggio dei ragazzi. Dunque tu, Stato, non puoi assegnarmi responsabilità che non afferiscano al mio profilo professionale di dirigente scolastico. Perché ti informo che nessuno di noi è un medico e la scuola non è un nosocomio o un carcere sanitario dove i genitori devono temere per i propri figli e per la propria podestà genitoriale. La scuola che io dirigo la sento mia perché la cura come se fosse mia. Apportando tutte le modifiche, tutti gli accorgimenti che possano innalzare i livelli di attrattività come è scritto tra gli obiettivi di svariati programmi operativi nazionali, finanziati a livello ministeriale e anche europeo. Ma sembra che tu, Stato, non sappia di cosa io stia parlando. Dove sono i sindacati che qualche anno fa inviano vertenze ai quei presidi che articolavano un orario ritenuto ingiusto da qualche docente puntiglioso? Anche essi ignorano i diritti e i doveri le mansioni di un docente? E quando la bomba metaforica scoppierà, dove si rifugeranno tutti quei ministri, esperti, tecnici e portaborse di cui sopra? Pensano di nascondersi? Io credo di no.

Io ho vinto un concorso come dirigente scolastico. Nel decreto 165 del 2001, articolo 25 sulla dirigenza scolastica, non c'è traccia di mansioni medico legali, tanto meno di direttore sanitario, vale a dire, mi spiego, perché mi rendo conto dell'ignoranza abissale, oltre che, probabilmente, della malafede. Io non avrei l'autorità di nominare nessun referente Covid per esempio, tanto meno consentire al personale scolastico di azzardare

valutazioni di tipo diagnostico. Quanto descritto nel protocollo sanitario allegato al piano scuola 2020/21 non è compatibile con i profili professionali a cui si riferisce oltre che assolutamente fuori contesto e fuori luogo. Denuncio preventivamente i rischi connessi alle prescrizioni dettate da questo protocollo sanitario. Pericoli reali di allarme sociale, ordine pubblico all'interno degli istituti scolastici, disordini che potrebbero verificarsi molto facilmente in seguito all'applicazione delle misure in elenco. Per chi non lo sapesse il protocollo prevederebbe che un operatore scolastico qualsiasi alla presenza di colpi di tosse o sintomatologia simili influenzabili, e io aggiungo "cioè?", abbia autorità, chi gliela concessa? Il ministro? Lucia Azzolina? Il comitato tecnico scientifico? Vale a dire i medici e tecnici Agostino Miozzo? Silvio Brusaferrò? Francesco Maraglino? Giuseppe Ruocco? Franco Locatelli? Mauro Dionisio? Tiziana Coccoluto? Walter Ricciardi? Claudio D'Amario? Giuseppe Ippolito? Alberto Zoli? A chi di essi dovrà rivolgersi il dirigente scolastico quando ci sarà un colpo di tosse, uno starnuto, un normale quanto diffusissimo rialzo febbrile, un raffreddore? Parliamo di situazioni che si verificheranno certamente in tutte le scuole. Si innescherà un meccanismo infernale. Tutto ciò porterà disordini, ferimenti e anche potenziali ferimenti, fughe da scuola. Minori, bambini, studenti, personale docente e non docente presi dal panico potrebbero avere reazioni inconsulte. Quando si è in pericolo per la propria vita si può reagire in modo imprevedibile e inconsulto perché ha un solo obiettivo: sopravvivere. Non ha l'opportunità di pensare che la sua azione potrebbe essere pericolosa ed arrecare danno a sé e ad altri. Sappiamo tutti come gli organi governativi e di stampa connessi stanno bombardando da mesi tutta la popolazione con la strategia del terrore. La massa è terrorizzata, e di questa massa fanno parte anche i bambini e i ragazzi che si ritroveranno nelle scuole travestite da lager.

Pregherei, se ancora esiste, l'Ordine dei Giornalisti a ritirarsi in un consesso di riflessione generale e profonda, durante il quale ripensare alle proprie modalità operative nei confronti dei lettori, dei fruitori televisivi tra cui minori che, ad ogni ora del giorno, subiscono messaggi di una violenza inaudita. Pregherei anche l'Ordine dei Medici che si preoccupa delle dichiarazioni logiche e pertinenti di professionisti al servizio della popolazione, convocandoli al fine di pretendere da essi spiegazioni immediate, circa valutazioni non allineate al pensiero unico governativo quanto meno di fare lo stesso nei confronti di altri "medici" che si permettono di veicolare messaggi ed offese via social del seguente tenore, rappresentato addirittura dal titolo di un libro "La congiura dei somari. Perché la scienza non può essere democratica". E' arrivato un altro Dio tra i tanti che già credono di esserlo. Fermo restando il mio amore e rispetto per tutti gli animali e gli asini in particolare, creature belle ed intelligenti, diametralmente opposte all'autore del volume in oggetto. I soldi fanno comodo a tutti, ma devono esistere e sussistere dei limiti. Chiedo con forza che venga ripristinata la verità perché anche la massa acritica possa rientrare nella propria vita e nella dolce normale vita ordinaria. Lo sappiamo tutti, noi non dormienti, lo sapete tutti voi al Governo, lo sai tu Stato che l'emergenza non è più tra noi. A muoverti non è l'amore per i cittadini e per gli studenti. Perché se così fosse non avresti mai agito come hai agito e ti saresti veramente impegnato e premurato di rasserenare gli animi, diffondere ottimismo e tranquillità. Se proprio vuoi insistere sui giovani ti informo, Stato, che ci sono milioni di giovani che soffrono di anoressia, depressione, sostanze stupefacenti, alcolismo, di autolesionismo. Abbiamo giovani che si suicidano sempre prima. A Salerno due casi dopo il lockdown. Se la scuola dovesse partire potrebbero esserci, ci saranno, rischi molto seri da tutti i punti di vista dei quali io chiederò conto alle persone che ne saranno responsabili. Non potranno nascondersi dietro nessuna sigla. I nomi sono noti e saranno fatti. Non sarò intimidita da nessun avvio di procedimento disciplinare perché la difesa dei nostri ragazzi è propedeutica per il futuro di tutti. Vado avanti insieme a quelle persone che ogni giorno celebrano l'amore e vogliono stare lontane da logiche di potere nelle quali non vogliamo essere più vittime.

A voi rappresentati del Governo faccio questo appello. Cogliete questa occasione per ripristinare la verità, restituendo spontaneamente i diritti costituzionali e la libertà al popolo italiano che non vi ha manco eletti. Eppure in parte vi ubbidisce, credendo alla narrazione falsa che vi state raccontando. Chi cerca trova e voi state cercando per trovare ciò vi serve al proseguo della vostra occupazione indebita del parlamento. I malati, che non si trovano perché non ci sono. Ditelo, riabilitatevi, rientrate nei vostri ruoli di politici, ma anche nel vostro

rango di uomini. Mi permetto di aggiungere un invito a Di Maio. Invece di sedere in poltrona dopo l'inguardabile saluto a gomito con politici cinesi che provi a ricordare da dove viene e cosa deve fare un ministro degli esteri. E basta astenersi dallo stringersi la mano, è una sceneggiata. Le mani si usano per toccare tutto. Mi chiedo perché dobbiamo sentirci colpevoli nel toccare altre mani. Visto che poi le mani si lavano, anche se in certi casi, pur lavandole, resteranno sporche, ma questa è un'altra storia. E concludo. Egregio Sergio Mattarella. Lei che con il suo stesso cognome rievoca con onori e glorie chi si è immolato sull'altare della giustizia non è il mio presidente finché non entrerà nella sua funzione di garante della costituzione. Avvocato Giuseppe Conte non è il mio presidente del Consiglio e non solo perché non è stato eletto da nessuno, ma anche perché non eletto avrebbe dovuto operare nel modo migliore per il Paese e per il popolo italiano e poi gentilmente congedarsi, e invece non solo non opera a favore degli italiani ma addirittura proroga lo stato di emergenza senza motivo. Ricordo a tutti, unico Stato in Europa ancora in emergenza. Fittizia, con conseguenze inquantificabili da tutti i punti di vista. Chiedo alle opposizioni di pretendere il dibattito parlamentare e il ripristino della legalità, quella vera. Se non lo farete sarete complici di un governo illegittimo e di stampo dittatoriale, sebbene per poco in embrione. Diffido la classe politica tutta, in particolare i governatori di regione ad agire nei nostri confronti. Avete consegnato l'Italia in mano alla peggiore ignoranza. Vi ricordo che le nostre radici affondano nella cultura greco-romana, che poggia le sue fondamenta nel divino. Lasciate il passo. Invito tutti a trattare questa crisi come una grande occasione, la grande bellezza per rinascere per riappropriarci alla gioia del sapere e del fare per tornare agli antichi splendori...".

Fonte Originale: <https://www.positanonews.it/2020/09/amalfi-la-dirigente-solange-hutter-al-parlamento-e-ai-genitori-la-scuola-non-e-un-carcere-le-presidi-non-sono-medici-lo-aveva-anticipato-a-positanonews/3416921/>

Perché tutti hanno avuto torto. Beda M. Stadler (Former Director dell'Istituto di Immunologia dell'Università di Berna) 3/09/20

Il coronavirus si sta lentamente ritirando. Che cosa è realmente accaduto in queste ultime settimane? Gli esperti non hanno colto gli elementi basilari. La risposta immune al virus è molto più forte di quanti pensavano. Questo articolo non vuole suonare come un'accusa, ma vuole essere una presa di posizione riguardo alla situazione attuale. Dovrei innanzitutto prendermi a schiaffi per aver guardato al SARS COV 2 con panico troppo a lungo. Sono stato anche infastidito dal fatto che molti dei miei colleghi immunologi hanno lasciato la discussione sul Covid 19 ai virologi e agli epidemiologi. Sento che è arrivato il tempo di criticare e correggere alcuni dei principali proclami pubblici riguardo al virus. Per prima cosa, è stato sbagliato affermare che il virus è nuovo. Seconda cosa, è stato ancora più sbagliato affermare che la popolazione non aveva già una immunità verso il Covid 19. Terza cosa, è stata l'incoronazione della stupidità affermare che qualcuno poteva avere il Covid 19 senza sintomi e contagiare altre persone.

1. Un nuovo virus?

Alla fine del 2019 un coronavirus, considerato nuovo, fu trovato in Cina. Quando la sequenza genica fu identificata e le fu dato il nome simile al Covid della SARS (identificato nel 2002), ci saremmo già dovuti chiedere quanto questo fosse virus fosse "imparentato" agli altri coronavirus, che provocano patologie nell'uomo. Ma no. Abbiamo, invece, discusso da quale animale del menu Cinese il virus provenisse. Allo stesso tempo, molte più persone cominciarono a credere che i Cinesi fossero così stupidi da avere rilasciato questo virus nel proprio paese. Ora che stiamo studiando per un possibile vaccino, ci siamo resi conto che il Covid-19 è fortemente simile al SARS COV 1 e agli altri Beta-coronavirus che ogni anno hanno procurato il raffreddore. Così abbiamo scoperto che il Covid 19 (SARS COV 2) non è nuovo, ma è un virus stagionale del raffreddore che muta continuamente e sparisce in estate. Ciò che stiamo osservando globalmente. I virus influenzali mutano continuamente molto di più dei coronavirus, ma nessuno osa affermare che è un nuovo virus ogni anno.

2. La storiella della assenza di immunità

Dall'Organizzazione Sanitaria Mondiale (OMS) ai molti virologi presenti sui media, il mantra è stato che il virus era particolarmente pericoloso, poiché non c'era immunità contro di lui, essendo nuovo. Anche Anthony Fauci, il consigliere di Trump, ha continuato ad affermare questo mantra. All'inizio, poiché io e Anthony siamo buoni amici e sediamo insieme nel board del National Institute of Health in Bethesda negli Stati Uniti, devo ammettere di essere stato poco critico riguardo alle sue affermazioni. Ma ad un certo punto mi sono svegliato, quando ho realizzato che il primo test sierologico commercialmente disponibile per il Covid 19 era lo stesso vecchio test per il SARS COV 1. Questo test valutava se c'erano anticorpi nel sangue del paziente, sia che essi venissero dal contatto con SARS COV 1, Covid 19 o MERS. Quindi le affermazioni che noi non avevamo immunità erano insostenibili, in quanto non avevamo test che differenziassero l'immunità ai diversi coronavirus. Le affermazioni non erano scientifiche, erano solo delle supposizioni che tutti ripetevano come pappagalì. A metà aprile viene pubblicato in lavoro da parte del gruppo di Andreas Thiel del Charité di Berlino. Un lavoro con 30 autori, tra i quali c'era anche Christian Drosten. Il lavoro mostrava che il 34 % delle persone a Berlino – anche se non era mai stato in contatto con SARS Cov 2 – presentava una immunità cellulare mediata dai linfociti T contro di esso. Ciò significa che i globuli bianchi riuscivano a identificare il Cov 2 tramite la loro memoria immunitaria sviluppata contro ai coronavirus del raffreddore. Uno studio da parte di John P. A. Ioannidis dell'Università di Stanford — il quale, in accordo alla Einstein Foundation a Berlino è uno dei 10 scienziati più citati al mondo — mostrava che l'immunità contro Sars-Cov-2, misurata in forma di anticorpi, era maggiore di quanto pensavamo. Ioannidis, che non è di certo un cospirazionista, è un peso massimo nel campo scientifico, tale da superare tutti i virologi tedeschi messi insieme.

3. Il fallimento dei Modellatori

Gli epidemiologi hanno creato il mito che la popolazione non avesse l'immunità e che il virus non sarebbe scomparso in estate, ma che avrebbe provocato diverse ondate. Infatti hanno creato delle curve e dei modelli in accordo alle loro supposizioni (non basate sulle evidenze). E quando i loro modelli iniziali si sono dimostrati falsi, hanno cominciato puntare sulle successive future ondate.

4. Immunologia di senso comune

Come immunologo io so che il nostro organismo ha costruito un sistema immunitario adattativo. Alla fine di febbraio dissi a Daniel Koch [former head of the Swiss federal section “Communicable Diseases” of the Federal Office of Public Health] che sospettavo una immunità generale nella popolazione a Sars-Cov-2 (Covid 19). Riguardo agli asintomatici e alla PCR c'è grande confusione. Se noi facciamo la PCR per il coronavirus ad una persona immune, non è il virus che viene identificato, ma piccole porzioni del genoma virale. Il test uscirà positivo fino a che il paziente avrà dei piccoli frammenti virali sparsi. Infatti ciò è accaduto in Sud Corea, dove 200 Coreani che erano stati già contagiati dal Covid 19 sono stati poi di nuovo trovati positivi mesi dopo. E' verosimile che un largo numero di persone che sono dichiarate positive giornalmente hanno solo frammenti di virus nel loro copro, ma non più virus!!! La PCR non permette di sapere se il virus è ancora vivo e se la persona è contagiosa.

5. Il problema dell'immunità al coronavirus

L'immunità sembra essere un problema per alcuni pazienti con un decorso severo della malattia. Persone anziane, con patologie e persone con una cattiva dieta o malnutrite hanno un sistema immunitario debole: il virus ha rivelato i problemi medici e sociali di un paese. Che cosa accadrà ora? Il virus è andato via per ora. Probabilmente tornerà in inverno, ma come un semplice raffreddore. Le persone giovani e in salute che indossano la maschera, farebbero bene a mettersi un elmetto, poiché il rischio di morire per qualcosa che cade sulla loro testa è maggiore del rischio di morire da Covid 19.

Vi suggerisco di leggere il lavoro di John P A Ioannidis, nel quale descrive la situazione globale sul Covid 19. Le persone al di sotto dei 65 anni sono lo 0.6- 2.6 % di tutti i casi fatali di Covid 19. Il lockdown è una strategia inutile. Dobbiamo solo proteggere le persone anziane e con patologie.

Per tornare alla normalità, sarebbe buono che molti “iettatori” chiedessero scusa ai cittadini. Lo stesso dovrebbero fare i media che hanno mostrato video allarmanti, come quelli degli ospedali italiani, che

illustravano una situazione che non è mai esistita. Lo stesso dovrebbero fare i politici, che chiedono “test-test-test” senza nemmeno sapere che cosa i test misurano. E spingono per un App che non funzionerà mai e mi dirà che una persona vicino a me è positiva, anche se non è contagiosa!

Un fiasco? Mentre la pandemia da coronavirus imperversa, stiamo prendendo decisioni senza dati affidabili.

John P.A. Ioannidis 18/03/20

John P.A. Ioannidis è professore di medicina, epidemiologia, salute pubblica, scienza dei dati biomedici e di statistica all'Università di Stanford e co-direttore del Centro di Innovazione di Meta-Ricerca. E' considerato tra i maggiori Epidemiologi al mondo.

L'attuale diffusione del coronavirus Covid-19 è stata definita Pandemia. Ma potrebbe anche trattarsi di un grosso Fiasco. In questo momento mancano dati affidabili ed evidenze scientifiche su quante persone sono state infettate dal virus SARS-CoV-2 (prevalenza) o che continuano ad infettarsi (incidenza). Abbiamo bisogno di dati migliori per poter prendere decisioni ed implementare misure e monitorare l'impatto di tali misure. Sono state adottate da molti paesi misure draconiane. Se la pandemia dovesse dissiparsi – o spontaneamente o a causa delle misure prese – le estreme misure intraprese di distanza sociale e di isolamento potrebbe essere sopportabili. Ma per quanto tempo dovremmo adottare tali misure se la pandemia dovesse continuare? Come i nostri governanti possono valutare se le misure adottate produrranno più benefici che danni? Il vaccino richiede molti mesi o anni per essere prodotto e testato adeguatamente. Con tale prospettiva, le conseguenze delle misure adottate di isolamento e lock-down sono completamente sconosciute.

I dati raccolti fino ad ora sul numero di persone infette e su come sta evolvendo l'epidemia sono assolutamente inaffidabili. Il numero limitato di test non permette di valutare il reale numero di soggetti infetti (prevalenza). Non sappiamo se al momento stiamo facendo un errore di calcolo degli infetti di un fattore 3 o 300. Tre mesi dopo lo scoppio dell'infezione, la maggior parte dei paesi, inclusi gli Stati Uniti, non sono in grado di testare su larga scala un gran numero di persone, così che nessun governo ha dati affidabili sulla prevalenza del virus in un campione rappresentativo della popolazione generale. Questo evidente fiasco crea una tremenda incertezza circa il rischio di morire di Covid-19. Il tasso di letalità del 3,4% – riportato dall'OMS – produce terrore ed è, allo stesso tempo, privo di significato. I pazienti testati per Covid-19 sono in modo sproporzionato quelli con sintomi severi e con esito fatale. Il bias di selezione sta ulteriormente peggiorando a causa del limitato numero di tests disponibili ed effettuati.

L'unica situazione in cui una intera popolazione chiusa è stata testata è la nave da crociera Diamond Princess ed i suoi passeggeri. Il tasso di fatalità è stato dell'1%, e bisogna considerare che la popolazione sulla nave era estremamente anziana (popolazione anziana in cui il tasso di morte del Covid è più alto). Proiettando i dati di mortalità sulla popolazione generale degli Stati Uniti, il tasso di morte tra la popolazione infetta di Covid dovrebbe essere dello 0,125%. Poiché la popolazione della Diamond Princess era di piccola entità – 7 morti su 700 infetti –, le stime statistiche in relazione all'intera popolazione degli Stati Uniti potrebbe variare – con un intervallo di confidenza – dallo 0,025% allo 0,625%. Un tasso di fatalità dello 0,05% è più basso della influenza stagionale. E se questo è il tasso reale, le procedure adottate dai governanti con sproporzionate conseguenze sociali ed economiche sarebbero da considerare irrazionali. Sarebbe come un elefante attaccato da un gatto di casa: frustrato e provando a scansare il gatto l'elefante accidentalmente cade da una scogliera e muore. Potrebbe essere così basso il tasso di fatalità da Covid-19? Alcuni dicono di no, indicando l'alto tasso di mortalità tra le persone anziane. Dobbiamo però considerare che gli altri coronavirus che conosciamo da decenni e che causano normalmente il raffreddore possono avere tassi di fatalità fino all'8% nelle persone anziane. E tali coronavirus, che infettano decine di milioni di persone all'anno, causano il 3-11% delle ospedalizzazioni annuali negli Stati Uniti a causa di patologie delle basse vie respiratorie. Questi classici coronavirus possono essere implicati in migliaia di morti ogni anno nel mondo, ma la vasta maggioranza delle morti non sono documentate con precisi test di laboratorio. Sebbene i sistemi di sorveglianza per l'influenza

esistono da lungo tempo, la malattia causata dal virus influenzale viene confermata in laboratorio in una minuscola porzione di casi. Negli Stati Uniti per esempio fino ad ora solo un milione di campioni sono stati analizzati ed il 20,7% è risultato positivo per il virus dell'influenza. Nello stesso periodo, il numero stimato di malattie simili all'influenza da virus para-influenzali (quali ad es. i coronavirus) è di circa 50 milioni. Il numero di morti stimato causato da virus influenzali e para-influenzali (coronavirus) è di 22.000-55.000 all'anno solo negli Stati Uniti. In uno studio autoptico, sono state testate 58 persone anziane, decedute durante il periodo della stagione influenzale 2016-2017, il virus influenzale è stato trovato nel 18% dei soggetti, mentre gli altri virus respiratori (quali i coronavirus) sono stati ritrovati nel 47% dei casi. In alcune persone più di un virus è stato ritrovato ed alcuni batteri. Un test positivo per coronavirus non significa che il virus è responsabile per la morte del paziente.

Se consideriamo che un tasso di fatalità tra individui affetti da SARS-CoV-2 sia dello 0.3% nella popolazione generale – come abbiamo potuto calcolare dall'analisi della Diamond Princess — e che l'1% della popolazione degli U.S.A. verrà infettata (circa 3.3 milioni di persone), questo si tradurrebbe in circa 10.000 morti. Tale numero sembra enorme, ma è sepolto annualmente nelle morti da influenza-parainfluenza. E' molto probabile, che se non avessimo testato i pazienti per un nuovo virus e non avessimo testato i pazienti con la PCR, il numero dei morti totali causati dalle malattie influenzali e para-influenzali non sarebbe stato anomalo per quest'anno. Al massimo avremmo notato che quest'anno le patologie influenzali e para-influenzali avessero prodotto un danno leggermente maggiore della media.

E i media si sarebbe interessanti meno a questo fenomeno che non ad una partita di calcio. Riguardo ai 68 morti da Covid-19 negli USA – fino a Marzo 2020 – dobbiamo considerare un incremento esponenziale fino a 680, 6,800, 68,000, 680,000? E' questo uno scenario realistico? Il dato più importante per fare delle previsioni di un certo valore scientifico è avere la prevalenza dell'infezione in un campione random della popolazione e ripetere l'operazione di campionamento ad intervalli regolari per stimare l'incidenza delle nuove infezioni. Ma, tristemente, non abbiamo nessuna informazione su ciò! In assenza di dati seri, le misure adottate prepariamoci-per-il-peggio – quali il completo lock-down e isolamento – potrebbero solo portare danni psicologici, sociali e ed economici, senza alcun vantaggio. Impedendo anche che si crei una immunità di gregge, soprattutto tra i bambini.

Appiattire la curva da picco per evitare di saturare il sistema sanitario è un concetto sano, in teoria: tutti i media stanno mostrando come appiattire la curva porta vantaggi al sistema sanitario. Sebbene il sistema sanitario dovesse diventare saturo, la maggioranza dei morti potrebbero non essere da coronavirus ma da altre patologie quali ictus, infarto miocardico, trauma, etc. E se il livello epidemico dovesse protrarsi a causa dell'appiattimento della curva (causato dalle estreme misure prese dai governi), tale appiattimento della curva potrebbe anche peggiorare le cose: perché il sistema si troverebbe ad essere saturato per un periodo di tempo molto più lungo invece che per un periodo acuto. Ecco perché abbiamo bisogno di dati robusti prima di intraprendere misure drastiche. Non sappiamo quanto le misure di distanza sociale e il lock-down di tutte le attività possa essere implementato e mantenuto senza maggiori conseguenze sulla economia, la società e la salute mentale. Evoluzioni non predicibili potrebbero seguire, inclusa la crisi finanziaria e del tessuto sociale. Noi abbiamo bisogno come minimo di sapere la vera prevalenza di questa infezione e la vera incidenza senza bias di campionamento e di analisi per prendere delle decisioni.

Nello scenario più pessimistico – che io non condivido – il coronavirus infetterebbe il 60% della popolazione ed il tasso di fatalità sarebbe dell'1% delle persone infettate: ci sarebbero 40 milioni di morti globalmente, raggiungendo la pandemia influenzale del 1918 (la spagnola). La vasta maggioranza di queste ecatombe sarebbe persone anziane con limitata aspettativa di vita. Nel 1918 invece a morire moltissime persone giovani. Possiamo solo sperare, che come accadde nel 1918 la vita continuerà. Invece, con il blocco totale e l'isolamento per mesi, se non anni, la vita si fermerà e le conseguenze saranno devastanti per milioni di persone e molte vite potrebbero essere a rischio a causa delle conseguenze di queste misure. Se decideremo di saltare

dallo scogliera come l'elefante, abbiamo almeno bisogno di dati robusti e seri per fare un atterraggio razionale con un certo margine di sicurezza.

Bibliography

1. <https://www.statnews.com/category/first-opinion/>
2. <https://www.statnews.com/2020/03/11/who-declares-the-coronavirus-outbreak-a-pandemic/>
3. <https://www.statnews.com/contribute/?src=inarticle>
4. <https://www.statnews.com/2020/03/16/coronavirus-model-shows-hospitals-what-to-expect/>
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2095096/>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3805243/>
7. <https://www.cdc.gov/flu/weekly/#ClinicalLaboratories>
8. <https://www.statnews.com/signup/>
9. <https://www.statnews.com/privacy/>
10. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html>
11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6993921/>
12. <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/13/herd-immunity-will-the-uks-coronavirus-strategy-work>
13. <https://www.statnews.com/2020/03/11/flattening-curve-coronavirus/>
14. <https://www.statnews.com/2020/03/16/coronavirus-serious-threat-prepare-not-overreact/>
15. <https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/mailto:jioannid@stanford.edu>
16. <https://twitter.com/METRICStanford>
17. <https://www.statnews.com/tag/coronavirus/>
18. <https://www.statnews.com/tag/global-health/>
19. <https://www.statnews.com/tag/infectious-disease/>
20. <https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/> 7/8 3/17/2020 In the coronavirus pandemic, we're making decisions without reliable data
21. <https://www.statnews.com/tag/public-health/>
22. <https://www.statnews.com/article-report-license-request/>

Intervista al Prof. Enzo Soresi: l'esperienza di un medico malato di Covid

04.09.2020 - Maria Antonietta Bàlzola – Alessandra Curreli – Presenza.com

Riportiamo di seguito l'intervista gentilmente rilasciata dal prof. Enzo Soresi, quale prezioso contributo al dibattito in corso sul grande tema del Covid 19 e delle sue terapie. Il prof. Soresi, primario emerito di Pneumologia all'Ospedale di Niguarda a Milano, ci racconta la sua esperienza di medico, ammalatosi nei mesi scorsi proprio di Covid 19, da lui denominata "tempesta biologica", condividendo con altri pazienti la difficile battaglia. E' quindi per noi di grande interesse il suo punto di vista che mette in luce la necessità di una terapia adeguata sin dai primi sintomi della malattia. Pneumologo, oncologo e studioso di neuroscienze ha vissuto sul campo il mistero della relazione mente – corpo – ambiente. Il Prof. Soresi è un convinto sostenitore dell'importanza della personalizzazione della cura e della riscoperta di una medicina integrata, da lui descritta in numerosi libri. Per approfondimenti: <https://neurobioblog.com/about/> Ringraziamo il Prof. Soresi per averci dato molti spunti di riflessione e di confronto, obiettivi e appassionati, sul tema della cura al Covid19 e, più in generale, su come ristabilire un buon equilibrio tra malattia e processo di cura della persona vista nella sua globalità e individualità.

Ci parli della sua esperienza di medico malato di Covid?

Il 26 marzo mentre mi trovavo nella casa di campagna vicino a Como, con mia moglie, in pieno benessere, sono stato assalito da brividi intensi con febbre a 39 gradi. Nei giorni precedenti avevo trattato con il protocollo del prof. Didier Raoult, basato su idrossiclorochina (HCQ) 200 mg tre volte al giorno per 7 giorni più azitromicina (AZ) 600 mg al giorno per tre giorni consecutivi, alcuni pazienti di età tra i 60 e i 70 anni, tutti sfebbrati entro 4-6 giorni dall'inizio della terapia. Forte di questi successi clinici iniziai subito ad assumere HCQ ed AZ alle dosi previste, associando già dal secondo giorno calcieparina 4.000 unità sottocute nell'addome. Poiché dopo 7 giorni la febbre non regrediva, se non dopo l'assunzione di 500 mg di paracetamolo (Tachipirina), decisi il ricovero presso l'Ospedale San Gerardo di Monza. Al P.S. risultai positivo al tampone nasale per il Covid 19 e con una radiografia del torace si evidenziò una iniziale infiammazione polmonare. Fui ricoverato in geriatria dove rimasi per 48 ore senza alcuna terapia salvo il paracetamolo e l'ossigeno. Trasferito presso il reparto di malattie infettive dello stesso ospedale, iniziai, in decima giornata dall'esordio di malattia, il cortisone endovena alle dosi di 40 mg di metilprednisolone al giorno. Il senso di guarigione fu pressoché immediato con febbre in remissione e sensazione di benessere come non avevo dall'inizio della malattia. Il cortisone in vena fu progressivamente ridotto alle dosi di 20 mg al giorno, così come l'ossigeno che mi veniva somministrato con la maschera Venturi passò da 4 a 2 litri al minuto.

Fui quindi dimesso il giorno di Pasqua con prescrizione di prednisone 25 mg al giorno per una settimana e quindi 12,5 mg al giorno per un'altra settimana. Rientrato al domicilio mi resi conto di come in 15 giorni di malattia avessi perso così tanta massa muscolare da riuscire a fatica a salire un gradino di una scala. Iniziai allora una alimentazione ricca di proteine animali e vegetali. Nell'arco di due settimane avevo recuperato 3 kg dei 6 persi riuscendo a fare senza fatica 2 piani di scale.¹

La mia riflessione sul perché, pur avendo compiuto quest'anno 82 anni, sono potuto uscire indenne da questa brutta avventura va verso il concetto di infiammazione sistemica ridotta al minimo nel mio organismo in questi ultimi 10 anni, periodo in cui ho modificato alimentazione e stile di vita alzando il livello di benessere psico-fisico. Nel mio ultimo libro "Come ringiovanire invecchiando", edito nel dicembre 2019 da UTET, spiego come all'età di 73 anni, grazie ad un esame particolare sugli AGEs (advanced glycation and products), mi resi conto di avere una sindrome metabolica, ossia una condizione di prediabete dovuta ad una non corretta alimentazione ed al sovrappeso. Mentre i valori della glicemia basale e dell'emoglobina glicata erano nella norma, il dosaggio della insulinemia era ai range massimi. In questi 10 anni ho quindi seguito una alimentazione antinfiammatoria (dieta mediterranea in cui ho sostituito parte dei carboidrati con i cereali integrali) e ho potenziato l'attività fisica con almeno trenta minuti di camminata al giorno. L'esito è stato un rientro del valore della insulinemia ai range minimi, una scomparsa dei dolori articolari, un sonno più riposato e una migliore concentrazione mentale. Questo assetto biologico, con l'infiammazione sistemica ridotta al minimo, mi ha consentito di non esplodere con la miccia infiammatoria indotta dal Covid 19.

La sua scelta di assumere Idrossiclorochina nei primi giorni non è stata vincente. Da cosa dipendeva, secondo lei? Ci voleva anche il cortisone?

I motivi per cui io non abbia risposto alla terapia con idrossiclorochina ritengo siano legati all'alta carica virale di cui poco si è parlato in questa epidemia. Solo da pochi giorni si sta cercando di capire, attraverso il tampone nasale, la carica virale dei contagiati al fine di meglio comprendere la loro capacità di diffusione della malattia. Personalmente, come pneumologo ospedaliero, i casi di polmonite virale che ho trattato li ho sempre affrontati con il cortisone a dosi elevate ottenendo buoni risultati per cui, nel mio caso, la somministrazione di cortisone al domicilio al sesto giorno di malattia avrebbe potuto molto probabilmente evitarmi il ricovero.

In generale, cosa pensa della terapia con Idrossiclorochina e Azitromicina ed Eparina nella prima fase di malattia?

Come clinico fin dagli anni '70 ho visitato pazienti a cui il reumatologo aveva prescritto, a scopo antinfiammatorio nella artrite reumatoide, idrossiclorochina in terapia cronica al dosaggio di 200 o 400 mg al

¹ Il libro di Soresi *Mitocondrio mon amour* con Pierangelo Garzia, UTET 2015, sviluppa il tema dell'importanza di fare attività fisica per il benessere mitocondriale e personalmente, in questa drammatica occasione, sottolinea l'autore, "ho avuto la conferma di ciò che avevo scritto allora".

giorno associato o meno al cortisone ed in nessun caso ho notato problematiche cardiache né intolleranze. Nella infezione da Covid 19 ritengo molto utile la prescrizione di HCQ nei primi 6 giorni di malattia, come ho fatto con alcuni pazienti con successo. E' comunque importante eseguire un esame ECG in terza o quarta giornata potendo il virus stesso essere responsabile di sofferenza cardiaca.

Quali sono per lei le giuste misure di protezione e distanziamento fra le persone?

Ritengo corretto verso questa pandemia mantenere l'uso della mascherina sui mezzi pubblici e nei luoghi chiusi ed un distanziamento sociale adeguato fino a che non sarà chiaro se veramente questa riduzione di malattia nei contagiati verrà confermata dopo la ripresa della scuola e della vita sociale. Voci autorevoli nel campo della infettivologia stanno minimizzando il rischio di malattia in questi ultimi mesi e anche la quota di pazienti in rianimazione è ridotta al minimo.

Cosa si sarebbe dovuto fare appena si scoprì che era in corso una vera epidemia?

Nel 1968 quando, come assistente in anatomia patologica, affrontai l'epidemia di influenza di Hong Kong ci furono in pochi mesi in Italia 22.000 morti, non ci fu alcuna lamentela in quanto tutti i pazienti venivano regolarmente ricoverati e le morti in prevalenza erano causate da polmoniti batteriche e colpivano pazienti diabetici, cardiopatici e immunodepressi. Non c'è stata attenzione all'allarme di metà febbraio che nessuno ha preso in considerazione, per cui tutto è scattato in maniera tardiva.

Nel caso del Covid 19 è mancata completamente l'assistenza e la terapia domiciliare nonché la tempestività del ricovero in ambito ospedaliero dei pazienti a rischio che non sfebbravano entro pochi giorni. Questo ha portato ad un eccesso di ricoveri in terapia intensiva di pazienti già con avanzati danni polmonari sia per cause infiammatorie che emboliche. A tutto questo va aggiunta l'impossibilità da parte dei parenti di potere assistere i propri cari. Inoltre non sono state date le corrette indicazioni ai medici di base per affrontare adeguatamente i primi giorni di malattia con un opportuno protocollo terapeutico.

Cosa pensa delle autopsie che sono state ritardate?

Nell'influenza di Hong Kong avevamo fatto le autopsie su tutti pazienti deceduti, scoprendo fin da subito le reali cause di morte. Anche in questa epidemia, con le dovute precauzioni, sarebbe stato estremamente utile mettere a fuoco i vari fattori eziologici responsabili della morte dei pazienti. Queste informazioni precoci sarebbero state estremamente utili per un approccio terapeutico più adeguato e tempestivo.

Quanto può aver inciso la paura della malattia e l'isolamento sul buon funzionamento del nostro sistema immunitario?

E' noto come lo stress psichico sia di per sé fonte di guai per il nostro organismo. Nel mio libro "Il cervello anarchico" pubblicato con UTET nel 2006 racconto alcuni casi clinici che spiegano la relazione fra stress e sistema immunitario. Come clinico, in oltre 50 anni di professione, ho trattato molti casi e, da qualche anno, quando mi trovo di fronte a pazienti stressati, suggerisco metodiche di rilassamento quale mindfulness o autoipnosi o, se giovani, li invito a fare sport. Si conferma quindi l'importanza dello stile di vita per controllare adeguatamente il nostro *Io biologico*, difficilmente gestibile con il nostro *Io neurale* cioè il nostro stato cosciente, quando siamo sotto stress. Alimentazione anti infiammatoria, attività fisica moderata, controllo dello stress sono i cardini per rimanere in buona salute. Partendo da questi presupposti saremo in grado di affrontare con maggiore serenità anche malattie subdole come quella che ha colpito la popolazione mondiale in questi ultimi mesi.

Oltre ai farmaci della prima e seconda fase, quanto può essere utile assumere Vitamina C e D o altri integratori?

Da sempre suggerisco ai miei pazienti di bere al mattino, durante la prima colazione, una spremuta di arance rosse, ricche di vitamina C e polifenoli. E' la migliore terapia antiossidante che si possa seguire a conferma di quanto il cibo possa essere fondamentale per rimanere in buona salute.² Per quanto riguarda la vitamina D, a

²Per approfondire: *Ristoceutica* di Vincenzo Lionetti, medico anestesista, edito da Mondadori. Scoprirete come, mangiando un particolare tipo di pasta potrete migliorare la vostra circolazione coronarica oppure mangiando uova prodotte da galline nutrite con determinati mangimi potrete assumere omega-3 utili al vostro cervello.

fronte del successo nel caso di osteopenia di un familiare trattato e curato con le dosi di colicalciferolo (VIT.D3) secondo il protocollo anglosassone, mantengo tutti i miei pazienti in un range ematico superiore ai 50 microgrammi di vitamina D. Quanto questo possa essere utile a livello immunitario è confermato da numerose ricerche fra cui la più importante quella riportata dalla Università di Copenhagen (Nature Immunology 2012) riferita al potenziamento con la vitamina D dei linfociti T, cellule determinanti per le nostre difese contro virus e batteri.

Qualcuno sostiene (sul suo blog: <https://neurobioblog.com/2020/03/31/mio-parere-sul-plasma-da-guariti-nei-malati-covid-19/>) che il plasma iperimmune non è ancora stato del tutto validato nelle fasi avanzate della malattia da Covid 19, mentre si ipotizza un suo uso preventivo per i sanitari che vengono a contatto con pazienti Covid. Cosa ne pensa?

Nel caso del Covid 19 si tratta di sfruttare anticorpi prodotti da pazienti ammalati e guariti per infonderli in pazienti malati in stadi da definire. Vi è uno studio in corso che coinvolge circa 60 centri in Italia e che prevede il trattamento in malati abbastanza gravi. Personalmente lo vedrei anche come un buon trattamento di prevenzione per tutti i sanitari esposti al rischio Covid 19 in quanto privo di rischi, economico ed attuabile in ambito ospedaliero con tempestività. I centri AVIS in tutta Italia si sono già messi a disposizione per la raccolta del plasma dei pazienti guariti, di età non superiore ai 65 anni, per far fronte a una eventuale nuova ondata. Questa è davvero una notizia! Grazie Prof. Soresi per il suo contributo.

Dott.ssa Maria Antonietta Bàzola (medico) – Alessandra Curreli (Movimento IppocrateOrg)

1. Il libro di Soresi *Mitocondrio mon amour* con Pierangelo Garzia, UTET 2015, sviluppa il tema dell'importanza di fare attività fisica per il benessere mitocondriale e personalmente, in questa drammatica occasione, sottolinea l'autore, "ho avuto la conferma di ciò che avevo scritto allora".
2. Per approfondire: *Ristoceutica* di Vincenzo Lionetti, medico anestesista, edito da Mondadori. Scoprirete come, mangiando un particolare tipo di pasta potrete migliorare la vostra circolazione coronarica oppure mangiando uova prodotte da galline nutrite con determinati mangimi potrete assumere omega-3 utili al vostro cervello.

La rivincita dell'usa e getta

Marinella Correggia

04 Settembre 2020

C'era una volta l'educazione ambientale. Fanno più male alla salute gli assembramenti nell'entrare a scuola o 44 tonnellate al giorno di rifiuti plastici da incenerire? La risposta non è affatto scontata, ma la nostra domanda è volutamente provocatoria come quasi tutte quelle che prospettano le alternative tra il male e il peggio. Qui sta solo a ricordare quanto poco interessi la sfera delle cause dei guai che ci capitano, molto meglio far finta che ce li mandi il destino avverso. E poi quella domanda è anche un po' priva di senso perché, per evitare "assembramenti" che potrebbero alzare un po' il rischio di contagio (e non certo indispensabili a esercitare il diritto alla socialità) bastano un po' di pratica, molto buon senso e la disponibilità a gestire insieme un problema comune. Il buon senso, invece, a volerlo chiamare così per generosità nel giudizio, sembra mancar del tutto a chi pensa di imporre l'obbligo di mascherine da indossare a scuola una sola volta. Il commissario Arcuri, a nome del governo, ha reso noto che ne verranno consegnate ogni giorno 11 milioni. Niente stoffe riutilizzabili e men che mai auto-produzioni. Si torna all'usa e getta. E pensare che, solo nel marzo dello scorso anno, il Parlamento Europeo aveva confermato il divieto dell'uso della plastica usa e getta entro il 2021. Ce ne aveva messo di tempo per deciderlo! Le montagne di posatine monouso, i soffici cotton fioc, le cannucce variopinte e il resto dell'enorme massa di ammennicoli di plasticume inutile che si seminano ovunque non avvelenano solo il mare – a livelli impressionanti, tutti ormai sanno che negli oceani ci sono isole di rifiuti grandi sette volte la Francia – ma anche l'acqua dei rubinetti da cui beviamo. Del mare, si dirà, finita l'estate, magari al governo frega poco, tanto ci campano i pesci che non votano. Ma come la mettiamo con le

città in preda al panico da contagio e seppellite da montagne di rifiuti potenziali agenti di molte altre epidemie? A leggere quanto racconta Marinella Correggia sul manifesto, poi, quella sulle mascherine non pare nemmeno la sola minaccia inquietante. Il pericolo di sacrificare sull'altare dell'emergenza del momento ogni scelta sensata sul piano sociale e ambientale (dal rifiuto dei pesticidi nel menù all'astrazione che nega ai corpi la possibilità di toccarsi e muoversi) è grande e siamo solo all'inizio...

Rigorosamente usa e getta: così saranno le mascherine scolastiche, da distribuire ogni mattina all'ingresso, evitando però assembramenti. Lo ha deciso il Comitato tecnico scientifico (Cts) di nomina governativa che detta le linee anti-Covid. Niente soluzioni cosiddette di comunità, di stoffa, riutilizzabili (e meno che mai autoprodotte, pur ammesse dai Dpcm dei mesi scorsi).

Il commissario straordinario Domenico Arcuri ha ribadito che ogni giorno verranno consegnati alle scuole 11 milioni di dispositivi di protezione. Quanto alla maniera di indossarli, il Cts ha stabilito che saranno abbassabili «in condizioni di staticità, con il rispetto del metro di distanza e in assenza di possibilità di aerosolizzazione (es. canto)». Ma nelle medie e superiori, la comodità vale solo se in più la situazione epidemiologica è di «bassa circolazione virale». A prescindere dall'utilità, in questa fase dell'epidemia, delle mascherine cosiddette chirurgiche fuori dagli ambienti sanitari o a rischio, e dagli effetti sui ragazzi, non si può ignorare che ogni prodotto usa e getta è un controsenso ambientale, a valle (rifiuto indifferenziato) ma anche a monte: si deve continuamente rinnovare il processo di produzione, con materie prime, energia, acqua.

Il ministero dell'ambiente per ora dichiara: «Aspettiamo di sapere se sarà un obbligo o una raccomandazione, consapevoli che c'è la necessità di far usare ai ragazzi prodotti certificati. Chiediamo che siano ammesse anche le mascherine riutilizzabili certificate e intanto ricordiamo di non gettarle per strada». Il ministro Costa mesi fa aveva invitato la cittadinanza a privilegiare soluzioni riusabili.

«Quarantaquattro tonnellate al giorno di rifiuti da incenerire»: Stefano Vignaroli, presidente della Commissione Ecomafie, parla di «scelta sbagliata su tutta la linea, da rivedere», visto che oltretutto «la scuola dovrebbe dare il buon esempio ai ragazzi sul fronte della difesa dell'ambiente» e che su simili prodotti sono più facili le infiltrazioni da parte della criminalità organizzata.

Di «scelta senza senso» parla il direttore generale di Legambiente Giorgio Zampetti che auspica «una fornitura adeguata di mascherine riutilizzabili certificate», con istruzioni sul lavaggio e privilegiando le produzioni nazionali. Contrario alla scelta di bandire le mascherine di comunità è Alfonso Pecoraro Scanio, presidente della Fondazione Univerde: «Anche a scuola continua il festival del monouso, in netta contraddizione con tutte le campagne europee e italiane per il plastic-free». Del resto, ricorda Univerde, con un emendamento al decreto rilancio il Parlamento ha previsto un Programma sperimentale per la prevenzione, riuso e riciclo dei dispositivi di protezione individuale. Arcuri ha inoltre annunciato la consegna alle scuole di ben 170.000 litri di gel igienizzante x le mani a settimana. Un via vai di mascherine e flaconi – per fortuna non i guanti, la cui inutilità nociva ha imposto una svolta perfino a Trentitalia.

Ma dalle scuole usciranno verso la rottamazione anche tre milioni di banchi, sostituiti dai nuovi arrivi: la versione a rotelle e i tradizionali. Interpellati a partire dal 4 agosto, Invitalia e ministero dell'istruzione non hanno risposto ad alcune semplici domande: verranno sostituiti anche banchi già monoposto (diffusissimi) e se sì, perché? È previsto un controllo di qualità ambientale rispetto ai materiali usati e alla loro provenienza? Come mai nella gara d'appalto non sono indicate cifre massime? Quale sarà il destino dei rottamati?

Alla fine, il 24 agosto, Invitalia ha scritto: «Al momento non è possibile rispondere a queste domande».

All'ufficio stampa di Azzolina è stato rivolto, invano, un ulteriore quesito: a proposito dei pasti monoporzione in plastica sigillata, preconfezionati e provenienti da ditte esterne. Questo possibile scenario «anti-Covid», indicato dal ministero, significherebbe l'addio ai pasti magari bio e a km zero, con sporzionamento antispreco, con vere stoviglie. Un'ipotesi che nel mese di luglio il medico ed epidemiologo Franco Berrino ha definito «un brutto scherzo».

Basta ansia sul numero dei contagiati di Sandro Arcais 4/09/20

«Basta ansia sul numero dei contagiati.» Non lo dico io. Lo ha affermato il professor [Giuseppe Remuzzi](#), Direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, in una intervista al Corriere della Sera di oggi (4 settembre). E ha affermato anche tante altre cose interessanti e di buon senso. Eccole. L'autunno sarà «Migliore di quel che molti pensano, a patto di usare il buon senso, mascherine, distanziamento, e rimettere nel cassetto ansia e isteria». «La fase epidemica in Italia è sostanzialmente finita. Il che non vuol dire che non ce ne sarà un'altra, ma che è improprio parlare di seconda ondata». «Il numero dei positivi non è una voce alla quale guardare con paura.» Anche perché «ormai abbiamo test capaci di rilevare anche la presenza di frammenti di Dna virale, ma non è detto che appartengano ancora a un virus capace di contagiare». Anche senza vaccino o gli anticorpi il nostro sistema immunitario possiede i sistemi per difendersi dal virus. Per esempio le [cellule T](#), le cosiddette «cellule della memoria», che tengono memoria, appunto, di qualcosa «già vista in passato», che non necessariamente deve essere il coronavirus, ma possono benissimo essere «proteine di altri virus, anche quello del raffreddore, oppure a vaccinazioni che già abbiamo fatto».

«Confondiamo i contagi con la gravità della malattia. Ci spaventiamo per numeri che non significano moltissimo. Indicano solo che abbiamo sviluppato la capacità di entrare nella fase della sorveglianza, e quindi troviamo le cose laddove ci sono». E mentre [Mario Draghi chiede test di massa](#), il nostro saggio professore afferma che i tamponi devono essere fatti «in modo selettivo.» E aggiunge una domanda retorica che sembra fatta apposta per Draghi: «Se per ipotesi lo fai a cinquanta milioni di italiani, una settimana dopo cosa succede, lo rifai ancora?» Una domanda che sarebbe potuta venire in mente anche alla signora Maria, se non fosse sempre appiccicata alla tv ad alimentare la sua naturale materna italiana apprensione. L'unico risultato della proposta di Draghi sarebbe quella di alimentare «psicosi da tampone» (e a pensar male, potrebbe anche essere questo il vero obiettivo del prossimo Presidente del Consiglio o della Repubblica: un popolo reso docile dall'ansia, dall'apprensione, dalla paura, dalla psicosi, dal sospetto reciproco di manzoniana o boccaccesca memoria, e prono al proprio Salvatore)

Più importante del numero dei contagiati, è il numero dei tamponi effettuati: «Dimostra che siamo nella fase della sorveglianza, e in qualche modo è l'ammissione implicita che siamo usciti dall'epidemia», e delle terapie intensive: «Abbiamo ottomila posti in terapia intensiva. Oggi ne sono occupati per il Covid-19 poco più di cento. Significa che al momento utilizziamo l'1,5% della nostra capacità di cure intensive». Alla preoccupazione dell'intervistatore che paventa un innalzamento del numero dei contagiati, il professore risponde dal punto di vista di chi per mestiere combatte ogni giorno la malattia, e che quindi sa che l'obiettivo è limitare per quanto possibile i danni, non estirpare definitivamente il male. Infatti risponde che «non bisogna farsi prendere dall'emotività»: anche se si arrivasse «a settemila positivi al giorno, come in Francia» (oggi in Italia [i nuovi casi positivi sono stati 1733](#)) l'ipotesi più probabile è quella di dover seguire «500 pazienti in terapia intensiva. Significa che noi utilizzeremmo meno del 5 per cento delle nostre risorse.»

Ma l'apprensione del giornalista non è soddisfatta dalla ragionevolezza del professore, e infatti chiede se c'è ancora pericolo di morire a causa del coronavirus, e il professore gli scodella una serie di probabilità una dentro l'altra: «Oggi i dati ci dicono che il rischio di infettarsi è simile a quello di cadere in motorino e minore di quelli che si corrono durante una immersione subacquea. Quarantaquattro probabilità su un milione. E all'interno di questo dato, una possibilità su cento di morire, e una su cento di avere danni di lungo termine. Stiamo parlando di questo.» E anche sulla scuola il professore ha parole di buon senso: «Apriamo senza isteria, senza sovrastimare i segni, senza creare altre psicosi, che ce ne sono già abbastanza». «Abbiamo il distanziamento, abbiamo le mascherine. Abbiamo comportamenti da adottare. Abbiamo professori che dovrebbero essere sensibilizzati, perché la fase di sorveglianza include anche loro. Abbiamo tutto. Non serve nient'altro.» E all'intervistatore che utilizza in forma di domanda lo slogan usato come ingrediente rassicurante a controbilanciare l'ansia versata a piene mani ad alimentare l'apprensione degli Italiani da parte dei media durante la fase acuta: «Dunque, andrà tutto bene?», il professore risponde come non può che rispondere una

persona di buon senso che per giunta conosce il lato oscuro della vita: «Qualcosa rischiamo, qualcosa accadrà. Un po' di scuole dovrà chiudere? Amen, fa parte della sorveglianza. Chiudiamo e riapriamo.» E aggiunge un invito un po' infastidito: «Cerchiamo di essere seri.»

Invito che cade completamente nel vuoto, perché il giornalista (che forse era proprio la signora Maria) fa la sua ultima domanda: «Anche lei negazionista?» La risposta andatevela a leggere alla fine dell'[intervista](#).

Covid, Remuzzi: «Basta ansia sul numero dei contagiati. Stiamo aprendo le scuole in sicurezza» 4/09/20 Corriere della Sera

Il direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri: «L'idea del tampone per tutti è sbagliata. Tutte le vaccinazioni somministrate negli ultimi 5 anni si associano a una riduzione dei tassi di infezione del virus»

Professor Remuzzi, che autunno sarà?

«Migliore di quel che molti pensano, a patto di usare il buon senso, mascherine, distanziamento, e rimettere nel cassetto ansia e isteria».

Cosa la induce all'ottimismo?

«Ad esempio, uno studio appena pubblicato su *Lancet* e firmato da Gianfranco Alicandro e Carlo Lavecchia, dell'Istituto nazionale di Statistica e dell'Università di Milano, che rileva come nella prima quindicina di maggio del 2020, nella seconda e in tutto giugno, non ci sia stato eccesso di mortalità rispetto all'anno precedente».

Traduzione?

«La fase epidemica in Italia è sostanzialmente finita. Il che non vuol dire che non ce ne sarà un'altra, ma che è improprio parlare di seconda ondata».

E perché?

«Ormai siamo entrati nella fase della sorveglianza, che comprende la ricerca accurata dei contatti di persone positive al tampone».

Non la preoccupa il fatto che ne troviamo ogni giorno di più?

«Più ne cerchiamo, più ne troviamo. Mi sembra normale. Il numero dei positivi non è una voce alla quale guardare con paura. Peraltro, ormai abbiamo test capaci di rilevare anche la presenza di frammenti di Dna virale, ma non è detto che appartengano ancora a un virus capace di contagiare».

In attesa del vaccino, per una immunità temporanea dobbiamo sperare solo negli anticorpi?

«Anche nelle cellule T, che sono cellule della memoria. Il nostro sistema immune infatti è una macchina per ricordi, che si rafforza e si espande quando incontra una cosa già vista in passato».

Come gli altri coronavirus?

«Esatto. Gli anticorpi spariscono rapidamente. L'immunità invece si creerà così, con le nostre cellule della memoria, grazie a proteine di altri virus, anche quello del raffreddore, oppure a vaccinazioni che già abbiamo fatto».

Ma chi lo dice?

«Un lavoro appena pubblicato da *Science*. E un altro studio americano, in fase di pubblicazione, condotto su 137 mila persone che hanno fatto il tampone, quindi un campione molto significativo. Le vaccinazioni somministrate negli ultimi cinque anni, si associano a una riduzione dei tassi di infezione Sars Cov-2».

Basta un vaccino qualunque?

«Tutti i vaccini proteggono. Poliomielite, pneumococco, tubercolosi. Anche varicella, parotite, morbillo, rosolia: garantiscono una protezione del 30-40 per cento. Ovviamente quelli più vicini nel tempo hanno una maggiore efficacia».

E il vaccino per l'influenza?

«Se fatto negli ultimi cinque anni, ha comunque una protezione significativa per gli anziani. Ma non è il vaccino più efficace contro il Covid-19. Non così tanto come speravamo, almeno».

Perché tutta questa ansia per il numero di contagi in aumento?

«Confondiamo i contagi con la gravità della malattia. Ci spaventiamo per numeri che non significano moltissimo. Indicano solo che abbiamo sviluppato la capacità di entrare nella fase della sorveglianza, e quindi troviamo le cose laddove ci sono».

Tampone per tutti?

«Io credo che invece vada fatto in modo selettivo. Se per ipotesi lo fai a cinquanta milioni di italiani, una settimana dopo cosa succede, lo rifai ancora? Non alimentiamo psicosi da tampone. Facciamoli dove servono. Ai confini, negli ospedali, nelle Rsa, tra i lavoratori del trasporto pubblico, tra gli insegnanti e il personale scolastico. Applichiamo i mezzi e le capacità che abbiamo acquisito in modo mirato, e non indiscriminato».

È più importante il numero di tamponi giornalieri che quello dei positivi?

«In un certo senso è così. Dimostra che siamo nella fase della sorveglianza, e in qualche modo è l'ammissione implicita che siamo usciti dall'epidemia».

A quali altri numeri bisogna guardare?

«Abbiamo ottomila posti in terapia intensiva. Oggi ne sono occupati per il Covid-19 poco più di cento. Significa che al momento utilizziamo l'1,5% della nostra capacità di cure intensive».

E se i ricoveri dovessero salire?

«Ammettiamo pure che si arrivi a settemila positivi al giorno, come in Francia. Una cosa che penso potrebbe accadere. Ebbene, oggi la Francia ha 500 pazienti in terapia intensiva. Significa che noi utilizzeremmo meno del 5 per cento delle nostre risorse. Ecco, non bisogna farsi prendere dall'emotività. Questa non è una partita di calcio».

Ma una volta in ospedale, chi vince?

«L'unica cosa che conta è che ci siano pochi pazienti. Perché invece medici e infermieri sono sempre quelli, anzi il loro numero sta aumentando. E i malati si perdono anche per piccole cose, si perdono perché quando ne hai tantissimi non riesci a stare dietro a tutto e tutti. Il dato delle terapie intensive è il più importante».

Professore, c'è ancora pericolo di morte o no?

«Oggi i dati ci dicono che il rischio di infettarsi è simile a quello di cadere in motorino e minore di quelli che si corrono durante una immersione subacquea. Quarantaquattro probabilità su un milione. E all'interno di questo dato, una possibilità su cento di morire, e una su cento di avere danni di lungo termine. Stiamo parlando di questo. A febbraio e marzo era ben diverso. Eravamo nel pieno della fase epidemica».

Cosa pensa delle polemiche sul rientro a scuola?

«Su un tema così delicato sono state fatte speculazioni inutili. Siamo tutti d'accordo che vadano aperte? Bene, le stiamo aprendo in condizione di grande sicurezza».

Proprio sicuro?

«Abbiamo il distanziamento, abbiamo le mascherine. Abbiamo comportamenti da adottare. Abbiamo professori che dovrebbero essere sensibilizzati, perché la fase di sorveglianza include anche loro. Abbiamo tutto. Non serve nient'altro. Abbiamo persino capito che la scuola all'aperto, o con le finestre aperte, si può fare».

Anche d'inverno a Bolzano?

«Perché, d'inverno la gente non va a sciare? Con le finestre aperte, la scuola è il posto più sicuro dove possono stare i nostri figli».

Ci sentiamo dopo il primo caso...

«Questa discussione andava fatta con grande tranquillità, prendendo esempio dai posti dove le scuole sono state già aperte. Come in Germania. Come in Usa, dal primo giugno. Hanno analizzato un milione e seicentomila bambini: solo settanta positivi. Sotto i 15 anni. Dai sedici in su sono come gli adulti».

In Germania, alcune scuole hanno aperto e poi richiuso.

«Una percentuale comunque piccola. Apriamo senza isteria, senza sovrastimare i segni, senza creare altre psicosi, che ce ne sono già abbastanza».

Dunque, andrà tutto bene?

«Qualcosa rischiamo, qualcosa accadrà. Un po' di scuole dovrà chiudere? Amen, fa parte della sorveglianza. Chiudiamo e riapriamo. Cerchiamo di essere seri. Tutti parlano di governo, tutti hanno una risposta per tutto. Nessuno sottolinea l'importanza della responsabilità personale».

Anche lei negazionista?

«Ma proprio no. Cerco solo di stare ai fatti, e di leggerli in modo corretto, senza farmi prendere dall'emotività».

La “quarantena” della cultura Redazione AsSIS | 5 Set 2020

Ci informano da più parti che, con la ripresa della scuola, insegnanti terrorizzati e dirigenti scolastici ansiosi stanno regolamentando comportamenti alquanto bizzarri nella gestione del materiale scolastico e non: giacchetti dei bambini lasciati nei cortili in appositi stand, libri della biblioteca messi in “quarantena” chiusi in sacchetti così come i fogli dei compiti in classe... è questo il clima in cui vogliamo che i nostri figli tornino a scuola? Proviamo a dare qualche informazione utile per rasserenare gli animi.

Come avviene la trasmissione indiretta del coronavirus sars-cov 2?

Dopo un periodo iniziale in cui pareva che anche solo aprire le finestre ci avrebbe esposti a contagio e morte certa da covid-19, un documento dell'OMS (1) ha finalmente fatto chiarezza sulle modalità di trasmissione indiretta del virus:

- il contagio può realizzarsi tramite il contatto con le mani, se queste sono state portate alla bocca o agli occhi da parte del soggetto infetto e poi avvicinate a bocca o occhi della persona sana entro pochi minuti.
- La trasmissione può anche avvenire attraverso materiale contaminato ma a condizioni ben precise.

Quanto permane il virus sulle superfici?

Siamo stati terrorizzati per mesi sui rischi rappresentati dalla possibilità di infettarci toccando le borse della spesa, il POS, la tastiera del computer, il sedile, la maniglia. Gli organi di informazione ci informavano sui tempi di “dimezzamento del titolo infettante” sulle superfici facendo passare l'idea di non poter toccare nulla senza essere infettati e tralasciando l'informazione che tali dati vengono valutati in laboratorio (temperatura di 21°-23°C e umidità al 40%) e che il cambiamento di questi parametri, che non son certo quelli delle nostre case, può determinare una condizione meno favorevole alla sopravvivenza dei virus. Altro “particolare” taciuto è il fatto che veniva cercato *l'RNA virale non il virus completo, con la sua capsula esterna indispensabile per penetrare nelle cellule dell'ospite ed infettarlo!* Alla fine, il 15 maggio, l'Organizzazione mondiale della sanità ha precisato:

“Al momento di questa pubblicazione, la trasmissione del virus per COVID-19 non è stata definitivamente collegata a superfici ambientali contaminate negli studi disponibili”.

Il SARS-CoV-2 è un virus a trasmissione respiratoria, il virus può cadere su qualsiasi superficie ma, in pochissimo tempo, le cellule infette andranno incontro a disidratazione e il virus morirà. Comunque, anche toccando con le mani superfici infette prima che questo accada, quando il virus è ancora attivo, non ci si contagia, perché non c'è infezione per via cutanea, ma eventualmente solo se portiamo le mani contaminate alla bocca, al naso o agli occhi e solo se le goccioline infette sono fresche, cioè emesse da poco, e solo se la carica virale è alta.

Possibile, ma affatto probabile! Ed è per questo che libri, compiti in classe e materiale didattico non possono essere considerati fattori di rischio e non possiamo accettare la cultura della paura che vorrebbe mettere in quarantena i rapporti umani e la cultura.

Riferimenti:

1. WHO, *Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations: Scientific brief*, 29 marzo 2020
2. *Cleaning and disinfection of environmental surfaces in the context of COVID-19, WHO Interim guidance* 15 May 2020.
3. van Doremalen N., Bushmaker T., Morris D.H. et al., *Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1*, in “*N Engl J Med.*”, 2020; 382:1564-1567. DOI: 10.1056/NEJMc2004973.

Cui numeris prosunt? Redazione AsSIS | 7 Set 2020 | La voce dei lettori |

E perdonatemi il latino arrugginito...

Ieri sera mi sono messo a scorrere i soliti titoli di agenzia sciorinanti i soliti numeri su positivi/contagiati/guariti/sintomatici ecc ecc che da mesi ormai ci ammorzano senza realmente fornirci, a mio avviso beninteso, alcuna informazione davvero utile. Mi sono divertito a fare una sommaria analisi del contenuto lessicale di tale articolo, di cui [riporto il link](#), relativo alla giornata di ieri ed alla mia regione, la Toscana. Un conteggio delle parole fatto tramite un copia&incolla su LibreOffice Writer mi dà 315 parole totali. Orbene, in mezzo a 315 parole sono stati inseriti, se non ho contato male, la bellezza di 34 dati numerici (più di un numero ogni 10 parole, compresi articoli, preposizioni ecc), e di 15 dati percentuali (grosso modo ogni 20 parole). Mi chiedo (in italiano, che forse è meglio): a chi giovano tutti questi numeri? A cosa servono? Che utilizzo ne può fare l'internauta medio che legge questo tipo di articoli? E' buona informazione questa? E' utile? Non si mette indubbio che i numeri siano corretti, che fotografino in modo accurato la situazione reale, ma un articolo stampa dovrebbe avere una funzione divulgativa, dovrebbe servire a far capire cosa succede alla gente, non a creare una confusione tremenda a suon di dati numerici che non si sa bene come interpretare, come utilizzare... difatti nell'articolo non compare interpretazione alcuna, non si esprime un giudizio, pur soggettivo che possa essere, sulla situazione (andiamo bene? Andiamo male? Siamo rovinati?).

I numeri gettati così, in pasto alle folle, a mio avviso servono solamente a creare e mantenere un clima, doloso, di incertezza e di ansia generalizzata, quando invece, se espressi in un altro modo, avrebbero una funzione quasi opposta.

Leggo nell'articolo che, ad oggi, sono circa 12400 i casi totali di contagio in Toscana. Sono tanti? Non compare nell'articolo a quanto ammonta la popolazione della regione, da Wikipedia apprendo che è di quasi 4 milioni di abitanti (censiti al 2018), ergo fino ad oggi si parla dello 0,3% della popolazione totale, per essere una pandemia si presenta ancora piuttosto mite. Assistiamo in questo periodo ad aumenti di un centinaio di casi al giorno... sono tanti? Conoscendo il dato della popolazione complessiva si potrebbe dire che con questa curva epidemica, per positivizzare tutta la Toscana ci vorrebbero 40mila giorni, cioè grosso modo 110 anni... fate voi. Le percentuali poi... dovrebbero essere in grado di spiegare la situazione in modo più immediato, dato che esprimono già di per sé un confronto... Ma per il lettore medio, è utile sapere che tra i contagiati di oggi “il 27% ha meno di 26 anni, il 23% tra 26 e 40 anni, il 41% tra 41 e 65 anni, il 9% ha più di 65 anni”? Io non ne ho idea, ma posso constatare che, disperse nel mare di cifre, nell'articolo ne compaiono alcune davvero interessanti, che potrebbero essere evidenziate, per esempio che di tutti i positivi “ il 60% è risultato asintomatico, il 23% pauci-sintomatico, il 13% lieve”, tradotto: per il 96% delle persone positive la malattia è insignificante o del tutto assente (che poi ancora non ho capito la differenza tra “paucisintomatico” e “sintomatico lieve”.....). Insomma a me, lettore medio e forse mediocre, pare che gli articoli a mezzo stampa come questo, che sembrano usciti da un numerificio automatico e non dalla testa di una persona, non siano concepiti con l'intenzione di informare l'opinione pubblica sulla reale situazione che stiamo vivendo, ma piuttosto, con un linguaggio da azzecca-garbugli di manzoniana memoria, si prefiggano l'esatto opposto, ovvero lasciare una cortina di confusione generale in testa al lettore, una sensazione sgradevole di trovarsi di

fronte a un nemico dai connotati indistinguibili, e per questo più angosciante. Alimentare l'angoscia a mio avviso è sempre riprovevole, e diffondere allarmismi è pure un reato... Io faccio appello a tanti di voi, giornalisti, ribellatevi, uscite da questo sistema e fate davvero qualcosa di utile per la società. A. A.

L'altra pandemia: la depressione come effetto del COVID-19

07.09.2020 - María Alejandra Cardenas – Tatiana Espinosa Cabrera - Redaccion Colombia

Dall'inizio della pandemia del COVID-19, la stragrande maggioranza degli esseri umani sul pianeta è stata costretta a cambiare radicalmente il proprio ritmo di vita naturale. Infatti, le generali misure di reclusione e l'allontanamento sociale decretati dai governi hanno generato conseguenze negative sulla salute mentale di parte della popolazione, le quali si manifestano attraverso ansia, tristezza e persino depressione. Nelle righe seguenti, viene condiviso il punto di vista degli esperti e le esperienze di alcune persone che sono state colpite da queste restrizioni. Angelica Barrero è psicologa, psicopedagoga, dottoressa in scienze dell'educazione, ricercatrice, professoressa universitaria, esperta nella gestione delle famiglie, insegnanti e popolazione studentesca infantile con problemi di apprendimento e comportamento. Secondo il suo punto di vista, la differenza tra tristezza e depressione è *“che la prima si manifesta come un'emozione che viene vissuta con cambiamenti fisiologici e cognitivi nella persona. È possibile che si manifestino dolori al petto, pesantezza e pensieri negativi. Fino a qui, si tratta di tristezza. D'altro lato invece, la depressione è una malattia mentale, che implica perdita di interesse, apatia, negativismo ed è soprattutto un disturbo che deteriora la persona. In questo periodo ci si aspetta una sensazione di tristezza, ma in caso di depressione, è meglio consultare un esperto in tempo”*, ha spiegato.

Vedi: Pagina web Sentire e pensare di Angelica Barrero

<https://www.facebook.com/SentirypensarPsicopedagogia/>

Rimanere a casa è una delle cause che provoca questo tipo di emozioni, tuttavia, l'isolamento è il motivo principale per cui le persone provano solitudine e stress, che si aggiungono alla preoccupazione per la stabilità economica. Inoltre, l'eccesso di informazioni attraverso i media e i social network non fanno altro che aggravare il problema, aumentando l'incertezza. La costante presenza mediatica del Covid-19 provoca ansia e stress. La sovraesposizione alle notizie relative a questa pandemia influenza il benessere emotivo delle persone e il loro comportamento all'interno della società. Secondo Ivonne Andrea Jimenez Arevalo, psicologa con un master in psicologia clinica e con 17 anni di esperienza nella consulenza privata e gestione estesa dei disturbi dell'umore e della popolazione vulnerabile, *“la depressione è aumentata in tempi di pandemia, ci sono studi che comprovano l'aumento di sintomi quali depressione, ansia, insonnia e non solo a causa della minaccia del virus ma anche a causa dell'isolamento sociale, della perdita di stabilità economica e di tutto ciò che implica l'essere rinchiuso. Le malattie mentali sono un effetto atteso di tutto ciò ed è per questo che è molto importante che ci siano spazi per dialogare ed esprimere ciò che si sente”*.

Vedi: “I giovani si rifugiano in abitudini che li portano alla depressione”

<https://www.elespectador.com/noticias/salud/los-jovenes-se-estan-refugiando-en-rutinas-que-los-llevan-a-la-depresion/>

Allo stesso modo, sono state colpite in questo senso le persone che hanno avuto o avranno gravi difficoltà finanziarie nei prossimi mesi. La quarantena ha fatto perdere il lavoro a molte persone. Questa situazione porta ad un peggioramento delle disuguaglianze sociali e della povertà. Le persone con precedenti disturbi di salute mentale corrono un rischio significativo di ricaduta. Anche i bambini e gli adolescenti, abituati ad uscire, possono avere alti tassi di depressione e ansia. Camilo Rivera, un bambino di 7 anni a cui è stata diagnosticata la depressione, ha detto a Presenza: *“provo noia e senso di angoscia, come se fossi in prigione. A volte mi sento solo e devo ammettere che causa molta tristezza non poter giocare con i miei amici”*. La cosa più importante da capire è che i bambini piccoli non solo stanno affrontando cambiamenti drastici nelle loro vite,

ma a volte non comprendono appieno perché questi cambiamenti si sono verificati o da cosa siano causati. I bambini hanno tutto il diritto di essere arrabbiati per il modo in cui il coronavirus ha interrotto il normale ritmo della loro vita. Trovano le privazioni più tragiche degli adolescenti o degli adulti poiché il disturbo da coronavirus copre una percentuale maggiore del tempo che hanno vissuto finora; e tale prospettiva non può essere ignorata. Secondo Alejandra Mejía, psicologa dell'Università Uniminuto de Dios nella città di Medellín, “è di vitale importanza chiarire il fatto che alcuni bambini prima dell'inizio della pandemia presentavano vari tipi di psicopatologia e risultano essere più vulnerabili ad ansia e stress durante l'attuale contingenza. Per questi ragazzi la cosa più consigliabile è continuare con il loro trattamento terapeutico e/o medico e anche implementare le seguenti attività”, ha spiegato.

1. Stabilire orari fissi per quando ci si sveglia, si mangia, si studia e si va a letto.
2. I genitori dovrebbero fornire ai bambini una maggiore qualità del tempo (non usare distrazioni elettroniche nel tempo libero) per almeno 45 minuti.
3. È un buon momento per incoraggiare la cultura della lettura, si consiglia di leggergli qualcosa almeno 15 minuti al giorno prima di andare a dormire.
4. Approfittare di tutte quelle attività gratuite che vengono svolte attraverso le piattaforme.
5. Indipendentemente dall'età dei bambini, è importante informarsi costantemente su come si sentono.

Va inoltre tenuto presente che la maggior parte del comportamento dei bambini è dato dall'imitazione, motivo per cui gli esperti raccomandano che gli adulti abbiano abitudini di vita sane, come eseguire una routine di esercizi, meditazione, buona alimentazione e buon uso del tempo libero e soprattutto comunicazione assertiva.

Vedi: anche consigli e cure per la salute mentale attraverso l'organizzazione mondiale della sanità:

<https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19>

A Daniel Sánchez, un giovane di 25 anni e studente di fotografia presso l'Università di Belle Arti, è stata diagnosticata la depressione, inoltre, ha perso il lavoro e la possibilità di proseguire gli studi a causa della pandemia ed ha raccontato che *“nella situazione attuale che ci costringe a restare sempre a casa, le persone con patologie mentali, come la depressione e in alcuni casi l'ansia, hanno più difficoltà a trovare un punto di equilibrio. Da parte mia, la reclusione non mi consente di gestire le mie crisi, poiché il modo in cui è più facile controllarmi e calmare il mio umore è uscire di casa, recarmi in un luogo con molta calma, osservare il paesaggio, camminare lungo un sentiero, godersi un posto nuovo o parlare faccia a faccia con qualcuno di cui mi fido. L'incontro fisico mi aiuta a sentirmi in compagnia”*.

Per le persone che soffrono di questa malattia, la dottoressa Ivonne Andrea Jimenez Arevalo raccomanda la regola dell'8 per gestire le crisi: *“la regola dell'8 consiste in otto ore di lavoro o attività varie. È normale che le persone si alzino, si lavino e si organizzino ogni giorno; che abbiano un programma di lavoro, un luogo organizzato per soddisfare le esigenze della giornata. È anche importante riservare uno spazio per attività piacevoli. Si può per esempio lavorare a maglia o fare esercizio. Oggigiorno è facile rivolgersi alla tecnologia; su Internet si trovano tutorial che possono consigliarci nei nostri esercizi quotidiani, o in qualsiasi altra attività che ci occupa del tempo e ci piace. In questo modo, tutti i blocchi della regola dell'otto sarebbero soddisfatti ”*. Si chiama regola dell'8 poiché la sua strategia è otto ore di sonno, otto ore di attività (lavoro o studio) e otto ore di tempo libero in cui è possibile fare ciò che a ognuno piace.

Vedi: Chiavi per proteggere la salute mentale: <https://www.france24.com/es/20200321-salud-mental-coronavirus-redes-sociales>

I pazienti con depressione o malattie mentali sono richiesti un'attenzione particolare in questi tempi di pandemia. È molto importante mantenere il rispetto dei trattamenti e dei consigli di esperti di salute mentale, nonché la comunicazione con la famiglia e gli amici. Sebbene siano già state annunciate possibili misure per uscire da un isolamento restrittivo durato circa sei mesi, è innegabile che il Covid-19 abbia cambiato radicalmente la vita sociale, industriale, educativa, commerciale e turistica del Paese. C'è da aspettarsi che nei prossimi mesi le preoccupazioni continueranno a influenzare la vita quotidiana di milioni di persone

fisicamente e psicologicamente, ecco perché non bisogna abbassare la guardia sull'importanza della salute mentale. *Traduzione dallo spagnolo di Giuseppe Marchiello. Revisione: Flavia Negozio.*

Decidetevi: o siamo complottisti o siamo negazionisti di Francesco Benozzo - 08/09/2020

Faccio di mestiere il filologo. Il filologo analizza le tracce, non si fida delle cose narrate superficialmente, diffida degli slogan e delle narrazioni uniche e condivise. Il filologo, per sua natura, ha l'obbligo di cercare soglie di comprensione inedite, di metterle al vaglio, di difenderle. Il filologo ha cioè l'obbligo, un tempo si sarebbe detto che ha l'obbligo "morale", di essere quello che oggi si definisce spregiativamente un "complottista". Dopo Darwin, ognuno di noi che sia uno scienziato e non un pagliaccio inconsapevole, sa bene che l'idea classica, illuministica e kantiana di una cultura che aiuta a trarsi fuori dallo stadio barbaro degli inizi non può più esistere, e che il caso non viene affatto escluso dalle teorie evoluzionistiche: la selezione naturale non può assorbire completamente e definitivamente l'ingombrante presenza del caso e, in definitiva, lo stesso linguaggio scientifico, uscito dalle rassicuranti logiche di laboratorio, apre da un lato voragini misteriose e inquietanti su una realtà sempre meno comprensibile (anche in senso etimologico) e ammette, dall'altro, di dover continuare a fare i conti con i frammenti di una casualità irrisolta, con un disordine tanto più fastidioso quanto meno eliminabile. Mentre fa luce nel caos, insomma, la scienza comprende di non potersi sottrarre al fatto di diventare uno strumento che ne amplifica le conseguenze.

Chi è, allora il complottista? Il termine è attestato per la prima volta in forma scritta in antico francese (sec. XII): *complot*, 'folla, riunione di persone', forse imparentato al latino *cumulus* 'mucchio (di persone)', o forse al latino *complex* 'complice', a sua volta da complicare 'avvolgere insieme'. In tempi più recenti, il complottista è diventato nel linguaggio comune colui che non si fida di teorie esposte in maniera univoca e allineata. Spesso glossato come 'paranoico', il complottista ha in realtà in sé la vocazione anti-seriale a voler vagliare le informazioni, e questo si mostra tanto più vero in un'epoca in cui – come ricorda in questi giorni Elena Lamberti – la pandemia è a ben guardare soprattutto una *pandeMedia*: lo è in quanto una crisi, per sua natura complessa, può diventare un'isteria collettiva attraverso una semplificazione narrativa sistemica. Il complottista diffida proprio di questo: egli diffida della narrativa sistemica. Ne consegue, evidentemente, che ciò che il complottista nega, ciò che noi complottisti filologi neghiamo, non è certo – come vorrebbe far credere l'etichetta affibbiataci di "negazionisti", storicamente legata alle figure che negarono l'esistenza dell'Olocausto – qualcosa che ha a che fare con la triste storia dell'umanità. Al contrario, il complottista – noi filologi complottisti, io Francesco Benozzo filologo e complottista – nega, neghiamo, nego precisamente il contrario: egli, noi, io neghiamo la pretesa verità di chi ha deciso di considerare imprescindibili alcune acquisizioni e alcune procedure. Io nego ciò che la scienza ha elevato a dogma e ha passato agli organi di informazione. Io mi ribello alla creazione di questo Impero che ha fatto sì, subdolamente, che dalla retorica della verità si passasse, senza mezzi termini, a dei Regimi di verità, facendo in modo che le relazioni instabili diventassero – altrettanto subdolamente – dei sistemi generali di dominazione. Il complottista sceglie di continuo, rispetto a questo, di non sentirsi suddito di un'ideologia autoritaria dominante e di farsi portavoce di un consapevole dissenso. Il complottista, insomma, è il più feroce nemico del negazionismo autoritario.

Decidetevi dunque, oh Ministri, oh Rettori, oh professori, oh giornalisti al soldo, oh comparse prive di dignità, oh stupidi ignavi: decidetevi se darci dei "complottisti" o dei "negazionisti": le due cose sono una il contrario dell'altra! Io nego la finta verità narrata senza pudore, ma rivendico la verità dei fatti e dei dati. Io sono uno scienziato consapevole. I negazionisti – oh Ministri, oh Rettori, oh professori, oh giornalisti al soldo, oh comparse prive di dignità – siete voi.

Lasciateci in pace. Non inventate aggettivi. Ogni vostra mossa linguistica sarà vagliata e messa alla berlina. Ci siamo stancati di essere giudicati in branco. Uscite dal vostro branco e confrontiamoci. Come individui e basta.

Come individui pensanti. Il resto è solo la prova della vostra vigliaccheria. Ed è la prova del vostro negazionismo.

Francesco Benozzo, poeta-musicista stabilmente candidato al Premio Nobel per la Letteratura dal 2015, autore di oltre 700 pubblicazioni scientifiche, professore di Filologia all'Università di Bologna, coordinatore del dottorato in Studi letterari e culturali (Università di Bologna), direttore responsabile di tre riviste scientifiche internazionali, membro del comitato scientifico del "Centro Studi di Medical Humanities" (CMH), Condirettore del progetto interuniversitario "IDA: Immagini e Deformazioni dell'Altro" (Università di Bologna, Istanbul, Cairo, Blida, Shahid Beheshti, Rabat), Condirettore del centro di ricerca FIMIM – Filologia e Medievistica Indo-Mediterranea, Coordinatore scientifico del workgroup internazionale sul Paleolithic Continuity Paradigm for the Origins of Indo-European Languages.

Scuola, banche: Arcuri, super-appalto da 45 milioni di euro a società fantasma

Ha un capitale sociale di 4 mila euro e un solo dipendente, avrebbe dovuto fornire 180 mila banche, al costo di 248 euro l'uno 8/09/20 www.affaritaliani.it

La scuola sta per iniziare ma i problemi per le riaperture in sicurezza si moltiplicano. Ancora avvolta nel mistero la questione dei nuovi banche, nonostante le rassicurazioni della ministra Azzolina: "Entro fine ottobre arriveranno tutti". Il commissario Domenico Arcuri - si legge sulla Verità - ancora non ha rivelato i nomi delle undici società vincitrici della gara d'appalto per la fornitura dei banche. Ma ne spunta una con caratteristiche non idonee, tanto che dopo averle assegnato la commessa il contratto è stato ritirato. Si tratta della Nexus made Srl di Ostia, ditta indicata in un'interrogazione della Lega. E' stata una delle undici società vincitrici, sebbene avesse un capitale sociale di 4 mila euro e un fatturato annuo di 400 mila euro. Si occupa - riporta la Verità - di "diffusione, promozione, organizzazione e gestione di manifestazioni, eventi, fiere e congressi". Nonostante questo è riuscita ad impegnarsi per fornire 180 mila banche al costo di 247,80 euro l'uno. Aggiudicandosi un super-appalto di quasi 45 milioni di euro. Dubbi sull'omonimia dell'amministratore delegato della società - riporta la Verità - Fabio Aubry, potrebbe essere lo stesso che con un'altra società ha ottenuto diverse commesse governative: addirittura per il G7 di Taormina e Ischia a maggio e ottobre del 2017.

Covid: tasso di mortalità crollato quando i medici non hanno usato i VENTILATORI meccanici (Studio ICNARC Londra) 09/09/2020 Credits: telegraph.co.uk

Lo stop all'utilizzo dei ventilatori ha abbassato la probabilità dei decessi. "Gli esseri umani sono progettati per far entrare l'ossigeno nei polmoni aspirandolo, mentre il ventilatore lo soffia dentro". Cosa dice lo studio dell'Icnarc di Londra. Pubblichiamo traduzione articolo di Henry Bodkin per "The Telegraph" – Covid death rates dropped as doctors rejected ventilators

Già ad Aprile, nel pieno della pandemia, veniva sostenuto da numerosi medici e ospedali di tutto il mondo che l'utilizzo dei ventilatori meccanici nella terapia per curare i pazienti positivi, ricoverati terapia intensiva, fosse pericoloso e addirittura accelerare il processo degenerativo della malattia. Ora lo studio dell'Icnarc di Londra certifica come l'utilizzo di questi dispositivi abbia provocato più danni che benefici. I risultati sono stati comunicati dal governo inglese e riportati dai giornali britannici. Pubblichiamo la traduzione dell'articolo uscito su The Telegraph.

Il calo nell'utilizzo di ventilatori ha ridotto di un terzo la probabilità di decesso nelle terapie intensive

I tassi di mortalità tra i pazienti affetti da Covid-19 gravemente malati sono diminuiti drasticamente poiché i medici hanno rifiutato l'uso di ventilatori meccanici, secondo l'analisi. Le probabilità di morire in un'unità di terapia intensiva sono passate dal 43% prima che la pandemia raggiungesse il picco al 34% nel periodo

successivo. Un rapporto del 3 settembre 2020 dell' "Intensive Care National Audit & Research Centre" ha affermato che in quel periodo non sono stati introdotti nuovi farmaci né modifiche alle linee guida cliniche che potrebbero giustificare il miglioramento. Tuttavia, l'uso di ventilatori meccanici è diminuito drasticamente. Prima del picco dei ricoveri il 1 aprile, il 75,9% dei pazienti con Covid-19 è stato intubato entro 24 ore dal raggiungimento di una terapia intensiva, una percentuale che è scesa al 44,1% dopo il picco. Nel frattempo, la percentuale di pazienti in terapia intensiva che hanno indossato un ventilatore è scesa di 22 punti percentuali al 61% su entrambi i lati curva epidemica. I ricercatori hanno suggerito che questo potrebbe essere stato il risultato di un "apprendimento informale" tra le reti di medici secondo cui i pazienti con ventilatori stavano andando peggio del previsto.

Charlotte Summers, docente di medicina di terapia intensiva presso l'Università di Cambridge: "Gli esseri umani sono progettati per far entrare l'ossigeno nei polmoni aspirandolo, mentre il ventilatore lo soffia dentro"

La dottoressa Charlotte Summers, docente di medicina di terapia intensiva presso l'Università di Cambridge, ha dichiarato: "Gli esseri umani sono progettati per far entrare l'ossigeno nei polmoni aspirandolo, con una pressione negativa, mentre il ventilatore soffia l'ossigeno nei polmoni mediante pressione positiva." "Quindi ogni persona che utilizza un ventilatore, è sottoposta a un modo di respirare non ottimale rispetto a ciò per cui è stata "progettata" e, come ogni terapia che viene data a chiunque per qualsiasi malattia, ci sono indubbiamente degli svantaggi." Ha aggiunto: "Tuttavia, è importante ricordare che non tutte le terapie sono adatte a tutti i pazienti, e per alcuni pazienti un ventilatore meccanico è l'unico mezzo per salvarli la vita".

Fonte articolo: *The Telegraph*.

250 milioni di dollari per comprarsi l'informazione – Bill Gates

10 Settembre 2020 Fonte: byoblu

Il milionario fondatore della Microsoft, Bill Gates, sarebbe interessato non solo al mondo della medicina e in particolare a quello dei vaccini, ma anche a quello dell'informazione. Oltre 250 milioni di dollari, a tanto ammontano le donazioni di Gates a giornali quali il Financial Times, The Atlantic, Le Monde, The Guardian e il New York Times ed emittenti TV come BBC, NPR, NBC, Al Jazeera. Lo rivela il Columbia Journalism Review. La cosa non stupisce se si pensa che Bill Gates è apparso frequentemente nei media, specialmente durante la pandemia, 'celebrato' come esperto di medicina e di vaccini. Ma non è tutto, il filantropo riserva denari anche per i debunkers, i cacciatori di bufale, quelli che dovrebbero insegnare a tutti dov'è la Verità. Alcuni di questi 'smascheratori' appartengono al Poynter Institute, una scuola di giornalismo no-profit, e al Gannet, azienda proprietaria del quotidiano USA Today e di molte testate locali americane. Come non stupirsi quindi dell'informazione mainstream a senso unico?



Covid-19: il possibile ruolo dell'inquinamento atmosferico

Redazione ASIS

10 Set 2020 | a cura del dott. Alessio Iodice

Che l'inquinamento atmosferico possa costituire un serio problema (anche) per la nostra salute è ormai fuori dubbio: elevate concentrazioni di ossidi di azoto, ossidi di carbonio, ossidi di zolfo, ozono, benzene, polveri sottili, ecc., sono in grado di peggiorare la qualità dell'aria nella bassa atmosfera (troposfera), incrementando

così il rischio di sviluppare tutta una serie di patologie. Secondo le stime dell’Agenzia Europea dell’Ambiente (EEA), in Italia le morti premature nel 2012 attribuibili a particolato sottile (PM_{2,5}), ozono (O₃) e biossido di azoto (NO₂) sono state complessivamente circa 85.000.

Molto discussa è invece la possibilità che l’inquinamento atmosferico possa aver in qualche modo giocato un ruolo a favore del coronavirus SARS-CoV-2, contribuendo così all’incremento di mortalità della pandemia. In particolare, ciò che gli epidemiologici ambientali si stanno chiedendo è se l’inquinamento atmosferico possa aver agito in qualità di *modificatore di effetto*, ovvero quale fattore in grado di determinare un diverso effetto dell’esposizione al virus sulla mortalità per Covid-19, in funzione appunto dei diversi livelli di concentrazione di certe sostanze inquinanti.

L’Italia rappresenta, di fatto, la nazione dalla quale ha cominciato a diffondersi il virus in Europa, con particolare riferimento al Nord Italia, Lombardia in primis. Ma, come noto, il Nord Italia è anche l’area più inquinata d’Europa, ed una delle aree più inquinate del pianeta, soprattutto la Pianura Padana; si pensi, per esempio, alla celebre foto scattata dal satellite Envisat nei 18 mesi di orbita dopo il lancio del 2002 da parte dell’Agenzia spaziale europea (ESA), grazie alla quale si è potuto prendere consapevolezza dell’elevatissima concentrazione di diossido di azoto (NO₂) sull’Italia settentrionale (1).

La Pianura Padana fa registrare le più alte concentrazioni medie annue di PM_{2,5} in Europa: da 25 a >30 mcg/m³, ben superiori ai limiti EU di 25 mcg/m³ e OMS di 10 mcg/m³ e, comunque molto superiori ai valori medi italiani (~18 mcg/m³). Analoghe considerazioni possono essere fatte ad esempio per gli USA: l’area atlantica degli Stati Uniti è quella più colpita dal virus, ma anche l’area maggiormente inquinata.

Con riferimento al possibile ruolo dell’inquinamento atmosferico nella pandemia del Covid-19, nel 2020 è stato pubblicato uno studio sul *New England Journal of Medicine*, dell’Università di Harvard, dal titolo “*Exposure to air pollution and COVID-19 mortality in the United States: A nationwide cross-sectional study*”, nel quale viene esaminata la possibile associazione tra l’esposizione media a lungo termine al particolato fine del tipo PM_{2,5} (particelle di dimensioni non superiori a 2,5 microgrammi) e un aumentato rischio di morte per Covid-19 negli Stati Uniti (2). Si tratta di un importante studio osservazionale, di tipo trasversale su scala nazionale, che utilizza i dati sui decessi Covid-19 (per milione di abitanti) raccolti dal Center for Systems Science and Engineering (CSSE) dell’Università Johns Hopkins nel Maryland (USA) per 3.087 contee (il 98% della popolazione statunitense), 1.799 delle quali (il 58,3% della popolazione statunitense) non avevano registrato nessun caso di Covid-19 alla data del 22 aprile 2020.

Nell’analisi sono stati inseriti anche 20 *fattori di confondimento* (o *confondenti*), quali età, obesità, fumo, povertà, densità della popolazione ed altri fattori di rischio potenzialmente associati sia all’inquinamento da PM_{2,5} (esposizione) che alla mortalità per Covid-19 (effetto), in grado di distorcere (*bias*) la stima della mortalità in funzione dell’inquinamento atmosferico. L’inserimento di possibili confondenti si è tradotto, in altre parole, nell’esigenza di verificare se togliendo e aggiungendo altre variabili i risultati rimanevano gli stessi (stratificando per un confondente, si ottengono infatti risultati di associazione uguali negli strati ma diversi rispetto a quelli iniziali antecedenti alla stratificazione).

Dai risultati dello studio (vedi tabella che segue) emerge che un aumento di solo 1 microgrammo per metro cubo (1 mcg/m³) nell’esposizione a PM_{2,5} è associato ad un incremento del tasso di mortalità per Covid-19 dell’8% (rischio relativo RR=1,08); in altre parole, l’incidenza di morte negli esposti all’inquinamento è risultata un 8% maggiore rispetto a quella dei non esposti (stima intervallare al 95% tra il 2% e il 15%, con risultati statisticamente significativi).

FATTORE	RR	IC 95%	P-VALUE
PM2.5 (mcg/m ³)	1,08	(1,02-1,15)	0,01
Population density (Q2)	0,86	(0,60-1,23)	0,40
Population density (Q3)	0,58	(0,40-0,82)	0,00
Population density (Q4)	0,47	(0,33-0,68)	0,00
Population density (Q5)	0,52	(0,35-0,77)	0,00
% Poverty	1,02	(0,93-1,13)	0,65
log(Median house value)	1,17	(0,99-1,39)	0,06
log(Median household income)	1,28	(1,09-1,51)	0,00
% Owner-occupied housing	1,12	(1,02-1,23)	0,18
% Less than high school education	1,36	(1,21-1,52)	0,00
% Black	1,45	(1,32-1,60)	0,00
% Hispanic	1,00	(0,89-1,12)	0,99
% ≥65 years of age	1,15	(0,99-1,33)	0,07
% 15-44 years of age	0,93	(0,74-1,17)	0,54
% 45-64 years of age	0,96	(0,83-1,12)	0,62
Days since stay-at-home order	1,28	(0,97-1,70)	0,08
Days since first case	2,96	(2,50-3,51)	0,00
Rate of hospital beds	1,12	(1,02-1,23)	0,01
% Obese	0,94	(0,86-1,02)	0,14
% Smokers	1,08	(0,92-1,26)	0,36
Average summer temperature (°F)	0,96	(0,79-1,16)	0,68
Average winter temperature (°F)	1,18	(0,90-1,53)	0,22
Average summer relative humidity (%)	0,84	(0,71-1,01)	0,07
Average winter relative humidity (%)	1,00	(0,89-1,13)	0,99

I risultati dello studio, pertanto, non escluderebbero un possibile ruolo significativo dell'inquinamento atmosferico (PM2,5) nella pandemia del Covid-19 negli Stati Uniti.

Questo studio pone un primo importante gradino verso una maggiore conoscenza sull'eventuale associazione tra inquinamento atmosferico (ma quello atmosferico non è il solo a destare preoccupazione) e mortalità per Covid-19. Serviranno, chiaramente, altri studi di approfondimento. Nel frattempo, abbiamo un motivo in più per scegliere di inquinare meno il pianeta.

- https://www.esa.int/Space_in_Member_States/Italy/
[Il sensore SCIAMACHY di Envisat produce una mappa dell'inquinamento aereo globale](#)
- <https://projects.iq.harvard.edu/covid-pm>

Alessio Iodice, tecnico statistico presso l'Università di Pisa. Ha frequentato studi universitari nel campo delle Scienze economiche, ad indirizzo Territorio e Ambiente. In seguito, i suoi studi e le sue esperienze professionali si sono concentrate nel campo statistico, lavorando presso l'Ufficio Ambiente del Comune di Pisa nella figura di data analyst, come tutor di materie statistiche per alcune associazioni private, e successivamente presso l'Università di Pisa dapprima come collaboratore alla didattica per l'esame di Statistica al dipartimento di Economia & Management e negli ultimi anni come tecnico dell'Ateneo, prima dell'Osservatorio statistico e ad oggi presso l'ufficio Servizi Statistici. Amante degli animali, basa il suo stile di vita sul rispetto del pianeta. Si considera un salutista, ed è anche un trainer nel campo del fitness.

Coronavirus, la paura tiene chiusi gli ospedali ai parenti

11/09/20 di Raffaele Varvara ComeDonChisciotte.org

Nonostante i media di regime continuino ad alimentare la paura, la fase acuta del Covid-19 è alle spalle: nella giornata del 10 settembre si sono registrati 10 morti mentre il 30 marzo i decessi erano 11.591; nei reparti di degenza ospedalieri, le insufficienze respiratorie, le intubazioni e le cpap, sono ormai un brutto ricordo. Pian piano, si è tornati ad una vita para-normale: hanno riaperto bar, ristoranti, librerie...

Tuttavia in gran parte degli ospedali d'Italia, le porte delle unità operative, rimangono ancora chiuse alle visite dei parenti. L'accesso di familiari e visitatori è ancora considerato pericoloso e, quindi, rimane interdetto. Queste politiche restrittive sono motivate dal timore riguardo al rischio di riesplorazione del contagio, mentre al di fuori dell'ospedale tutto (o quasi) ha riaperto.

Negli ospedali della penisola spuntano regolamenti che applicano diverse gradualità di limitazioni: ci sono strutture che interdicono totalmente le visite dei parenti anche di pazienti critici e/o terminali o che lasciano partorire le neo-mamme da sole; altre impongono limitazioni alle visite dei familiari sia sul versante del numero di visitatori ammessi, sia su quello del tipo di visitatori (sono ammessi solo familiari più stretti), sia sul tempo per la visita (massimo 10 minuti); altre strutture concedono visite più prolungate per pazienti critici e/o in fine-vita. Al momento del ricovero, dunque, la persona è letteralmente sottratta agli affetti dei familiari e rinchiusa nella sua camera di degenza; queste limitazioni fanno sì che il paziente sia completamente spersonalizzato, come se privarlo della sua dimensione relazionale fosse un normale prezzo da pagare in cambio di terapie volte alla guarigione, in tempo di post emergenza covid. Negli ultimi anni è aumentata l'attenzione dei sanitari sul tema umanizzazione delle cure, perché si è capito che laddove si instaura un adeguato "triangolo relazionale" tra curanti, pazienti e familiari, si abbassano i contenziosi legali. Un esempio su tutti è la rivoluzione copernicana delle terapie intensive aperte. Poi è bastato un virus a farci fare un balzo indietro di 20 anni, a ulteriore riprova che l'ospedale rimane una delle grandi invarianze della società moderna.

Sono tante ancora le resistenze culturali riguardo alla presenza di familiari percepiti come un ostacolo all'assistenza. Tuttavia in molti casi la presenza del caregiver è una valida risorsa per le cure medico-infermieristiche. Numerosi dati della letteratura scientifica suggeriscono che la presenza di familiari e visitatori riduce in modo significativo le complicanze cardio-vascolari e gli indici ormonali di stress (1).

Se durante la fase acuta della pandemia, le limitazioni all'accesso dei familiari era una misura emergenziale e straordinaria, adesso a fronte di 10 decessi al giorno, bisogna tornare alla normalità, anche in ospedale. Il paziente ha diritto a essere accompagnato, nel tempo della malattia, dalle persone per lui più significative; la presenza dei familiari accanto all'assistito non è una sorta di «concessione» ma rappresenta una scelta utile e motivata, una risposta efficace ai bisogni del malato e della sua famiglia. Questa scelta esprime il rispetto e l'attenzione dovuti al paziente e alla sua dignità di essere umano. In conclusione, la paura di risultare positivi a un tampone è percepita superiore alla paura di morire da soli in un freddo reparto ospedaliero o alla paura di essere soli mentre si compiono scelte decisive per la propria salute. È proprio vero: bisogna mettersi al contrario per capire questo mondo storto!

NOTE

(1) = Fumagalli S. et al, Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation* 2006;113:946-52.

Il business chiamato Covid

R.C. 11 Settembre 2020

Lo sappiamo: la gigantesca crisi economica globale, cominciata prima dell'epidemia e aggravata da quanto accaduto negli ultimi mesi, precipiterà nelle prossime settimane in ogni angolo del mondo sulle persone comuni. Quello che sappiamo di meno, e abbiamo perfino difficoltà a quantificare, è il giro di affari che invece i colossi tecnologici (a cominciare da Google, Apple, Facebook, Amazon e Microsoft), farmaceutici e del commercio online stanno registrando. Secondo Oxfam le corporation più redditizie destineranno l'88 per cento dei loro profitti in eccesso agli azionisti

I colossi tecnologici, farmaceutici e del commercio online stanno registrando livelli di utili da capogiro.

Dall'inizio della pandemia cento grandi corporation globali quotate hanno visto una crescita del proprio valore in borsa di oltre 3 mila miliardi di dollari e i patrimoni finanziari dei 25 tra i più facoltosi miliardari al mondo hanno registrato un incremento di 255 miliardi di dollari, solo tra metà marzo e fine maggio 2020.

A rivelarlo è Potere, profitti e pandemia, il nuovo rapporto pubblicato da Oxfam a sei mesi dalla dichiarazione della pandemia da Covid-19, che denuncia quanto l'emergenza sanitaria in corso abbia portato molte grandi multinazionali non solo a ad anteporre i profitti alla salute e alla sicurezza dei lavoratori, ma anche a condizionare le politiche dei governi. Il risultato è un acuirsi impressionante di disuguaglianze già esistenti a ogni livello e in ogni angolo del mondo. Quattro delle più grandi aziende tecnologiche del pianeta, Google, Apple, Facebook e Amazon, sono proiettate a realizzare quest'anno e complessivamente quasi 27 miliardi di dollari di extra-profitti. Si stima che Microsoft sia destinata a realizzare da sola 19 miliardi di dollari di utili in più quest'anno rispetto alla media del quadriennio precedente. Da gennaio, secondo i dati forniti dalle stesse aziende, Microsoft e Google hanno remunerato gli azionisti rispettivamente con oltre 21 e 15 miliardi di dollari; Anche i giganti farmaceutici hanno visto incrementare i propri profitti. Le 7 società farmaceutiche analizzate da Oxfam stanno realizzando in media un margine di profitto del 21 per cento. (tra cui Merck, Johnson & Johnson e Roche). Del resto tre delle più importanti aziende stanno lavorando allo sviluppo di vaccini per il Covid19, grazie anche a cospicui investimenti pubblici. Secondo le stime di Oxfam, 32 tra le corporation più redditizie al mondo prese in esame nel rapporto destineranno l'88 per cento dei loro profitti in eccesso agli azionisti, di fatto arricchendo in gran misura chi è già ricco.

Vaccino: una messianica attesa di Rodolfo Saracci 11/09/2020 www.scienzainrete.it

È di questi giorni la doccia fredda della temporanea sospensione della sperimentazione di fase 3 del vaccino anti SARS-Cov-2 dell' AstraZeneca, sviluppato in collaborazione con l'italiana IRBM di Pomezia. È certamente una doccia freddissima se come ho letto in Repubblica del 9 settembre: “ L'Italia doveva ricevere tra le 2 e le 3 milioni di dosi come prima fornitura a novembre e somministrarle a persone a rischio, come chi svolge lavori sensibili come gli operatori sanitari” [1] . Apparentemente si è potuto pensare, come nelle fantasiose dichiarazioni di Trump e Putin in materia di vaccini, che la scadenza di novembre fosse una cosa seria e potessero già esistere le condizioni di sicurezza e constatata efficacia per somministrare il vaccino su larga scala. L'articolo di Repubblica aggiunge: “È una brutta tegola, dicono gli esperti”. Esperti in che cosa? Chiunque minimamente esperto vada a vedere sia il website [2] che il protocollo [3] dello studio principale di AstraZeneca, condotto negli Stati Uniti e registrato nella base dati “ClinicalTrials.gov” dei “National Institutes of Health”(NIH) degli USA (dove è ormai prassi iscrivere prima o al momento dell'inizio ogni sperimentazione clinica che si rispetti) può notare:

1. i tempi minimi dello studio principale, una sperimentazione randomizzata in doppio cieco, prevedono il 2 Dicembre come prima data (stimata) di completamento per gli effetti primari, cioè la frequenza di sintomatologie accompagnate da positività per la presenza del virus (da prevenire) e la frequenza di possibili eventi avversi. Questo esclude immediatamente la possibilità di passare alla somministrazione del vaccino in novembre, e la rende implausibile anche per dicembre tenuto conto dei tempi necessari per l'analisi dei dati raccolti fino al 2 dicembre e l'ottenimento delle autorizzazioni legali per l'uso non sperimentale.
2. il vaccino è attualmente testato in fase 3 oltre che negli Stati Uniti anche in Gran Bretagna e Brasile con l'obiettivo complessivo di arruolare nelle sperimentazioni di fase 1, 2 e 3 “fino a” 50.000 persone. Si tratta di un numero cospicuo ma va notato che non si tratta della sperimentazione clinica di un farmaco, eseguibile soddisfacentemente su qualche centinaio o poche migliaia di pazienti, ma di una sperimentazione di tipo preventivo da eseguire nella popolazione generale: il classico esempio è lo studio randomizzato del vaccino Salk contro il virus della poliomielite condotto nel 1954-55 negli Stati Uniti che ha incluso circa 400.000 bambini in età scolare [4]. Per lo studio principale di AstraZeneca, coordinato dalle Università di Rochester e Columbia, 30.000 persone sono in corso di reclutamento in 62 centri degli Stati Uniti. Si tratta di volontari adulti (di più di 18 anni, anziani compresi), maschi e

femmine, sani o con patologie indicate come 'stabili': scegliendoli a caso a 20.000 vengono iniettate per via intramuscolare due dosi di vaccino, a distanza di quattro settimane l'una dall'altra, e a 10.000 due dosi di placebo (soluzione fisiologica). Il reclutamento è iniziato negli ultimi giorni di agosto e si può ipotizzare che nel caso più favorevole si concluda a metà settembre: la somministrazione della seconda dose si concluderà quindi a metà ottobre lasciando un mese, novembre, per l'accertamento dell'effetto primario, la frequenza di malattia con positività al virus nei vaccinati e nei trattati col placebo entro la prima data di completamento dello studio, il 2 dicembre (l'effetto primario viene misurato a partire dal quindicesimo giorno dopo la seconda dose). Il protocollo così come presentato nel sito "ClinicalTrials.gov" indica che le persone reclutate nello studio saranno a "aumentato rischio di Covid-19", senza ulteriori specificazioni, ciò che rende speculativo ogni calcolo della potenza dello studio, cioè della capacità a rivelare una differenza di frequenza di Covid-19 nei due gruppi "vaccino" e "placebo", nei quali probabilmente si accumuleranno in un mese qualche centinaio di casi. Ma indipendentemente dal numero di casi sufficienti o meno a mettere in evidenza un grado di protezione del vaccino, come minimo non inferiore al 50%, un mese di osservazione resta un mese e non può dire nulla su cosa succederà dopo, a conferma di quanto erronea sia l'idea di una somministrazione su larga scala entro il 2020. Il protocollo indica in effetti che l'osservazione dei partecipanti si prolungherà fino all'inizio di ottobre del 2022 e sicuramente diversi mesi saranno ora indispensabili per acquisire dati sufficienti ad una valutazione solida della sicurezza ed efficacia del vaccino.

3. in questo momento tutta la tempistica viene rallentata dalla sospensione del reclutamento di nuovi partecipanti in tutti gli studi di AstraZeneca in attesa che venga chiarito, da parte di un comitato di sorveglianza indipendente, il significato di un serio evento avverso (finora non ulteriormente specificato) in una persona trattata col vaccino. In precedenza, all'inizio di luglio, un partecipante agli studi aveva sviluppato una mielite trasversa ma dopo l'indagine del comitato indipendente il caso era stato giudicato come una patologia del sistema nervoso non in relazione col vaccino. Il protocollo prevede una attenzione particolare per gli eventi avversi, facendo diretto riferimento a un dettagliato documento "ad hoc" [5] che elenca quelli che sulla base delle conoscenze attuali in ambito vaccinale devono essere tenuti in primo piano, per esempio la sindrome di Guillain-Barré (GBS) o la trombocitopenia.

La situazione odierna della sperimentazione AstraZeneca è solo un aspetto di una avanzata in terra in gran parte inesplorata: la patologia Covid-19 è tuttora ricca di incognite e i vaccini ottenuti via ingegneria genetica come quello di AstraZeneca sono completamente nuovi, non ne esiste finora nessuno per virus patogeni nella specie umana, mentre d'altro canto non è stato finora possibile ottenere un vaccino di nessun tipo per gli altri coronavirus patogeni per l'uomo (per esempio quelli dei comuni raffreddori). Altre incognite rimangono intorno alla complessa immunologia sia della patogenesi della Covid-19 che della risposta ai vaccini e la possibilità di effetti paradossali del tipo ADE ("antibody-dependent enhancement"), che, per esempio, limita severamente l'impiego del vaccino inizialmente apparso come molto promettente contro il virus della febbre Dengue [6]. Per quanto riguarda gli eventi avversi occorre sottolineare che anche l'osservazione di qualche decina di migliaia di persone nel corso di una sperimentazione può risultare non adeguata a rivelare eventi avversi rari, ma importanti quando si passa a vaccinare non più migliaia ma milioni di persone. Se nessun serio evento avverso è stato ad esempio registrato in un campione di popolazione di 25.000 persone osservate per un anno, cioè il tasso osservato di eventi è $0/25.000=0$, c'è una probabilità (calcolabile con la distribuzione di probabilità di Poisson) del 99% che il tasso vero nella totalità della popolazione sia compreso tra 0 e circa $5/25.000 = 0,0002$ ovvero, detto più comodamente, 200 per milione. In altre parole si può essere quasi sicuri (al 99%) che l'incidenza di eventi avversi seri non sia più alta di 200 per milione: può però essere al limite di sicurezza di 200, che quando si passa a vaccinare 10 milioni di persone vuol dire 2.000 eventi, valore da prendere in considerazione nel ponderare il rapporto "potenziali benefici/ potenziali danni".

L'attesa di un vaccino poggia su solide basi scientifiche, e fanno parte della normale costruzione di soluzioni

scientifiche a sfide come la Covid-19 le lacune di conoscenza e gli aspetti problematici appena menzionati. Ma si sta anche sviluppando, propagata nei media e sospinta da potenti interessi commerciali e politici, un'attesa messianica, che fissa nel vaccino l'unica, totale e definitiva soluzione e credendo di poterla afferrare scavalca le indispensabili tappe della ricerca e ignora il fattore-chiave del tempo: è una ricetta sicura per disillusioni e, molto più preoccupante, ripercussioni negative sulla fiducia della popolazione non solo per un potenziale vaccino per il Covid-19 ma per i vaccini in generale, inclusi quelli che attualmente salvano milioni di vite in tutto il mondo.

Riferimenti bibliografici

[1] Bocci M. Vaccini, lo stop di AstraZeneca: la situazione in Europa. Ecco cosa succede quando c'è un "evento avverso". La Repubblica, settembre 2020.

[2] AstraZeneca. University of Oxford potential Covid-19 vaccine Phase III clinical trial initiated in the US. 3 September 2020. In: <https://www.astrazeneca.com/media-centre/articles/2020/>, consultato il 10 settembre 2020.

[3] ClinicalTrials.gov. Phase III double-blind, placebo controlled study of AZD1222 for the prevention of Covid-19 in adults. In: <http://www.clinicaltrials.gov/NCT04516746>, consultato il 10 settembre 2020.

[4] Monto AS. Francis field trial of inactivated poliomyelitis vaccine: background and lessons for today. *Epidemiol Rev* 1999 ; 21: 7-23.

[5] SPEAC. (Safety Platform for Emergency Vaccines) D2.3 Priority list of adverse events of special interest: COVID-19. Work Package: WP2 Standards and Tools. v1.1. 05 marzo 2020. In: https://media.tghn.org/articles/COVID19_AESIs_SPEAC_V1.1_5Mar2020.pdf. Consultato il 10 settembre 2020.

[6] Negro F. Is antibody-dependent enhancement playing a role in Covid-19 pathogenesis?. *Swiss Med Wkly*. 2020;150:w20249. In: <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20249>, consultato il 10 settembre 2020.

Il virus del panico Linda Maggiori* 12 Settembre 2020 Comune-info.net

In bagno in fila indiana con le braccia incrociate, vietato giocare fuori dalla scuola con i bambini delle altre sezioni, in alcune scuole dell'infanzia niente più riposini ("poco igienici") e canti. Poi c'è chi vuole solo merendine confezionate e vieta la frutta per la ricreazione, mentre prosegue ovunque il festival della plastica (mascherine, gel, vassoi...). Alcune scuole particolarmente zelanti considerano infette anche le biciclette e vietano di parcheggiarle nei cortili. Ad Arcore hanno messo nastri adesivi sulle rastrelliere per garantire il distanziamento delle bici... E ovviamente tutti a prendere i bambini in auto. Non è certo ovunque così, ma è panico in molte scuole e i disastri pedagogici si intrecciano con quelli ambientali.

La scuola inizia con provvedimenti diversi a seconda di regione, comune e istituto, rischiando in molti casi di fare passi indietro da gigante in fatto di rispetto dell'ambiente e dei diritti dei bambini.

Sebbene le linee guida nazionali siano abbastanza ragionevoli, ogni regione e dirigente può restringere le maglie a piacimento. Un esempio è il delicato momento del distacco "inserimento" dei bimbi piccoli: le linee guida tutelano "l'inserimento di bimbi materna e asilo... con la presenza di un solo genitore, nel rispetto delle regole generali di prevenzione dal contagio... durante tutta la permanenza all'interno della struttura". Nella scuola di mia figlia di tre anni, a Faenza, questo non avviene. Nessun genitore può varcare il portone della scuola e il bimbo è lasciato direttamente alla maestra senza alcun momento di inserimento. Non è certo la pedagogia della lentezza e del rispetto che abbiamo studiato all'università.

Scrivete Teresa, maestra in una scuola materna in Lombardia: "Dobbiamo portarli in bagno in fila indiana con le braccia incrociate, stando attenti che lungo i corridoi non tocchino nulla e non invadano lo spazio degli altri bambini. La didattica con i "campi di esperienza per la scuola dell'infanzia" è andata letteralmente a farsi friggere. Impossibile reggere questi ritmi fino a fine anno".

Eleonora mamma di Faenza, aggiunge: “È tutto assurdo, a noi hanno detto che se fuori vediamo bambini di altre sezioni è vietato che giocano insieme, perché devono restare delle bolle. Se vado al parco quindi devo decidere con chi può giocare o no? Questo non l’ho ancora capito”.

In alcune scuole materne non sono più permessi riposini, perché “poco igienici” e neppure i canti perché cantare “emana troppi virus”. Un disastro non solo pedagogico ma anche ambientale. Sulle mascherine è una saga senza esclusione di colpi: fino a qualche settimana fa era obbligatorio l’usa e getta, poi il CTS attaccato dagli ambientalisti ha fatto marcia indietro e permesso anche quelle lavabili di comunità, ma alcune regioni restano all’obbligo dell’usa e getta. Racconta Giuliana, di Marradi (Firenze): “Da mesi stanno distribuendo gratuitamente trenta mascherine al mese per ogni cittadino, obbligatorie le usa e getta, non sono ammesse quelle in tessuto, se non come scorta”.

In molte scuole addirittura verranno concesse solo merendine confezionate per la ricreazione, vietata la frutta (senza alcuna motivazione scientifica), in altre scuole si richiedono sacchi di plastica per contenere vestiti e giubbotti. Gli imballi a quanto pare, trionferanno un po’ ovunque. Il gel disinfettante (usato in abbondanza sui bambini e su ogni superficie) comporterà un ulteriore consumo di imballaggi plastici e sostanze inquinanti. Molte scuole prevedono vassoi e contenitori monouso per la mensa, anche se le linee guida lasciano spazio a stoviglie lavabili. La caraffa purtroppo non è più permessa in nessuna mensa. Anche sul piano della mobilità sostenibile è un delirio. Quest’anno alla ripresa 2,5 milioni di bambini e ragazzi cambieranno mezzo di trasporto. Dai mezzi pubblici alle auto, per paura del Covid, per ridotta capacità mezzi pubblici, per ingressi scaglionati (facile.it). La recente riforma del Codice della Strada purtroppo non ha reso obbligatorie a livello nazionale le strade scolastiche, come più volte richiesto dalle associazioni (sono state inserite come mera definizione ma nulla di più). Rarissime inoltre sono le scuole primarie che garantiscono il diritto di uscita autonoma ai bambini più grandicelli. E così nonni e genitori si accalcheranno davanti ai portoni (alla faccia del Covid) per accompagnare a casa ragazzini di dieci anni rigorosamente in auto.

Alcune scuole particolarmente zelanti, considerano infette anche le bici e vietano di parcheggiare la bici nei cortili interni. Roberta di Como sottolinea: “Ci hanno detto che non si possono più parcheggiare le bici in cortile, perché sono oggetti personali dei bambini. Però le auto delle maestre, dei collaboratori e dei fornitori non creano problemi”. Irene, di Treviso aggiunge, spaesata: “Non so come fare. Fuori dalla scuola non ci sono rastrelliere, cercherò dei pali sicuri”. Ad Arcore hanno messo nastri adesivi sulle rastrelliere (eliminando un posto sì e uno no) per garantire il distanziamento delle biciclette...

Dalla Svizzera, Carlo (che ha due bimbe e una moglie insegnante) ci guarda stupefatto: “Da noi la scuola è iniziata con serenità. I nostri bambini fin dalle materne a scuola ci vanno da soli e tornano da soli in bici o a piedi. I bambini stanno spesso fuori, anche alle primarie, si lavano le mani in classe, la maestra non ha la mascherina, la mette solo se si avvicina molto. Due volte alla settimana disinfettano le superfici”.

* Educatrice, autrice di diversi libri (tra cui [Anita e Nico di Tempo dal Delta del Po alle Foreste Casentinesi](#) e [Impatto Zero, Vademecum per famiglie a rifiuti zero, Vivo senza auto](#)) è blogger di [famiglie-rifiutizero](#) e di [famigliensenzauto](#).

Covid fase attuale. Lettere aperte di medici, scuole usa&getta, allarmi, ricorsi, speranze africane di Alba Tecla Bosco 12/09/20 sinistrainrete.info

La confusione continua a essere grande sotto il cielo e lo sarà anche nella nebbia d’autunno. I politici italiani amano ripetere che con le loro misure di contrasto al Covid-19 si stanno scrivendo pagine di storia. Del resto, fin dall’inizio della pandemia, governi, media, addetti ai lavori hanno parlato di guerra, linee del fronte, armi, nemico unico, eroi. Dopo molti mesi la narrazione rimane invariata. Tuttavia c’è chi si fa domande

L’educazione usa e getta

Rigorosamente monouso dovranno essere le montagne di mascherine che si useranno in classe. Il 1 settembre così ha deciso il Comitato tecnico scientifico (Cts) di nomina governativa che detta le linee anti-Covid agli

italiani. Niente mascherine cosiddette *di comunità* di stoffa, lavabili e riutilizzabili (e meno che mai autoprodotte), pur ammesse dai Dpcm dei mesi scorsi. Ogni mattina, senza creare assembramenti per carità, le monouso saranno distribuite a tutti. Undici milioni al giorno, ha annunciato il commissario al Covid Domenico Arcuri. E insieme, 170.000 litri di gel igienizzante x le mani a settimana (<https://www.orizzontescuola.it/ritorno-in-classe-arcuri-saranno-distribuiti-11-milioni-di-mascherine-al-giorno-e-170-mila-litri-di-gel-igienizzante-a-settimana/>).

Anche a non voler contestare l'utilità sanitaria e l'accettabilità psico-pedagogica dei dispositivi in ambiente scolastico, rimane il loro onere ambientale. Non solo mascherine, non solo gel, non solo «sanificazione» a gogò. Dalle scuole usciranno verso la rottamazione tre milioni di banchi, sostituiti dai nuovi arrivi: quelli a rotelle per il tablet, e gli altri monoposto. Usciranno anche un numero difficilmente quantificabile di piatti e stoviglie di plastica, visto che (<https://www.peopleforplanet.it/scuola-post-covid-e-pasti-monoporzioni-in-mensa-ce-chi-dice-no/>), come denuncia la petizione di Foodinsider.it con Food Watcher e MenoPerPiù, il ministero dell'istruzione indica il *lunch box* e le monoporzioni come una soluzione per consumare il pasto in classe uno dei possibili scenari della mensa scolastica antiCovid che si prefigura è questo: pasti in monoporzioni di plastica sigillate e menù semplificati stile fast food. Un disastro i contenitori, un disastro il contenuto. Il medico ed epidemiologo Franco Berrino ha spiegato che la monoporzione è un «brutto scherzo» perché non c'è nessuna ragione scientifica che la renda necessaria anzi è più rischiosa per la diffusione del virus: <https://www.youtube.com/watch?v=OuiXKTrh5Mk&t=4s>

Domande alle istituzioni, zero risposte. Su tutti questi temi, nei loro risvolti ambientali ed economici, sono state mandate una serie di domande agli uffici stampa delle istituzioni incaricate: Invitalia e ministero dell'istruzione. A partire dal 4 agosto, con successivi solleciti. Il 25 agosto l'ufficio stampa Invitalia scrive letteralmente: «Gentile (spazio e a capo) Al momento non è possibile rispondere alla sue domande. (spazio e a capo Saluti)». Il ministero dell'istruzione non ha mai risposto.

Articolo che aumenta le perplessità!

Un'intervista fatta per assicurare sembra suscitare più domande. Qui <https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/09/02/coronavirus-ecco-perche-le-mascherine-chirurgiche-sono-piu-sicure-di-quelle-di-stoffa-richiedi-cts-non-causano-danni/5917121/> un membro del Comitato medico scientifico (Cts) sostiene che per via della certificazione le mascherine usa e getta (dette chirurgiche) a scuola sono più efficaci di quelle di stoffa (durevoli) cosiddette di comunità; ma subito dopo aggiunge che anche queste ultime «assicurano una buona protezione delle vie aeree, a patto che vengano correttamente utilizzate». Ma il problema delle modalità non si pone anche per le usa e getta? Sì! Infatti. Toccarne la superficie esterna è tabù. Ecco l'esperto: «Non ci sono rischi di contaminazione o di sovrainfezioni, a patto ovviamente che vengano seguite le semplici regole per il loro corretto utilizzo, come il ricambio periodico o l'attenzione al contatto con la parte esterna. Il rischio è quello di toccare con le dita una superficie potenzialmente infetta e poi di portare quelle stesse dita alla bocca o agli occhi. L'uso delle mascherine (...) non funziona in isolamento: deve essere associato a corretta e frequente igiene delle mani (più spesso con gel idroalcolici) e, ovviamente, distanziamento fisico. Ultimo, ma non meno importante, l'utilizzo dell'app Immuni, utile soprattutto tra gli adolescenti. » Ma se tutto è così, la presunta superiorità delle mascherine usa e getta va a farsi benedire. Dunque perché preferire l'inquinamento diseducativo del monouso? Altra domanda alla quale di fatto l'esperto non ha risposto: il Sars-CoV-2 è grande 120 nm, le mascherine chirurgiche bloccano virus da 2000 nm in su, ma allora esiste comunque il rischio contagio? Non-risposta: «Non è possibile fare un calcolo così diretto: ricordiamoci comunque che i virus non viaggiano "in isolamento", ma utilizzano le goccioline di *droplet* emesse principalmente con la tosse e con gli starnuti, e queste goccioline sono più grandi dei virus stessi». Ma allora, non basta che chi ha sintomi stia a casa o faccia attenzione? E gli studi che rilevano disagi di vario tipo per i bambini con le mascherine? Niente paura: basta «un utilizzo razionale quando necessario e un'attenta spiegazione a bambini e genitori sul perché questa misura sia al momento di cruciale importanza. Un sacrificio necessario, non enorme e speriamo temporaneo».

Cronache da una scuola surreale

Una mamma va a incontrare con appuntamento il dirigente scolastico della scuola dei figli, per capire le linee guida. «Sono entrata con la mascherina, tutti la indossavano, ha lasciato nome cognome, indirizzo, numero di telefono, numero del documento. Mi hanno misurato la febbre e ho dovuto firmare un'autocertificazione nella quale dichiaravo di non avere il Covid. Solo dopo tutta questa trafila dalla bidella sono stata accolta. La prima impressione è che si tratti non più di una scuola ma di un ospedale psichiatrico. Ho convinto il preside a pubblicare le linee guida sul sito della scuola. Mascherine: non obbligatorie al banco ma per entrare, uscire e andare in bagno. Qualora il bambino dovesse avere sintomi simil Covid, raffreddore, tosse, febbre verrà prelevato e condotto in stanza Covid da 3 o 4 referenti Covid, alcuni della scuola e altri dell'Asl, dovrà indossare un camice bianco e la mascherina, e saranno chiamati i genitori e l'Asl. Il punto è: sarà necessario un tampone per scagionarlo? A questa domanda il preside non ha saputo rispondere ma mi farà sapere. Il punto è: se per ogni raffreddore o starnuto o colpo di tosse un bambino dovrà ricevere un tampone, si tratterebbe di una situazione allucinante, traumatizzante e invasiva. Qualora invece il bambino dovesse ammalarsi a casa, per essere riammesso a scuola il pediatra di famiglia si prenderà la responsabilità del certificato? Perché pare che lo far solo previo esito del tampone. E' chiaro che nessuno vuole assumersi responsabilità. Chiediamo, riflettiamo. Il bambino dopo il tampone dovrà aspettare l'esito e non potrà uscire insieme alla mamma nel caso risultasse positivo, dovrà fare la quarantena con la madre, sempre; e il padre e i fratelli? Dovranno andare in un'altra abitazione? Quarantena anche a loro? Tampone? E il lavoro?». Una insegnante elementare: «Qui a scuola è un delirio. Anche solo distribuire fogli ai bambini... La mascherina è l'ultimo problema. Tutto il contesto...spostamenti, banchi, armadi, materiale...non so. Non credo che durerà, anche perché qualunque altro posto pubblico, bar, ristoranti non è così. Perché a scuola ci si deve complicare così la vita?».

Lettera aperta dei medici Ampas su «contagi», diritti e vera prevenzione

In una fase in cui si parla continuamente di aumento dei contagi (perché i morti e malati gravissimi non ci sono più), ecco alcuni brani della lettera aperta (<https://www.medicinadisegnale.it/?p=1183>) dei 935 medici dell'Ampas e di diversi psicologi, sui rischi della situazione. Fa seguito a un'analogia presa di posizione nel mese di aprile, nel pieno della crisi. «È estremamente fuorviante confondere le persone sane asintomatiche, positive al tampone, con i "contagiati" (che per definizione devono essere malati). Se l'asintomatico viene considerato fonte di contagio, questo significa che scuole, aziende e altri centri di aggregazione verranno tutti chiusi e messi in quarantena, poiché i tamponi a tappeto effettuati sulle persone sane danno spesso falsi positivi, fornendo una falsa immagine di diffusione della patologia, quando invece l'unica cosa che si sta diffondendo è la resistenza anticorpale alla malattia stessa. (...) È di grande importanza sovvertire subito questa menzogna, che rischia di portarci a nuovi *lockdown* (magari inizialmente parziali) per una patologia di cui ora si conosce meglio un approccio terapeutico efficace, i cui decessi quotidiani sono da 100 a 500 volte inferiori rispetto a quelli dovuti a problemi cardiovascolari (circa 600 decessi/giorno) e a quelli dovuti a tumori (circa 500 decessi/giorno). Patologie cardiovascolari e tumorali che potrebbero essere facilmente prevenute con interventi sistematici sullo stile di vita (movimento fisico, eliminazione zuccheri, controllo del peso, cibi senza pesticidi, riduzione inquinamento, stop al fumo). (...) Noi, con questa lettera, vogliamo solo che ci sia restituita la verità dei fatti: che gli asintomatici non vengano assoggettati a inutili tamponi e che i diritti costituzionali da noi duramente conquistati (diritto al lavoro, all'istruzione, alla libera circolazione, alla libera scelta di cura, alla privacy) non ci siano più sottratti, ora e per sempre. Alleghiamo documenti e relazioni che chiariscono in modo inequivocabile la nostra posizione». Nella documentazione allegata, e nelle fonti indicate, risulta che: lo stesso Centro europeo per il controllo delle malattie imporrebbe il tampone solo per i sintomatici; che l'asintomatico non è un problema (prendendo come modello l'infezione da Sars e Mers-Cov il rischio di trasmissione in fase asintomatica-prodromica sembra essere basso o molto basso); vale anche per i comuni modelli di infezione virale respiratoria. Il contributo apportato da potenziali casi asintomatici nella diffusione epidemica appare limitato. Il documento Ampas illustra anche altri aspetti: l'illegittimità degli obblighi imposti con norme amministrative; l'inaffidabilità dei tamponi che possono dare vari falsi positivi; il fatto che i tamponi sono un

test non quantitativo (quindi non c'è correlazione fra positività e infettività): c'è la possibilità di fare danni con il tampone faringeo eseguito ormai in massa. La percentuale dei positivi sui tamponi è stabile e non in aumento, ma questo non viene detto.

Non dimentichiamo l'allarme di 700 psicologi e psichiatri...

E' della scorsa primavera il Comunicato – L'allarme di Psicologi e Psichiatri

<https://comunicatopsi.files.wordpress.com/2020/05/comunicatopsi.pdf> che metteva «in guardia sui danni psicologici derivanti ai bambini, agli adulti, alle categorie a rischio derivanti da questa situazione di panico e coercizione sia scolastica che lavorativa. Tale allarme, leggiamo nella lettera aperta di Ampas, è stato ormai validato nelle sue premesse e previsioni da centinaia di studi scientifici nazionali e internazionali. Nella storia è la prima volta che intere nazioni confinano in casa sia cittadini malati che milioni di persone perfettamente sane, pertanto in occasione di scelte così draconiane ancora mancava una letteratura scientifica sulle conseguenze psicologiche». Al fine di analizzare la situazione e proporre interventi volti a restituire serenità e fiducia alla popolazione, un gruppo di professionisti della salute mentale si è unito sotto il nome di Sinergetica, Movimento di Libera Psicologia. Si richiama il sostanziale aumento delle violenze domestiche durante il lockdown e nel periodo successivo, sia nei paesi latini che anglosassoni, l'aumento delle nuove dipendenze e dell'uso di sostanze, con conseguente crescita della criminalità connessa, e maggiore vulnerabilità dei soggetti coinvolti nei confronti di ogni tipo di infezione; il visibile fallimento nella capacità di regolazione dell'ansia in bambini e adolescenti, obbligati a modalità di didattica a distanza e così privati del contatto con amici e docenti, che sappiamo essere fondamentale. Disagio che si rivela particolarmente grave nei minori con problematiche mentali, nei figli di immigrati o in bambini con bisogni educativi speciali; l'aumento nella popolazione generale di stati affettivi negativi, ansia generalizzata, incertezza per il futuro, perdita della stabilità progettuale e di opportunità lavorative, a fronte di interventi pubblici di sostegno psicosociale spesso poco efficaci, nonché difficilmente accessibili. Fattori che contribuiscono ad un preoccupante aumento del rischio di suicidio. Ma il 21 agosto con una sua dichiarazione, l'Oms ha dimostrato di non temere effetti negativi. Qui <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-children-and-masks-related-to-covid-19> si suggerisce che i dodicenni e oltre usino la maschera alle stesse condizioni degli adulti, soprattutto se il metro di distanza non è garantito e se c'è molta trasmissione nell'area.

Ricorsi legali in Francia

Un giudice amministrativo di Strasburgo ha sostenuto (<https://www.youtube.com/watch?v=oSrRVZ304cI>) che non è legale imporre la mascherina dappertutto e in qualunque orario (si pensi per strada e in ore deserte): il prefetto (che ha accettato la decisione) avrebbe dovuto precisare zone e fasce a rischio. Potrebbe fare giurisprudenza. I ricorrenti sono un medico e uno psicologo. E un medico, Jean-Michel Crabbé, il 27 agosto ha chiesto con lettera raccomandata (<https://covidinfos.net/covid19/lordre-des-medecins-duit-e%cc%82tre-juge-pour-manquements-graves-a-lethique-medicale-selon-le-dr-crabbe/1893/>) che l'Ordine dei medici sia giudicato per gravi inadempienze rispetto alla sua missione e all'etica medica, a causa dell'inazione rispetto ai discorsi apocalittici di media e politici. L'Ordine avrebbe dovuto «ristabilire la verità e fornire a medici e pubblico le cifre vere provenienti dai registri di Stato e dai servizi mortuari». Anche l'inquinamento ambientale è stato ampiamente negletto e l'Ordine dei medici ne porta la responsabilità.

Il professor Toussaint a Radio France Internationale sulla fase attuale

Il docente ribadisce (<https://www.youtube.com/watch?v=b6Yh1EQIYQw>): «Non c'è ragione di allarmarsi: da tempo gli indicatori più importanti – il numero di decessi, il numero di pazienti in rianimazione e di ospedalizzati – non smettono di decrescere, sono i più bassi dalla scorsa primavera. Sull'aumento dei casi positivi, che non vuol dire ammalati, si insiste in maniera ingiustificata. Aumentano i casi rilevati perché si fanno moltissimi test e inoltre in proporzione ci sono molti falsi positivi, anche 4500 al giorno». In Francia è diventato obbligatorio portare la mascherina anche all'aperto in molte città (periferie comprese). Toussaint spiega: «Secondo l'ultimo rapporto dell'Oms non ci sono studi di qualità che permettano di raccomandare la mascherina dappertutto, cioè per esempio all'esterno. Si tratta soprattutto di una misura di precauzione politica,

un mimetismo che si impone progressivamente nelle abitudini di vita ma che non è fondato su un argomento scientifico». E precisa: «Quelle maschere erano molto importanti nella fase più letale, esplosiva della malattia, in primavera in Europa, insieme al distanziamento. Ma adesso siamo alla fine della prima fase dell'epidemia in Europa, perché ci sono 100 volte meno morti adesso rispetto alla scorsa primavera». In ogni caso, «il termine incoerenza è probabilmente quello che meglio qualifica l'insieme delle decisioni prese. Si vede che si tratta di una trattativa fra conoscenze e paure, fra la nostra inquietudine come società e la realtà e occorre trovare condotta che permetta di rispondere». Il fisiologo avverte inoltre: «Deve anche riprendere l'attività medica, che al di fuori della rianimazione è diminuita del 50%. E gli effetti di un confinamento cieco sarebbero 100 volte superiori agli effetti della malattia.» Il virus è meno virulento? «Bisogna capire perché abbiamo 130 morti al giorno su 500 milioni di abitanti. Possono esserci elementi legati alle mutazioni virali non si sa quali più importanti, ma soprattutto è sull'immunità cellulare, collettiva che abbiamo molte cose da capire, ma bisogna interpretare la fase benigna in Europa» Perché allora sovrastimano la gravità? «Non sono nelle teste dei decisori per capire come interpretano le cifre. Di certo c'è stata una fase molto virulenta. Ce ne sarà forse un'altra, si vede che la malattia continua in India e in alcuni paesi del Sud America ma non tutti. La questione degli obiettivi politici deve essere pista, anche a livello di decisori all'Oms che hanno raccomandato misure che forse non erano le più appropriate».

La Svezia sostiene la lotta contro la crisi alimentare da pandemia. La Svezia sta destinando somme rilevanti all'Ifad per affrontare, nelle aree rurali più vulnerabili, la crisi alimentare dovuta alle restrizioni ai movimenti e al commercio. Piccoli agricoltori e produttori devono continuare ad avere accesso agli input, alla liquidità e ai mercati.

Documento firmato da 75 professionisti della salute da oltre 10 paesi

Qui il testo in francese (<https://covidinfos.net/wp-content/uploads/2020/08/FR-international-alert-message.pdf>) del documento firmato da medici, infermieri, ricercatori di Francia, Austria, Belgio, Lussemburgo, Perù, Stati Uniti, Germania, Sudafrica, Camerun, Repubblica Ceca, Iraq, Sudafrica, Canada, Svizzera. Articola una critica sanitaria, politica e sociale alle misure anti-Covid. «Non è la prima volta che l'umanità si trova di fronte a un nuovo virus, si pensi all'H2N2 nel 1957, all'H3N2 nel 1968, al SarsCoV nel 2003, all'H5N1 nel 2004, all'H1N1 nel 2009, al Mers CoV nel 2012, ma mai sono state prese misure come quelle attuali». All'obiezione per la quale il virus causa una malattia grave, rispondono: «Il Sars-CoV-2 è un virus che all'85% dà forme benigne e il 99% delle persone colpite guarisce. A differenza dell'influenza non è un pericolo per bambini e donne incinte, si propaga meno rapidamente dell'influenza e il 90% dei decessi avviene fra persone avanti con gli anni. Queste dovrebbero essere protette, come le altre popolazioni a rischio.» E «nel caso dell'influenza non si adottano misure di distanziamento e maschere benché colpisca un miliardo di persone all'anno e ne uccida 650.000». E l'allarme degli ospedali saturi? Il problema riguarda o ha riguardato *qualche* ospedale (si pensi alla Lombardia o a New York). E «comunque anche nel corso delle epidemie di influenza si parlava di tsunami negli ospedali, di zone di guerra, di stato di emergenza, ma senza confinare nessuno né bloccare l'economia mondiale». I firmatari attirano l'attenzione sugli effetti collaterali negativi delle misure anti-virus, sul piano economico, educativo, psicologico, ma sanitario: si trascurano le altre malattie, soprattutto croniche. Per non dire delle gravi conseguenze sull'agricoltura. I firmatari condividono il parere di chi ha messo in guardia contro l'intubazione quasi sistematica di certi pazienti. I protocolli vanno modificati. Alla popolazione ripetono: non abbiate paura, il virus è benigno, se non fate parte delle categorie a rischio: «Se si usasse altrettanta attenzione per l'influenza, si troverebbero cifre ancora più alte.: ogni giorno la televisione vi direbbe: 3 milioni di casi e 2.000 morti. E per la tubercolosi, ogni giorno: 30.000 casi e 5.000 morti - la tubercolosi infetta ogni anno oltre 10 milioni di persone e uccide 1,8 milioni)».

Evviva l'Africa

Dopo aver suonato tante volte la campana a morto con comunicati tipo «sarà un'apocalisse nel continente», l'Organizzazione mondiale della sanità dichiara (<https://www.bbc.com/news/world-africa-53181555>) che in Africa l'epidemia potrebbe aver passato il picco, anche se poi avverte i governi: mai essere troppo fiduciosi

mentre si cerca di tornare alla (difficile) vita normale. Focalizziamoci su quello che davvero importa: i morti e gli ammalati gravi. In Africa «la mortalità pro capite è bassa rispetto al resto del mondo, malgrado le carenze nelle infrastrutture sanitarie di molti paesi africani». E come mai? Si spiega tutto con la giovane età? Certo il 60% degli africani ha meno di 25 anni. Ma c'è altro, e dovrebbe fare riflettere: «Sono meno comuni in Africa problemi come obesità e il diabete 2» (fattori che rendono più grave l'azione del virus). Anche il numero di persone che hanno semplicemente incontrato il virus è in discesa, soprattutto nei paesi più popolosi come Sudafrica, Nigeria ed Egitto. Naturalmente poi l'Oms, come l'Ong International Rescue Committee, si affretta ad affermare che «questi dati sono da valutare con cautela per via delle capacità e delle modalità di fare test e dei ritardi nel riferire i casi». Ad esempio il Kenya da tre settimane ha deciso di focalizzarsi sui test ai gruppi a rischio più elevato. Anche il Sudafrica ha scelto di testare solo i sintomatici. A proposito: quanto costano in Africa test e tamponi?

Come mai la bassa mortalità in Africa? Ipotesi dal Sudafrica

Come spiega Shabir Mahdi, virologo sudafricano, i timori di un'apocalisse (di morti e ospedali nel caos), avanzati anche negli scenari più ottimistici, non si sono avverati, gli ospedali sono quasi vuoti, sono stati evitati i picchi registrati altrove. Perché - malgrado i quartieri sovraffollati, i punti d'acqua solo nelle strade, l'impossibilità di mantenere il distanziamento sociale quando una famiglia numerosa condivide una sola stanza? Salim Karim, capo del team di consiglieri del governo, sostiene (<https://www.bbc.com/news/world-africa-53998374>) che «l'età non è un fattore così importante». Allora ha funzionato bene il lockdown? Ma dappertutto in Africa, le condizioni logistiche hanno reso impossibili il distanziamento assoluto e chiusure totali, benché stabilite per tempo. E dunque? Mahdi avanza un'idea: la densità di popolazione e le tradizionali condizioni di povertà, considerate un fattore di rischio (per il diffondersi del virus), potrebbero giocare a favore: offrire una protezione extra. Altri coronavirus, per esempio quelli delle comuni influenze, potrebbero aver infettato in modo massiccio le popolazioni, creando un'immunità protettiva che ha fatto barriera contro la nuova epidemia.

Dalla Spagna: senza mascherina fra amici e congiunti, che rischio!

Sembra una barzelletta, ma qualcuno https://www.elconfidencial.com/tecnologia/2020-08-29/mascarillas-covid19-coronavirus-kn95-fpp2_2727015/ risponde alla domanda sul perché la Spagna, pur essendo il paese forse più fedele alle mascherine, è anche in testa alle statistiche sui nuovi focolai di «contaminazione». Spiegazione? Eccola: l'obbligo di portare la mascherina non si applica a riunioni in famiglia e con amici. E quando si svolgono per esempio in un bar o ristorante, ecco che la necessità di mangiare e bere offre «la scusa perfetta per aggirare la regola». E dunque che fare?

“Trattano da malata gente perfettamente sana: è una violenza!” Dott. Ivo Pulcini 13/09/20
www.radioradio.it (VIDEO)

Per le strade ci si aggira con diffidenza, talvolta anche con paura: la caccia all'untore non si è esaurita con i mesi caldi dell'emergenza. Bastano una mascherina fuori posto, uno starnuto o un colpo di tosse a destare l'attenzione. Le ragioni, secondo il Dottor Ivo Pulcini, sono strettamente collegate alla grande confusione che scienza e media continuano a fare tra malato e asintomatico, positivo e contagioso: “Se il soggetto è asintomatico come faccio a dire che è malato? Può essere positivo – osserva – ma non so se è contagioso”. Una cosa gravissima secondo il Medico dello Sport e Direttore Sanitario della S.S. Lazio, poiché si finisce per trattare non da malato, ma peggio da untore, colui il quale alla fine probabilmente non è nemmeno contagioso. Ci vuole la diagnosi, il test purtroppo secondo me non è in grado di dare una diagnosi. Alla fine se il soggetto è asintomatico come faccio a dire che è malato? Può essere positivo, ma non so se è contagioso. Intanto stabiliamo se chi è positivo è malato e contagioso, o malato, o solo contagioso, o tutti e due o nessuno dei due. “Esistono delle situazioni organiche in ogni singolo individuo. Mi domandavo se è giusto o no che noi abbiamo

una specie di verità assoluta, e in medicina non esiste, per cui vado in aeroporto prendo la temperatura che guarda caso è 37.7 e questo viene tacciato come un malato. Vogliamo restituire al medico la possibilità di dire che dipende da altre cose? Se uno ha corso per non perdere l'aereo? Tacciarli per malati quando sono perfettamente sani è una violenza, un'ingiustizia. La verità assoluta non può esistere con dei codici. E' gravissimo, viene ingiustamente accusato di malattia o di contagio o di positività chi magari non ha niente, viene messo in quarantena come se fosse un untore. Restituiamo al medico la sua funzione di medico e se c'è il dubbio che sia contagioso lasciamo che decida il medico, non le verità assiomatiche”.

13 milioni di mascherine agli studenti ogni giorno: sarà il più grande e sottovalutato DISASTRO AMBIENTALE d'Italia? Andrea Zoppolato - 13/09/2020

L'Italia è l'unico Paese al mondo che distribuisce mascherine usa e getta a tutti gli studenti. E forse c'è un perchè se nessun altro Paese al mondo ha deciso di farlo. Il primo perchè sono i costi. Ma il secondo è molto più inquietante: il rischio di un disastro ambientale irreparabile.

14 settembre. Riaprono le scuole in Italia. Per fronteggiare il Covid le due principali innovazioni saranno: i banchi “rotanti” e 13 milioni di mascherine usa e getta date agli studenti ogni giorno. Due misure che nessun altro paese al mondo ha adottato. E forse c'è un perchè. Il primo perchè sono i costi. Ma il secondo è molto più inquietante: il rischio di un disastro ambientale unico nella storia d'Italia. “Italiani, popolo di incivili”.

Scommettiamo che questo sarà il mantra della prossima estate quando saremo sommersi dal pattume di mascherine? Mascherine nel mare, mascherine nei fiumi, sui prati, ovunque. Che incivili che siamo. Ma anche in questo caso, chi sono i veri incivili? Per capirlo anche in questo caso facciamo due conti.

Se solo l'1% dei nostri ragazzi le getterà via, ci saranno 130.000 mascherine in più che inquinano il nostro ambiente ogni giorno

Ogni giorno verranno distribuite nelle scuole 13 milioni di mascherine di plastica usa e getta. 13 milioni. Poniamo che una cifra irrisoria, appena l'1% vada buttato in giro, per diverse ragioni, per bambini che le perdono in strada, per errati smaltimenti nelle scuole, per rottura o, perchè no, per comportamenti incivili dell'1% dei nostri ragazzi. 1% di 13 milioni significa 130 mila. Ogni giorno se appena l'1% dei nostri ragazzi si comportasse in modo incivile si avrebbero 130mila mascherine che inquinano l'ambiente. Significa 1,3 milioni al mese. Più di 15 milioni in un anno di mascherine in giro per il nostro povero Paese. E tutto questo nell'ipotesi migliore quasi irrealista: che solo l'1% dei ragazzi le gettasse in modo disordinato. Ma ancora non basta. FCA produrrà 27 milioni di pezzi per il mercato interno. Se anche qui applichiamo l'1% di tasso di inciviltà sarebbero 270 mila mascherine che inquinano ogni giorno. E stiamo applicando un tasso di inciviltà ridicolo: l'1%, da campioni del mondo di civiltà. E allora chi sono gli incivili: gli italiani che al 99% stanno rispettando l'ambiente o chi ha deciso questa produzione immensa di materiale inquinante, senza preoccuparsi della loro gestione e del loro smaltimento?

L'Italia unico paese al mondo a distribuire mascherine gratis a tutti gli studenti: ma chi ha pensato al loro smaltimento?

L'Italia risulta l'unico Paese al mondo a dare mascherine usa e getta a tutti gli studenti ogni giorno, a spese dei contribuenti tra l'altro. Se siamo l'unico Paese ad adottare una misura così forse qualche ragione per sospettare che non sia così intelligente esiste. Due esempi dimostrerebbero infatti che potrebbe non esserlo. Tutti i paesi scandinavi (Svezia, Danimarca, Finlandia, Norvegia e Islanda) insieme ad altri paesi, tra cui l'Olanda, non solo non distribuiscono mascherine agli studenti ma non obbligano più a indossare le mascherine in alcuni casi perfino negli spazi interni. Questo perchè le mascherine sono ritenute non solo inutili se non pericolose contro il Covid, perchè indurrebbero un falso senso di protezione, ma soprattutto perchè rappresentano una seria minaccia di inquinamento ambientale. In Germania si trovano praticamente solo mascherine lavabili e anche la Francia, seppur più prudente degli altri paesi del nord Europa, ha deciso di iniziare a distribuire mascherine

nelle scuole, ma solo ai meno abbienti e solo mascherine lavabili, da dare una tantum, proprio per evitare problemi nel loro smaltimento. Nell'epoca della sensibilità ambientale è incredibile come in Italia ci sia così tanta superficialità di fronte al più grave rischio di inquinamento ambientale degli ultimi decenni: con la diffusione di materiale inquinante senza eguali nella storia non solo d'Italia ma di qualunque paese civile. E' lecito cercare di fronteggiare la diffusione del virus. Ma la domanda è: è lecito farlo a qualunque prezzo, rischiando di distruggere l'ambiente in cui viviamo e causando un danno che rischia di non essere più sanabile per generazioni? Siamo ancora in tempo (forse): o si crea un sistema infallibile per il loro smaltimento o bisogna bloccare la diffusione di questo numero colossale di mascherine usa e getta nelle nostre scuole.

L'appello dei malati di MCS: «Gel disinfettanti per il Covid, verificatene la tossicità»

di Redazione ilcambiamento.it 14-09-2020

Sette associazioni che raccolgono malati di Sensibilità Chimica Multipla, fibromialgia ed encefalite mialgica hanno scritto ai ministri della Salute e dell'Ambiente nonché agli assessori regionali alla sanità: «Anche triclosan ed etanolo nei gel disinfettanti per le mani, se ne verifichi la tossicità».

Sette associazioni che raccolgono malati di Sensibilità Chimica Multipla, fibromialgia ed encefalite mialgica hanno scritto ai ministri della Salute e dell'Ambiente nonché agli assessori regionali alla sanità: «Anche triclosan ed etanolo nei gel disinfettanti per le mani, se ne verifichi la tossicità». Le associazioni che hanno sottoscritto la lettera aperta inviata alle autorità competenti sono A.m.i.c.a., Comitato Veneto Sensibilità Chimica Multipla, Comitato Oltre la MCS, A.N.A.S.I.N.T.A., CFU-Italia Odv, MCS Inness e W.A.T.C.H. Ingreen. Nella lettera inviata a ministri e assessori sottolineano quanto segue.

«Il Comitato Tecnico Scientifico per il contenimento dell'epidemia da SARS-CoV-2, in base alle evidenze scientifiche, ha elaborato criteri e raccomandazioni di carattere sanitario tra le quali troviamo l'uso dei gel disinfettanti per le mani. Noi ne abbiamo preso in esame alcuni, eseguendo una vasta ricerca nei vari siti dell'U.E. deputati allo scopo, es. ECHA, REACH et altri, per capire la nocività o meno dei componenti dei gel stessi. Abbiamo controllato diverse marche usate sia nella GDO, che nei negozi ed enti in genere ed abbiamo riscontrato che riportano come avvertenza:

- attenzione
- pericolo
- pericolo - effetti tossici e cronici
- pericolo - effetti cronici

Tra le sostanze presenti in alcuni gel troviamo:

- Triclosan, sostanza bandita dalla F.D.A., già nel 2016 , può accumularsi nei tessuti e nel latte materno, causando, tra l'altro, alterazioni della funzionalità epatica e polmonare;
- Etanolo, alcool tossico, in quantità variabili dal 50 al 75% del totale dei componenti;
- Metilisotiazolinone segnalato (già nel 2013) dall' "American Contact Dermatitis Society" quale "allergene da contatto";
- Thimerosal, composto organico (sale di Mercurio) con il 49,55% di mercurio . Sostanza che si può accumulare nel cervello, reni e fegato e, tra l'altro, l'uso del mercurio è fortemente limitato e scoraggiato per motivi ambientali dal Trattato delle Nazioni Unite di Minamata (UNEP 2008);
- Propanolo, etanolo methoxisopropanol, isopropylalcohol, sostanze non approvate o in attesa, da anni dell'approvazione dall'UE;
- ACRYLATES/C10-30, ALKYL ACRYLATE, CROSSPOLYMER, riportate nel registro ECHA in attesa (anche dal 2018) di valutazione, insieme ad altre 145.297 sostanze;
- alcune sono classificate come sostanze infiammabili (H 225);
- in presenza di quantità inferiori al 3% del principio attivo nella miscela, il produttore è autorizzato a non segnalare situazioni di pericolo;

- Metanolo, usato come solvente e reagente nei processi chimici industriali, controindicato per la disinfezione della pelle per via dei suoi effetti collaterali. “È tossico in quanto induce depressione del sistema nervoso centrale, può causare cecità e morte se ingerito”;

- Fragranze: si ignorano i componenti di TUTTI i prodotti indicati con questa dicitura.

Considerando che:

- la F.D.A., Food and Drug Administration, l'ente governativo statunitense che si occupa della regolamentazione dei prodotti alimentari e farmaceutici, a luglio del 2020 ha ritirato dal mercato circa 75 prodotti disinfettanti per le mani in quanto contenenti metanolo. Il metanolo viene usato come solvente e reagente nei processi chimici industriali, e non è indicato come prodotto per disinfettare la pelle per via dei suoi effetti collaterali. Pericoloso per la salute, è un composto tossico che induce depressione del sistema nervoso centrale e può causare cecità e persino la morte se ingerito;

- ad agosto del 2020 la [F.D.A. allunga l'elenco dei disinfettanti per le mani pericolosi a oltre 100](#) ».

Le associazioni hanno dunque chiesto alle autorità competenti, appellandosi al principio di precauzione:

«- di verificare la tossicità di queste sostanze in base alle norme vigenti dettate dalle varie organizzazioni come OMS, Ministero della Salute, F.D.A. ecc.;

- di informare la popolazione con la massima urgenza sugli effettivi rischi nei quali può incorrere.

- il Principio di Precauzione è importante e fondamentale base d'azione quando, la Scienza non riesce a fornire una chiara risposta in relazione alla protezione della salute umana, animale e vegetale;

- Secondo la Commissione europea, il “Principio” può essere invocato quando: può presentare effetti potenzialmente pericolosi e la valutazione Scientifica non consente di determinare il rischio con sufficiente certezza».

In mare più mascherine che meduse. E con il rientro a scuola sarà sempre peggio

Roberta Ragni 14/09/20 da www.greenme.it

Oggi milioni di studenti sono rientrati in classe, portando non solo i loro zainetti, ma anche tanta emozione, un po' di paura e... la loro immancabile mascherina usa e getta (obbligatoria per tutti i bambini e ragazzi sopra i sei anni). Il Governo ha annunciato che verranno distribuite 11 milioni di mascherine al giorno a disposizione loro e del personale scolastico.

“La distribuzione avviene con cadenza settimanale o bisettimanale, in relazione al numero di alunni e di personale scolastico presenti in ciascuna istituzione scolastica”, si legge in una nota del ministero.

Ma che fine faranno queste mascherine? E quante tonnellate di rifiuti produrremo in questo modo? Verranno inceneriti o finiranno dispersi in mare? Relativamente ai rifiuti che si originano dall'uso quotidiano e diffuso di dispositivi di protezione come guanti e mascherine, l'ISPRA ha stimato, all'inizio di maggio scorso, una produzione complessiva di rifiuti a fine 2020 compresa tra 160mila e 440mila tonnellate, con un valore medio di 300 mila tonnellate. Questo quanto emerso relazione della “Commissione ecomafia su Covid-19 e ciclo dei rifiuti”. Così, se fino a poco prima della riapertura delle scuole si pensava che questi volumi potessero essere “gestibili dal sistema impiantistico italiano senza squilibri”, ora invece gli esperti iniziano a lanciare l'allarme.

“Purtroppo gli inceneritori non bastano, soprattutto nel Mezzogiorno dove questi impianti sono una rarità — avverte Chicco Testa, esperto di ecologia e presidente dell'Assoambiente — e di conseguenza un gran numero di rifiuti e di mascherine sanitarie usate non vengono distrutti ma finiscono nelle discariche o, peggio, dispersi nell'ambiente”.

Così, non è improbabile pensare che presto nel Mediterraneo ci saranno più mascherine che meduse.

D'altronde, l'organizzazione ecologista francese Opération Mer Propre lo aveva già denunciato in tempi meno sospetti, documentando la comparsa di questi rifiuti sulle coste e i fondali del paese. Le immagini dalle coste francesi erano già davvero terribili.

“Li stavamo aspettando, sono arrivati, ma non nel posto giusto... Le prime maschere sono apparse nel Mediterraneo” si leggeva nel post pubblicato sulla pagina Facebook dell’associazione.



Tutto questo non è che destinato a peggiorare...

[Fonti: Ministero Istruzione, Ispra, Assoambiente](#)

Sapreste dire quante mascherine monouso sono state utilizzate ogni mese dall’inizio della pandemia? 15/09/20 www.ilpost.it

È un numero certamente enorme e difficile da quantificare, ma ci sono dati a sufficienza per fare stime ritenute piuttosto attendibili. Secondo uno studio pubblicato su Environmental Science and Technology, nel mondo sono stati impiegati ogni mese 129 miliardi di mascherine monouso. Il calcolo è stato fatto nell’ambito di una ricerca più estesa per valutare l’impatto sulla produzione dei rifiuti durante la pandemia. Nei rifiuti prodotti ogni anno c’erano già mascherine, guanti e altri dispositivi di protezione individuale, ma la loro quantità è aumentata enormemente negli ultimi mesi.

Se ci limitiamo all’Italia, le stime più affidabili parlano di una produzione totale da un minimo di 160mila a un massimo di 440mila tonnellate di guanti e mascherine, solo per il 2020. Per farsi un’idea delle proporzioni, in Italia i rifiuti urbani complessivi saranno poco più di 30 milioni di tonnellate (sulla loro produzione ha inoltre influito il rallentamento delle attività e dei consumi durante i mesi di lockdown). Per motivi igienici e dei materiali impiegati per produrle, le mascherine monouso devono essere gettate nella spazzatura generica (indifferenziata).

L’Istituto Superiore di Sanità consiglia inoltre di gettare tutti i rifiuti nell’indifferenziata nel caso di “utenze domestiche in cui sono presenti soggetti positivi al tampone, in isolamento o in quarantena obbligatoria”, proprio per ridurre rischi di eventuali esposizioni al coronavirus da parte di altre persone.

Lo smaltimento finale avviene nelle discariche o negli inceneritori, con procedure già applicate per il resto dei rifiuti e che - se eseguite come previsto nelle normative - non costituiscono un rischio particolare per la salute. Come abbiamo avuto modo di sperimentare dall’inizio della pandemia, da scarsamente disponibili in farmacia le mascherine monouso negli ultimi mesi sono diventate facilmente reperibili, anche in altri tipi di negozi e online.

La maggior parte dei paesi si è infatti attrezzata per raggiungere una produzione tale da soddisfare la domanda, anche se questo ha comportato sforzi logistici non indifferenti e investimenti notevoli. Il progressivo ricorso alle mascherine lavabili ha contribuito a migliorare le cose, ma è bene ricordare che quelle di stoffa devono essere lavate di frequente e che è sempre importante verificare la loro efficacia nel ridurre il rischio di esposizione al coronavirus. 129 miliardi, già.

E sapreste dire quante mascherine monouso vengono usate ogni mese nel mondo? Dite un numero

I [vari tipi di mascherine](#) arrivati sul mercato in seguito alla pandemia sono diventati una presenza costante nella nostra vita quotidiana, e con ogni probabilità lo resteranno per mesi. Dopo tante discussioni sulla loro utilità, reperibilità, prezzo e modi d'uso, in questi giorni in Italia si è tornati a parlare del loro [impatto sull'ambiente](#). Le mascherine, spesso usa e getta, sono infatti un rifiuto da smaltire nelle discariche o attraverso la distruzione negli inceneritori o nei termovalorizzatori (gli inceneritori in cui il calore prodotto dalla combustione dei rifiuti è utilizzato per produrre energia). Il tema è tornato su siti e giornali dopo che l'associazione francese Opération Mer Propre ha sostenuto che nei mari ci sarebbero già ora «più mascherine che meduse», e con l'inizio della scuola il WWF [ha raccomandato](#) di non disperderle nell'ambiente. In certi casi è stato evidenziato l'impatto ambientale relativo all'incenerimento o allo smaltimento delle mascherine (comunque una piccola parte dei rifiuti totali). In altri casi, invece, al rischio di contagio per chi deve recuperare, trasportare e gestire i rifiuti indifferenziati (che finora sembrano essere minimi).

Le quantità in ballo

Non esistono numeri certi su quante mascherine siano state prodotte, vendute o usate nel mondo dall'inizio della pandemia, ma secondo uno [studio](#) pubblicato su *Environmental Science and Technology* e [citato](#) da *Reuters*, dall'inizio della pandemia sono state usate nel mondo ogni mese almeno 129 miliardi di maschere monouso, alle quali vanno poi aggiunte mascherine di altro tipo e altri dispositivi di protezione individuale, come i guanti. Limitandosi all'Italia, a maggio l'ISPRA (l'Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale) [aveva stimato](#) per tutto il 2020 una produzione totale da un minimo di 160mila tonnellate a un massimo di 440mila tonnellate di guanti e mascherine. Per mettere le cose in prospettiva, quest'anno – considerando anche una diminuzione durante i mesi del lockdown – in Italia i rifiuti urbani complessivi saranno poco più di 30 milioni di tonnellate.

Le mascherine vanno nell'indifferenziata

Come [spiegato](#) a maggio dall'Istituto Superiore di Sanità (l'ISS), le mascherine vanno nella spazzatura generica (l'indifferenziata) per via dei materiali di cui sono fatte, ma ancora di più perché ogni mascherina è potenzialmente infetta. Lo stesso vale, tra l'altro, anche per la carta per usi igienici e domestici (come fazzoletti, tovaglioli e carta in rotoli): rifiuti che in molti casi potrebbero essere riciclati, ma che per precauzione l'ISS ha invitato a buttare nell'indifferenziata. Nel caso di «utenze domestiche in cui sono presenti soggetti positivi al tampone, in isolamento o in quarantena obbligatoria», l'ISS [ha spiegato](#) anche che andrebbe sospesa la differenziazione dei rifiuti gettando tutto nell'indifferenziata, e che «per ulteriore precauzione» le mascherine usate da soggetti positivi a tampone o in isolamento andrebbero messe in un sacchetto che va chiuso prima di essere buttato in un altro sacchetto, per evitare che quelle mascherine entrino in contatto con altri rifiuti. Esistono poi regole specifiche per lo smaltimento delle mascherine usate negli ospedali, che esistevano da prima della pandemia.

Le mascherine arrivano negli inceneritori o nelle discariche

Una volta gettate nell'indifferenziata e ritirate da chi di dovere, le mascherine arrivano agli inceneritori e ai termovalorizzatori oppure alle discariche, insieme a tutti gli altri rifiuti che non possono essere riciclati. Nel primo caso, le mascherine si uniscono alle circa 5 milioni di tonnellate di rifiuti italiani che ogni anno finiscono negli inceneritori. Nel secondo caso – per esempio quello delle regioni senza inceneritori, che in Italia sono [40 e quasi tutti al Nord](#) – le mascherine vanno nelle discariche, così come ogni anno vanno circa 6 milioni di tonnellate di altri rifiuti. Al loro arrivo nelle discariche le mascherine – insieme con gli altri rifiuti – sono processate, sterilizzate e stoccate. Come ha spiegato l'ISPRA, tutto questo viene fatto «secondo le consuete modalità di trattamento, applicando le necessarie precauzioni finalizzate ad evitare la manipolazione diretta dei rifiuti da parte degli operatori».

Anche nel caso degli inceneritori le mascherine vengono trattate come gli altri rifiuti. Come [ha spiegato AGI](#), «i rifiuti che arrivano a bordo dei camion vengono inizialmente sottoposti a un controllo radiogeno» e «nel caso in cui il valore di radioattività sia superiore a quello stabilito per legge si attende che l'elemento decada fino a scendere sotto la soglia stabilita». I rifiuti sono poi messi «in una fossa profonda decine di metri» e, una volta *pronti*, sono bruciati a temperature «sufficienti ad azzerare la carica virale degli oggetti».

Dal punto di vista delle procedure, dunque, le mascherine non creano grossi problemi: e nemmeno dal punto di vista della quantità di materiale da trattare o bruciare. Tra l'altro, come ha spiegato Valeria Frittelloni, responsabile ISPRA del Centro nazionale dei rifiuti e dell'economia circolare, viste le evoluzioni nell'uso delle mascherine da maggio a oggi, «siamo più vicini al margine basso della forbice» ipotizzata a maggio (quindi più vicini a 160mila tonnellate annue, che non a 440mila). E già quelle stime dimostravano che anche «nella peggiore condizione possibile il sistema distributivo avrebbe retto».

Cosa si può fare

Il progressivo ricorso alle mascherine lavabili ha contribuito a migliorare le cose, diminuendo il numero di quelle monouso in circolazione, ma è bene ricordare che quelle di stoffa devono essere lavate di frequente e che è sempre importante verificare la loro efficacia nel ridurre il rischio di esposizione al coronavirus.

Sono poi allo studio nuovi tipi di mascherine, probabilmente meno problematiche per l'ambiente. In questi giorni, per esempio, [si è parlato](#) di quella in canapa, quindi compostabile, prodotta dall'azienda francese Geochanvr. Frittelloni ha parlato di «tavoli aperti» e «progetti allo studio del ministero dell'Ambiente» per «sistemi di raccolta sperimentale» delle mascherine. Resterebbe però il problema dovuto al loro riciclaggio: per questioni sanitarie ma anche perché servirebbero appositi impianti.

I casi di coronavirus stanno aumentando ma i decessi rimangono stabili. Perché?

di Carl Heneghan* e Tom Jefferson* 16/09/20 [sinistrainrete.info](#)

Solitamente la diagnosi di Laboratorio dell'infezione da COVID-19 si basa sulla ricerca in un tampone delle alte vie aeree (naso-faringeo o oro-faringeo) dell'RNA virale con metodiche di biologia molecolare (PCR). Tuttavia, [come sostiene il prof. Heneghan](#), Direttore del Centro di Medicina basata sull'Evidenza [la pratica medica basata sull'uso esplicito e coscienzioso delle migliori prove scientifiche] dell'Università di Oxford, "annunciare semplicemente i nuovi positivi al test ci dice molto poco, mentre quello che dobbiamo sapere con un ragionevole grado di certezza è se un caso 'positivo' è contagioso oppure no", anche per non correre il rischio di isolare persone non infettanti e mettere in quarantena i loro contatti o intere comunità. Alla luce di questi presupposti, di recente ha avuto ampia risonanza mediatica (si veda, ad esempio, [qui](#) e [qui](#)) la notizia di una possibile sovrastima al tampone dei casi effettivamente positivi e contagiosi, riportata in un [lavoro del team di Oxford](#) attualmente in corso di revisione tra pari. Una scoperta importante che aggiunge ulteriori elementi a un dibattito in corso nel mondo scientifico e con ampie ricadute nella pratica clinica (si veda ad esempio [qui](#) oppure [qui](#)).

Il ragionamento sotteso è spiegato dal prof. Heneghan e dal suo collaboratore T. Jefferson in un [articolo divulgativo pubblicato il 1° settembre su The Spectator](#), di cui presentiamo di seguito la traduzione.

* * * *

Sta accadendo qualcosa di alquanto strano nelle due nazioni europee più colpite dal Covid-19. Il Regno Unito e l'Italia registrano un numero crescente di casi ma un numero stabile e molto basso di decessi, anche settimane dopo che i casi hanno ripreso ad aumentare.

Al momento in cui scriviamo, il Regno Unito registra 1.750 nuovi casi al giorno e un decesso su una popolazione di 67 milioni. Con una popolazione più o meno simile e una media di 602 casi al giorno, l'Italia ha avuto poco più di quattro morti al giorno nell'ultimo mese. Il rapporto tra casi e morti non si avvicina nemmeno a quello che era al picco della pandemia. L'altra caratteristica degna di nota è che i casi riguardano una popolazione più giovane.

Ci possono essere diverse spiegazioni per questo andamento. In primo luogo, l'agente virale potrebbe essere mutato in una forma meno virulenta. Sebbene siano stati pubblicati alcuni studi che mostrano mutazioni minori, questo è ciò che ci si aspetterebbe da un virus a RNA che è intrinsecamente instabile (si pensi ai virus influenzali, che cambiano continuamente forma).

In secondo luogo, forse abbiamo imparato ad affrontare meglio il Covid-19. A parte il desametasone [un farmaco corticosteroide, n.d.t.] nell'esiguo numero di ricoverati in terapia intensiva, non ci sono trattamenti specifici per la malattia e dato che non si osserva un aumento sostanziale dei ricoveri o della gravità dei casi, anche questa sembra una spiegazione improbabile.

In terzo luogo, le nostre misure preventive potrebbero aver funzionato, facendo sì che si manifestino nuovi casi solo quando si verificano degli errori. Se così fosse, ci sarebbe da spettarsi un'efficacia contro tutte le forme di infezioni respiratorie acute, come le malattie invernali. Questo è effettivamente accaduto nell'emisfero australe, ma il cambiamento nell'età dei casi verificatisi non si adatta a questa teoria.

Una quarta possibile e molto più complessa spiegazione è ciò che chiamiamo il "problema di realtà". Si stanno rapidamente accumulando evidenze che i test utilizzati in tutto il mondo per identificare i casi in modalità binaria "Sì o No" vengono utilizzati in modo semplicistico e non coordinato. [Abbiamo già spiegato](#) i limiti della reazione a catena della polimerasi (PCR o Polymerase Chain Reaction) per eseguire test di massa.

La PCR è un test molto sensibile, il che significa che rileva i frammenti più piccoli del virus di cui si effettua la ricerca amplificando il campione milioni di volte. Tuttavia, un frammento non è un virus intero, capace di replicarsi e di infettare altri esseri umani. È una piccola parte della struttura virale che il primer della PCR sta cercando, non l'intero microrganismo [I primer costituiscono gli elementi di innesco della reazione di amplificazione, n.d.t.]. Solo virus interi possono infettarci.

Inoltre, raramente viene riportato il numero di cicli di amplificazione necessari per raggiungere un "test positivo". Ora sappiamo che questa è un'informazione cruciale per interpretare i risultati. Un numero molto alto di cicli può rilevare dei frammenti e dare un risultato positivo, ma un numero inferiore di cicli è molto più probabile che identifichi individui infettati e infettivi che richiedono la quarantena.

Ci si aspetterebbe che tutto questo venisse riportato nei risultati della PCR, ma di routine non viene fatto. E c'è di peggio. Un test molto sensibile è vulnerabile alla contaminazione con materiale genetico estraneo (da qui la necessità di preparare adeguatamente gli operatori). La rapida espansione dei test effettuati potrebbe aver eroso la nostra capacità di mantenere l'ambiente sterile, a causa della accresciuta produttività e delle condizioni di forte pressione in cui è avvenuta la formazione del personale di laboratorio. Abbiamo anche trovato studi che esaminano le diverse performance dei kit PCR sullo stesso campione e i risultati non sono incoraggianti, con un'ampia variazione dei cicli soglia [il numero di cicli di amplificazione necessari per individuare il materiale genetico che si sta cercando, n.d.t.] per gli stessi risultati positivi, il che indica la necessità assoluta di test standardizzati in tutto il mondo, che confrontino continuamente procedure e prestazioni dei test rispetto all'unica vera regola aurea per misurare la contagiosità di una persona: la coltura virale.

[Stanno aumentando le evidenze](#) che una buona percentuale di "nuovi" casi lievi e di persone che risultano di nuovo positive al test dopo la quarantena o la dimissione dall'ospedale non sono contagiosi, ma stanno semplicemente eliminando particelle innocue di virus che il loro sistema immunitario ha gestito in modo efficiente. Le persone la cui immunità è più attiva sono esattamente nella fascia di età dei "positivi" osservati e hanno meno probabilità di accusare una malattia grave.

Quindi, sembra che vi sia una realtà della circolazione virale, probabilmente in rapido declino, e una realtà percepita di un simpatico test usato in modo improprio e interpretato in maniera semplicistica che può essere utilizzato con grande efficacia quando la circolazione virale è molto più alta (essendoci una maggior probabilità che un test positivo identifichi correttamente il virus) o allo scopo di trovare tracce di virus che sono bravi a nascondersi nel nostro corpo, o per trovarne dei frammenti nelle acque reflue che ne indicano la presenza in qualche momento nel passato.

Per evitare questa realtà duale e i pericoli di isolare persone non contagiose o intere comunità, abbiamo bisogno di uno sforzo internazionale per la standardizzazione dei test, la loro calibrazione periodica rispetto alla coltura [virale] o ad altre misure riconosciute di infettività e rigorosi protocolli e procedure di laboratorio, probabilmente con un'autorità centrale di rilascio delle licenze. È necessario fare molto di più per correlare i cicli soglia, le caratteristiche dei pazienti e le informazioni sulla circolazione del virus. La medicina e la sanità pubblica riguardano le persone, non i tabulati.

Traduzione di Rosa Anselmi

* Carl Heneghan è Professore di Evidence-Based Medicine e Direttore del Centro di Evidence-Based Medicine dell'Università di Oxford

* Tom Jefferson è Ricercatore del Centro di Evidence-Based Medicine dell'Università di Oxford.

"Covid: sarebbe bastato lasciar lavorare i medici di base"

17/09/20 Intervista di Francesco Santoianni da l'Antidiplomatico

Zero morti in Val Seriana. Intervista a Riccardo Munda, il medico di base che ha deciso di non interrompere le visite ai suoi pazienti

Covid. In teoria, l'estromissione dei medici di base avrebbe dovuto essere finita a maggio con l'inizio della Fase Due: in pratica, ancora oggi, molti gli ambulatori medici deserti, visite a domicilio sostituite da telefonata e ricetta inviata via mail. Le conseguenze sono devastanti: [mortalità schizzata al 32%](#) dopo sintomi cardiaci che avrebbero potuto, invece, essere diagnosticati e affrontati; accessi tardivi al pronto soccorso (per paura della quarantena obbligatoria dopo un pur [fallace tampone](#)); sospensione [delle diagnosi di tumori](#) che rischia di determinare una ecatombe nei prossimi mesi...

Una situazione aggravata anche della crisi della [medicina territoriale](#) che ha avuto esiti devastanti a marzo quando una [circolare](#) del ministero della Salute dispensava i medici di base (tutti lasciati privi di validi dispositivi di bio-protezione e terrorizzati da un fraudolento tasso di letalità del virus comunicato dal governo) dalle visite a domicilio che venivano surrogate con una telefonata supportata da un surreale [questionario](#). Il risultato è stato l'aggravamento di tanti pazienti anziani, (che l'anno prima con una bombola di ossigeno, antibiotici e la rassicurante presenza del medico riuscivano a superare la malattia) spediti infine nei "reparti Covid" a morire, in solitudine, per infezioni [infezioni ospedaliere](#).

Un motivo in più per intervistare uno dei pochissimi medici italiani che, invece di starsene a casa, effettuava, in Val Seriana già dall'inizio dell'epidemia, innumerevoli visite a domicilio: [Riccardo Munda](#); medico di base che (risultando "scomodo per il governo" il suo impegno) non solo non è stato premiato con qualcuna delle innumerevoli [onorificenze](#) assegnate agli "eroi del Covid" ma è stato pressoché ignorato dai media (qui l'unica [intervista RAI](#), di qualche decina di secondi).

Quindi, a febbraio, quando il governo raccomandava ai medici di base di starsene a casa, lei...

"Io, comprato i dispositivi di bio-protezione di tasca mia, ho continuato a visitare, nelle loro abitazioni, i miei pazienti e anche quelli di altri colleghi. Il risultato è stato: zero ricoveri ospedalieri e zero morti fra tutti i miei mutuari di Selvino (700 persone in un paese di meno di 3.000 abitanti)"

In Val Seriana, nell'epicentro dell'epidemia?! Ma come ha fatto considerato che allora non si conosceva nessuna cura per il Covid?

"Proprio perché non c'era una cura, era fondamentale intervenire subito. E quindi non solo visitare il paziente, ma visitarlo spesso per aiutare il fisico a reagire, calibrando e ricalibrando i farmaci a ogni suo minimo segnale. E cioè l'esatto contrario di quanto veniva ufficialmente consigliato: lasciarlo solo fin quando non riusciva più a respirare e poi farlo ricoverare in terapia intensiva."

Ma non ha aveva paura di contagiarsi con un virus presentato in TV come l'anticamera dell'obitorio?

"Di certo, non la manifestavo, anche perché non si può trasmettere forza e coraggio ad un paziente se il medico

manifesta la paura. Comunque, tengo a precisare, che la mia è la storia di tanti altri medici di base che hanno affrontato l'epidemia facendo il loro dovere. E questo nonostante le indicazioni governative, privi di validi sistemi di bio-protezione e, addirittura, senza poter essere sottoposti al test del tampone. Insomma, l'immagine di quella che si è ridotta ad essere la medicina territoriale in Italia."

L'eccezione SVEDESE. Contagi e decessi vicini allo zero, nessuna paura di nuove ondate. "La nostra è l'unica strategia sostenibile nel lungo termine"

17/09/2020 Credits: theguardian.com

"La malattia sarà ancora con noi per molto tempo, e dobbiamo imparare a convivervi". Pubblichiamo estratti traduzione articolo di Jon Henkley per "The Guardian" – Sweden spared European surge as coronavirus infections stay low

In tutto il mondo viene considerata l'eccezione nella lotta al Covid. E' la Svezia. Guardata con sospetto da chi confida nelle politiche delle restrizioni, incensata dai fans della libertà individuale. A che punto siamo? Come pubblica The Guardian, mentre in tutta Europa i casi sono in crescita, l'unico Paese ad andare in controtendenza è la Svezia. La sua strategia basata sulle raccomandazioni senza obblighi o divieti, sul suggerimento di evitare le mascherine e sul raggiungimento di un minimo di immunità di gregge, proteggendo gli anziani, si sta dimostrando un successo: pochi contagi, decessi e persone in terapia intensiva. Inoltre non esiste il problema scuole visto che addirittura non hanno mai chiuso. L'intervista dell'epidemiologo Tegnell che fa il punto della situazione.

I casi in Svezia sono ai livelli di marzo, 30 ogni 100.000 abitanti

Il Paese scandinavo sta vedendo una diminuzione nel numero dei contagi ed è tornato ai livelli di marzo con una media di casi settimanali per ogni 100.000 abitanti che si è attestata, al 16 settembre, a 30,4 secondo i dati del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie. Una cifra molto più bassa di Spagna e Francia, che ne registrano 281 e 162, inferiore a quella di paesi che hanno messo in campo misure molto più restrittive come il Regno Unito (55,6), l'Italia (32,8), la vicina Danimarca (52,4) e quasi pari a quella dell'altro grande Paese scandinavo, la Norvegia, con i suoi 28 contagi ogni 100mila abitanti.

"Il numero dei casi è sceso a un livello più basso degli altri paesi europei, la mortalità è quasi zero e ci sono pochi casi in terapia intensiva. Siamo molto contenti di come stanno andando le cose."

L'impressione è che la strategia di un lockdown soft, basato quasi esclusivamente sul buon senso dei cittadini, stia alla lunga dando i propri frutti. L'epidemiologo di Stato, Anders Tegnell, intervistato alcuni giorni fa da France 24: "Siamo molto contenti di come stanno andando le cose, il numero dei casi è sceso negli ultimi mesi, siamo a un livello più basso della maggior parte dei Paesi europei. La mortalità è quasi zero e ci sono pochi casi in terapia intensiva". Il suo approccio, che sta facendo discutere in tutto il mondo, lo ha reso una celebrità in patria dove è molto apprezzato dai suoi concittadini.

"La nostra è una strategia più sostenibile, che puoi mantenere in atto per lungo tempo, invece della strategia che impone lockdown, poi riaperture, e poi di nuovo lockdown"

Lo scienziato ha attribuito questo risultato principalmente a due fattori, da una parte il fatto che i cittadini hanno seguito i consigli sul distanziamento fisico, e dall'altra sulla possibilità che nel frattempo si sia sviluppata comunque una certa immunità di gregge nella popolazione. "L'immunità non è mai stata un obiettivo, nel senso che di certo non volevamo che la gente si ammalasse di proposito", ha garantito l'epidemiologo, sottolineando che le misure di social distancing sono state messe in campo, anche se non sono state imposte con la forza e sono state più leggere. Questo le avrebbe, a suo avviso, rese più semplici da seguire per molto tempo.

"La nostra è una strategia più sostenibile, che puoi mantenere in atto per lungo tempo, invece della strategia che impone lockdown, poi riaperture, e poi di nuovo lockdown", ha spiegato anche se, ha concesso, "solo alla fine vedremo quanta differenza ha fatto". Anche durante il picco di marzo le misure di quarantena sono state

minime: sono state vietate le riunioni di oltre 50 persone (limite che ora è stato alzato però a 500) e le persone anziane, fragili o con sintomi sono state invitate a rimanere a casa. Però il governo ha lasciato aperte scuole, negozi e ristoranti, puntando solo su distanziamento sociale e sul senso di responsabilità dei cittadini, a cui ad esempio veniva chiesto di lavorare da casa quando possibile, ma a nessuno è stato imposto di indossare mascherine.

La Svezia ha registrato un numero di morti, in proporzione alla popolazione, più basso rispetto ai Paesi che hanno attuato il lockdown più restrittivo

Per l'economia del Paese è stato un grosso vantaggio, ma dal punto di vista sanitario non tutto però ha funzionato come sperato e il numero di morti (5.860) è stato tra i più alti d'Europa in proporzione alla popolazione, anche se comunque più basso di Paesi che hanno scelto la quarantena rigida come Italia, Spagna, Belgio e Regno Unito. Questo, secondo Tegnell, dimostrerebbe che non c'è una "completa" connessione tra la strategia e il numero dei casi e soprattutto dei decessi che sono dovuti a delle falle che purtroppo ci sono state nella protezione delle case di cura, dove appunto c'è stato il più alto numero di morti, come avvenuto anche nel Regno Unito. Ma il sistema sanitario in generale "ha retto" l'impatto della pandemia, ha rivendicato lo scienziato, secondo cui anzi, la scelta di non imporre misure restrittive lo ha aiutato perché il lockdown per gli ospedali "serve al Covid-19 ma avrebbe conseguenze negative in molte altre aree", con migliaia di pazienti affetti da altre malattie che sarebbero messi in lista d'attesa con conseguenze spesso gravi. Questo però non significa che il Paese sia fuori pericolo, anzi, e Tegnell non ha escluso l'insorgere di nuovi focolai, localizzati in diverse zone del Paese. "La malattia sarà ancora con noi per molto tempo, e dobbiamo imparare a conviverci", ha avvertito.

Fonte articolo: *The Guardian*.

Medico tedesco: il vaccino per il COVID-19 "potrebbe rivelarsi il peggior errore"

Prof. Dr. Paul Cullen 17 Settembre 2020 www.comedonchisciotte.org

Il rischio di un prodotto incompleto e inefficace sta aumentando, causando danni enormi alla salute.

10 settembre 2020 (LifeSiteNews) – Il primo vaccino è stato sviluppato alla fine del XVIII secolo dal medico inglese Edward Jenner. Il successo di Jenner è stato così clamoroso che rimane il modello per tutti i programmi di vaccinazione fino ad oggi. Il vaccino contro il vaiolo evidenzia le quattro caratteristiche che caratterizzano un valido candidato al vaccino.

1. La malattia da vaccinare deve essere talmente grave da giustificare la vaccinazione di un gran numero di persone. Questo perché vengono vaccinate persone sane che potrebbero non venire mai a contatto con l'agente patogeno. Pertanto, bisogna essere sicuri che i benefici superino i rischi con grande certezza e con un ampio margine. In caso contrario, la vaccinazione costituisce una minaccia per l'incolumità fisica. Questo principio di precauzione, che si esprime nel detto "Primum, nihil nocere" (primo, non nuocere), è stato per oltre 2.000 anni il principio guida di ogni azione medica. Questa consapevolezza è anche la ragione per cui per lungo tempo la produzione di vaccini è stata esclusivamente nelle mani del governo.
2. L'agente patogeno non deve cambiare. Se si verificano mutazioni frequenti, praticare la vaccinazione è come sparare a un bersaglio in movimento con una arma fissa: si può colpire il bersaglio, ma di solito lo si manca.
3. L'agente patogeno deve essere presente solo nell'uomo, perché la sua eradicazione è possibile solo se non trova ospitalità negli animali.
4. Infine, la vaccinazione dovrebbe fornire una protezione a lungo termine e completa contro la malattia bersaglio.

Di solito, lo sviluppo di un nuovo vaccino richiede *dai sei ai dieci anni*. In primo luogo il vaccino deve essere prodotto in colture cellulari, in uova di pollo o per mezzo di processi biologici molecolari. Tuttavia, questa produzione rappresenta solo una piccola parte dello sviluppo complessivo. Particolarmente impegnativo è il test, che si svolge in una fase pre-clinica in provetta e in esperimenti su animali, seguito da tre fasi cliniche con soggetti che accettano la sperimentazione. Nella prima fase clinica, la tollerabilità del vaccino viene solitamente testata su meno di cento persone. Si risponde a domande come ad esempio: nel sito di iniezione si manifestano arrossamenti o dolori? Provoca un'inflammazione? Si verificano dei decessi?

Se il vaccino supera questa fase, che dura da settimane a mesi, la seconda fase coinvolgerà fino a 1.000 persone per stabilire se il vaccino provoca una reazione immunitaria. Se questo è il caso, e il vaccino non crea alcun effetto collaterale grave, segue la terza e più lunga fase di test. Nella maggior parte dei casi, da 30.000 a 50.000 persone vengono divise in due gruppi, uno dei quali riceve il nuovo vaccino e l'altro un placebo. Entrambi i gruppi sono poi di solito esposti a un'infezione con l'agente patogeno bersaglio per quattro o sei anni. Trascorso questo periodo, si verifica se il gruppo di persone vaccinate contrae meno infezioni, o almeno più lievi, di quelle del gruppo placebo. L'osservazione a lungo termine di molte persone serve anche a rilevare effetti collaterali rari e gravi.

Attualmente, il mondo intero sta aspettando il nuovo vaccino contro il Covid. In un podcast video, la cancelliera tedesca Angela Merkel ha detto che il tema è "come sviluppiamo i vaccini per tutte le persone del mondo". Il presidente degli Stati Uniti Donald Trump ha persino annunciato in televisione di essere pronto a "essere il primo a ricevere il vaccino". In un'intervista radiofonica, il primo ministro bavarese Markus Söder ha riflettuto sull'idea di sospendere i medici che rifiutano di somministrare vaccini come quello contro il Covid. Quasi tutto ciò che riguarda lo sviluppo del vaccino contro il virus della SARS-CoV-2 si discosta dai principi dello sviluppo di un vaccino.

Affinché un agente patogeno sia idoneo come candidato alla vaccinazione, deve rappresentare un rischio significativo per tutti. Tuttavia, sta diventando sempre più chiaro che le gravi manifestazioni del Covid-19 sono, con poche eccezioni, limitate a persone molto anziane con patologie preesistenti. Per il resto della popolazione, le progressioni sono lievi e spesso asintomatiche, soprattutto nei bambini. Inoltre, il virus è estremamente soggetto a mutazioni ed è quasi onnipresente nel regno animale. Dati più recenti indicano anche che l'immunogenicità del vaccino può essere difficile da ottenere. Pertanto, non è certo se gli anticorpi da soli proteggano o se la cosiddetta immunità cellulo-mediata non sia l'obiettivo principale. Inoltre, i livelli di anticorpi sembrano diminuire rapidamente dopo l'infezione ed è ancora più probabile che diminuiscano dopo la vaccinazione. Tutto ciò fa sì che sia piuttosto discutibile che il SARS-CoV-2 giustifichi o richieda una vaccinazione di massa.

Attualmente sono in fase di sviluppo circa 200 candidati al vaccino contro la SARS-CoV-2, di cui almeno dieci già in fase di sperimentazione clinica. Per tutti i candidati, il fatto che si stiano abbreviando le fasi di test, come sta effettivamente avvenendo, è altamente problematico. È vero che si può guadagnare tempo eliminando gli ostacoli burocratici e che i vaccini mRNA o DNA richiedono meno tempo per la produzione rispetto ai vaccini convenzionali, ma nel complesso non è possibile risparmiare più di un anno circa. Qualsiasi ulteriore riduzione delle fasi successive del test è associata a un maggiore rischio di effetti collaterali e a una valutazione meno efficace. Non è possibile evitare questo problema con una procedura di test, per quanto sofisticata: si tratta di un fatto biologico.

Molti dei vaccini sono problematici anche per altri motivi; per esempio, il vaccino sviluppato dall'Università di Oxford e dall'azienda farmaceutica AstraZeneca, che è già nella terza fase di sperimentazione clinica. Questo vaccino, che consiste in un adenovirus di scimmia che trasporta la proteina spike SARS-CoV-2, viene realizzato su una linea cellulare ricavata da reni di feto abortito, probabilmente nel 1972. Candidati simili, come il vaccino sviluppato da CanSino Biologics Inc. e dall'Istituto di Biotecnologia dell'Esercito cinese, nonché una variante dell'Università di Pittsburgh, utilizzano o questa linea cellulare renale o un'altra linea cellulare di feto abortito nel 1985.

Cinque altri vaccini attualmente in sperimentazione clinica sono costituiti da molecole di RNA messaggero (mRNA) che vengono iniettate sotto la pelle o nel tessuto muscolare e assorbite dalle cellule del nostro corpo. Lo mRNA, un cugino molecolare del DNA, viene utilizzato per trasmettere le informazioni genetiche del DNA al ribosoma, la “catena di montaggio della produzione di proteine” nella cellula. Lo mRNA nel vaccino, che è strutturato come lo RNA nel virus della SARS-CoV-2, “cattura” le nostre cellule e le induce a produrre ed espellere parti del virus della SARS-CoV-2. In teoria, queste innescano poi una reazione immunitaria di protezione contro il virus.

Il principio della vaccinazione mRNA, su cui si lavora da più di 20 anni, sembra promettente ma presenta rischi considerevoli. Per questo motivo i vaccini mRNA sono stati finora approvati solo in medicina veterinaria (salmone e maiale) e non nell’uomo. Il rischio principale è il possibile innesco di gravi reazioni autoimmuni. La difesa immunitaria è diretta non solo contro l’agente patogeno, ma anche contro il proprio corpo. A quel tempo, i vaccini mRNA furono sviluppati contro le malattie polmonari SARS e MERS che, come nel caso del Covid-19, erano causate da coronavirus. Non solo questi vaccini non hanno dimostrato un’efficacia a lungo termine, ma hanno anche causato gravi reazioni autoimmuni nel tessuto polmonare, motivo per cui non hanno superato gli studi clinici.

Un altro candidato nei test clinici non è costituito da mRNA, ma da DNA del materiale genetico che viene iniettato direttamente nelle persone sottoposte al test. La modalità d’azione è simile a quella dei vaccini mRNA, con il DNA inserito nella catena di informazione uno step prima dello mRNA. Pertanto, il vaccino a base DNA comporta non solo gli stessi rischi di un vaccino mRNA, ma anche rischi aggiuntivi. Per esempio, può verificarsi una reazione immunitaria contro il DNA stesso, i cui effetti non sono chiari. Inoltre, e più importante, esiste la possibilità che una parte del DNA del vaccino si integri con il nostro DNA. Un inserimento nel punto sbagliato può portare a gravi conseguenze indesiderate, come lo sviluppo del cancro. Non ci sono segnalazioni di un tale effetto, che ha portato il biochimico e direttore dell’Istituto Paul Ehrlich, Klaus Cichutek, a dire che “nel caso dei vaccini a base di DNA, abbiamo trascorso molti decenni a perseguire un rischio teorico che non è mai stato effettivamente provato negli animali e negli studi clinici”. Questa affermazione deve essere considerata riduttiva perché non esiste alcuno studio a lungo termine su un numero maggiore di persone. Inoltre, la maggior parte delle pubblicazioni sull’argomento proviene dai laboratori di ricerca dei produttori di vaccini.

I requisiti per un vaccino in termini di sicurezza ed efficacia sono molto più elevati di quelli per i farmaci. Questo è tanto più vero quando l’intera umanità è in gioco come beneficiaria. Il virus della SARS-CoV-2 non è particolarmente adatto come candidato alla vaccinazione di massa. L’affrettato programma di sviluppo non può garantire la sicurezza richiesta. Quasi tutti i vaccini attualmente in fase di sperimentazione clinica sono non etici o basati su principi attivi i cui effetti a lungo termine e la cui efficacia non sono mai stati testati sull’uomo. Ma, nella produzione di vaccini, il diavolo si nasconde nei dettagli. Nonostante le intense ricerche condotte nel corso di diversi decenni, non disponiamo ancora di un vaccino contro l’HIV o la malaria ed anche l’efficacia della vaccinazione annuale contro l’influenza è solo tra il 10 e il 30%. Nel 2010, il vaccino contro l’influenza suina “affrettato e sporco” si è rivelato un fiasco, sia sotto il profilo degli effetti collaterali sia sotto quello dell’efficacia. Alla fine potrebbe non essere possibile trovare un vaccino contro la SARS-CoV-2. Ma ciò è di gran lunga preferibile rispetto ad un prodotto incompleto e inefficace che causa danni gravi alla salute per i quali, non dimentichiamolo, non il produttore del vaccino, ma il grande pubblico pagherebbe. Col senno di poi, un simile scenario potrebbe rivelarsi il più grande errore dell’intera vicenda COVID.

Aggiunto dall’autore dopo la pubblicazione originale:

Dopo la stesura di questo articolo è stato segnalato l’uso di un vaccino adenovirus prodotto dal Gamaleya Research Institute of Epidemiology and Microbiology di Mosca, Russia, di proprietà dello Stato. Questo vaccino, chiamato “Sputnik V”, contiene una miscela di due adenovirus che sono stati geneticamente modificati per portare sulla loro superficie la proteina spike SARS-CoV-2 (glicoproteina S). L’autore non è stato in grado

di determinare se sono state utilizzate linee cellulari fetali umane nello sviluppo di questo vaccino, che è stato introdotto dopo una sperimentazione clinica di fase uno che ha coinvolto solo 76 individui.
*L'articolo di cui sopra è stato pubblicato per la prima volta il 27 agosto 2020 dal settimanale cattolico tedesco Die Tagespost. Il Prof. Dr. Paul Cullen, l'autore, è presidente di "Medici per la vita" in Germania. Il suo articolo è stato tradotto con il permesso di Martin Bürger di LifeSite.
Scelto e tradotto da Cinthia Nardelli per comedonchisciotte.org.*

Un commento a Guido Dalla Casa Igor Giussani www.decrecita.com 17/09/20

Qualche giorno fa, sul sito di Arianna Editrice, Guido Dalla Casa ha pubblicato una breve riflessione intitolata '[Ascoltare la scienza?](#)', dove in estrema sintesi riporta concetti già espressi in altri articoli e libri applicati al caso concreto della pandemia da Covid-19. Non trovo nulla di particolare da eccepire, tuttavia ho l'impressione che i suoi ragionamenti trascurino un aspetto secondo me imprescindibile, ossia l'atteggiamento con cui fruire della scienza soprattutto quando, come il cittadino medio, non si vantano particolari titoli o competenze in materia. A tale riguardo, sta girando sui social network un post riguardante il Covid (ma il concetto di per sé può riguardare tante altre tematiche) di cui riporto un estratto che, purtroppo, temo rifletta un sentimento abbastanza condiviso:

Non ho ricevuto le mie informazioni per telepatia, connessa al Grand Guru della Suprema coscienza. Gli articoli su cui mi baso sono stati pubblicati da medici, infermieri e scienziati il cui diploma è altrettanto valido di quello dei pro-governo. L'unica differenza è che questi non vengono pagati dai laboratori farmaceutici. Quindi, di fronte a due opinioni contraddittorie, mi assumo totalmente di credere l'uno piuttosto che l'altro. Prima però di entrare nel merito, è doverosa una premessa fondamentale. Dalla Casa ha enfatizzato l'antidogmatismo come carattere fondamentale della scienza; io, pur condividendolo, rimarco altresì che esso deve sempre accompagnarsi al rigore. Figure come Galileo o Einstein, solo per citare due geni noti a tutti, si sono distinte perché capaci di portare salde evidenze a sostegno delle loro visioni anticonformiste; volendo invece essere originali ed 'eretici' a ogni costo, [persino delle menti brillanti sono incappate in misere figure](#). Il rigore spesso si può riconoscere anche senza possedere particolari conoscenze specialistiche. Serve molto poco, ad esempio, per apprezzare la profondità di analisi [del più completo studio sul funzionamento del clima](#) rispetto alla vuotezza superficiale delle chiacchiere interessate a negare o ridimensionare l'influenza antropica. Così come sarebbe bastato un minimo di obiettività [per accorgersi delle fallacie di un articolo di Maurizio Blondet del 2015](#), basato su alcuni studi di cui era palese la debolezza, volti a correlare la diffusione della celiachia con l'impiego dell'erbicida Roundup: condiviso sul Web da tanti ecologisti con il paraocchi, alla fine si è rivelato utile solo ai vari guru dell'agricoltura industriale e ai debunker faziosi per gridare alla malafede ignorante dei sostenitori del biologico e degli ambientalisti in generale. ([qui](#) per chi fosse interessato ai dettagli della vicenda). Attualmente, tra letteratura scientifica e divulgazione di ogni genere, si possono facilmente trovare persone 'con diploma valido' sostenere tutto e il contrario di tutto, per cui, se seguiamo la logica del già citato post sul Covid, ognuno diventa libero di elevare la propria opinione a fatto scientifico, previo un piccolo sforzo di ricerca in Rete. Pertanto, pur unendomi all'appello di Dalla Casa affinché chi 'produce' scienza si sforzi di evitare il dogmatismo, devo anche spronare chi la 'consuma' ad assumere il genuino atteggiamento di comprendere la realtà accantonando le pretese ideologiche, pena annegare in una melassa postmoderna dove ogni sforzo di conoscenza è vano e sostanzialmente 'vale tutto'. In quest'ottica, sarebbe sicuramente alquanto dogmatico ritenere falsità propagandistica tutto ciò che proviene dal mainstream (o percepito come tale) e assumere invece per verità indiscussa ciò che suona 'alternativo' rispetto al pensiero supposto dominante. Le élite, quelle magari criminali ma non stupide, hanno bisogno di conoscere la verità per perpetuare il loro status: da qui si capisce il sostegno economico accordato da diverse multinazionali al Club di Roma per elaborare il *Rapporto sui limiti dello sviluppo*, l'esistenza dell'IPCC, l'attenzione che il Forum di Davos riserva a Oxfam e

alle sue allarmate denunce sulla crescita delle disuguaglianze, nonché [le recenti analisi di BP](#) e altre compagnie del settore degli idrocarburi che suonano il de profundis dell'industria petrolifera.

Viceversa, sparare teorie a effetto sperando nella grancassa del Web rappresenta il modo migliore per uscire dall'anonimato e conquistare le luci della ribalta. Durante questa pandemia, mi ha provocato non poco dispiacere vedere l'informazione che si propone come 'alternativa' incensare acriticamente figure di dubbio valore (i presunti candidati al Nobel si sono sprecati) o capaci di farsi notare solo per tesi sicuramente roboanti ma malamente supportate; per non parlare del principio di autorità accordato a scienziati dai grandi trascorsi ma oramai lontani da anni da qualsiasi serio lavoro di ricerca. Non è così che si combattano atteggiamenti faziosi e tendenziosi, certamente diffusi nel mainstream (come si fa allora? Io nel mio piccolo ci ho provato [così](#) e [così](#))
Scrive Dalla Casa in conclusione al suo articolo:

Sia ben chiaro, personalmente sono decisamente a favore della Scienza, quella che si è liberata dai dogmi meccanicisti, ma non di quella scienza che si autoproclama la verità oppure un assoluto, che serve solo a perpetuare il sistema.

Il superamento del paradigma scientifico riduzionista-meccanicistico e l'approdo alla visione sistemica-olistica costituiscono una delle più grandi svolte epistemologiche della storia umana: non solo hanno permesso una comprensione del mondo naturale prima inimmaginabile, ma rappresentano anche l'unica via per una convivenza pacifica e fruttuosa tra umanità e biosfera; valorizzare questa forma di scienza è prioritario. Per riuscirci, però, occorre uno sforzo incentrato sul progresso della conoscenza, non sulla mera speculazione polemica. Se cominciamo a usare l'epiteto 'meccanicista' solo per etichettare negativamente il 'nemico' di turno senza bisogno di argomentare – alla stessa maniera con cui normalmente si fa con 'populista', 'globalista', 'radical chic' e simili – non si va da nessuna parte; stesso discorso se 'sistemico' e 'olistico' si riducono a graziosi orpelli per apporre una patente di credibilità a pensatori di dubbio valore. Così facendo si spiana la strada alla dittatura degli indici bibliometrici e della peggior espertocrazia, non si promuove alcun rinnovamento. Pertanto, prima ancora di interrogarsi sull'affidabilità della scienza, occorre prima ascoltare noi stessi, imponendoci una seria opera introspettiva per evincere il nostro grado di onestà intellettuale: se troppo basso, meglio starsene alla larga dalla scienza di qualsiasi genere essa sia, onde evitare di combinare guai.

Le mascherine in europa: i 3 diversi approcci al loro utilizzo

Laura Costantin - 18/09/2020

Ogni Paese in Europa ha adottato una sua politica sull'utilizzo delle mascherine. Ai due estremi ci sono Svezia e Italia. Vediamo gli altri Paesi da che parte stanno.

La mascherina è forse la misura simbolo per fronteggiare la diffusione del coronavirus. Tuttavia non c'è un Paese che faccia quello che fa il Paese confinante e le regole cambiano di Stato in Stato. Proviamo quindi a fare il punto su quali sono le regole per l'adozione della mascherina nei principali Paesi Europei.

I Paesi "no mask": mascherine nè a scuola né in altri luoghi, al limite solo sui mezzi di trasporto pubblici

Sono piuttosto freddi sull'uso delle mascherine la maggior parte dei paesi del Nord Europa come Danimarca e Norvegia, ma anche altri Paesi europei come l'Olanda e la Svizzera. I siti ufficiali di questi Paesi danno indicazioni dettagliate su come indossare correttamente le mascherine e forniscono delle raccomandazioni altrettanto chiare sul loro utilizzo a seconda delle situazioni e delle categorie di rischio. Ad esempio il sito ministeriale danese consiglia di utilizzare la mascherina per il viso nelle seguenti situazioni:

- grandi raduni, ad esempio processioni e manifestazioni
- se la persona può essere infetta e deve lasciare la casa, ad esempio per andare e tornare dal sito dove si effettua il test diagnostico per il COVID-19
- Se la persona è a rischio di malattia grave COVID-19 e non si possa mantenere una distanza di almeno 2 metri, ad esempio al centro commerciale, a una celebrazione o a un evento culturale.

- Se sei un parente / una persona cara di una persona a rischio maggiore al di fuori del tuo nucleo familiare e non sei in grado di mantenere le distanze da quella persona, ad esempio perché hai bisogno di fornire cure e attenzioni a quella persona.

Gli unici Paesi a non avere l'obbligo di mascherine nemmeno sui trasporti pubblici sono la Svezia e la Russia ma recentemente anche in Olanda si è aperto un grosso dibattito sull'opportunità di mantenere l'obbligatorietà delle mascherine nei mezzi pubblici. Il governo olandese vorrebbe infatti abolire anche quest'obbligo in quanto il comitato tecnico del governo ritiene che le mascherine possano portare a un falso senso di sicurezza spingendo le persone a mantenere meno le distanze. Molte persone inoltre potrebbero indossare le mascherine in modo errato e toccarle con le mani sporche, aumentando così il rischio di infezione. In tutti i Paesi citati non c'è nessun obbligo di mascherina nelle scuole né per gli insegnanti né per i bambini.

I Paesi “eco-friendly”: mascherine obbligatorie al chiuso ma con un occhio all'ambiente (sì alle lavabili, no alle usa e getta)

In Germania la vita quotidiana ai tempi del Coronavirus è stata racchiusa in una semplice formula AHA, ovvero rispettare le distanze, osservare le norme igieniche e – dove non è possibile mantenere uno spazio di 1.5 metri – indossare le mascherine. La regola più importante rimane quindi quella di mantenere una distanza minima di 1,5 metri dalle altre persone e la mascherina è obbligatoria solo sui mezzi pubblici e negli esercizi commerciali, mentre è solo vivamente consigliata nel caso non si possano mantenere le distanze. Per quanto riguarda le scuole, la decisione sull'uso delle mascherine spetta ai singoli Länder ma in generale la mascherina non è obbligatoria in classe e solo in alcuni Länder, come a Berlino e in Brandeburgo, è obbligatorio indossare la mascherina negli spazi comuni all'interno dell'istituto. Molto simile è la situazione in Francia, dove le mascherine sono obbligatorie solo nei luoghi chiusi con l'eccezione di Parigi e dei dipartimenti di Seine-Saint-Denis, Hauts-de-Seine e la Val-de-Marne dove, su decisione della prefettura di Parigi, la mascherina è obbligatoria per tutti anche all'aperto (con la sola esclusione dei ciclisti e di chi fa attività fisica). Nelle scuole, tutti gli adulti e tutti i bambini a partire dagli 11 anni in su dovranno portare la mascherina sempre, sia in classe che negli spazi interni dell'istituto, in quanto *“È più semplice, se non ci sono eccezioni”*, ha dichiarato il ministro francese Blanquer, che ha inoltre spiegato che l'esenzione per i minori di 11 anni è in linea con le direttive dell'Organizzazione mondiale della sanità. I dispositivi di protezione non verranno però forniti gratuitamente agli studenti. *“Fornire gratuitamente le mascherine è un'idea nobile – ha detto una fonte del governo francese ai giornalisti – ma si impone il fattore realtà. Sul piano logistico diventerebbe troppo pesante”*. Tuttavia il governo francese ha avviato un programma per mettere a disposizione degli insegnanti della scuola materna e di quelli che hanno in classe alunni ipovedenti mascherine trasparenti e riutilizzabili per permettere ai ragazzi di leggere le labbra. Entro l'autunno, la Francia prevede di produrre più di 100.000 mascherine trasparenti, riutilizzabili e lavabili 25 volte a 60 gradi, secondo quanto dichiarato dal ministro dell'inclusione Cluzel.

I Paesi “Masky”: Mascherine obbligatorie a scuola, a volte anche all'aperto e incentivi all'utilizzo delle usa e getta

Questa è la strategia scelta dai principali Paesi del Sud Europa, Spagna e Italia in primis. In Spagna, le mascherine sono infatti obbligatorie in tutti gli spazi pubblici al chiuso e molte Comunità Autonome, tra cui quella di Madrid e la Catalogna, hanno introdotto l'obbligo di indossare le mascherine anche all'esterno, per strada e nei luoghi pubblici, indipendentemente dalla distanza. Nelle scuole, la mascherina è obbligatoria in classe e all'interno dell'istituto per gli insegnanti e per i bambini dai sei anni in su. Situazione molto simile anche in Italia, dove il governo ha di recente introdotto l'obbligatorietà delle mascherine anche all'aperto, ma solo nel caso in cui non si riescano a mantenere le distanze. Per quanto riguarda la scuola, invece, anche in Italia le mascherine sono obbligatorie per gli insegnanti e per tutti gli alunni dai 6 anni in su ma solo all'ingresso, in uscita e nelle situazioni in movimento. La mascherina può quindi essere abbassata quando si è seduti al banco, sempre a patto che sia mantenuto il metro di distanza. Le mascherine utilizzate nelle scuole

italiane sono quelle chirurgiche, considerate più sicure, e ne verranno fornite gratuitamente 11 milioni al giorno a studenti e personale scolastico. In questo si tratta dell'unico Paese al mondo.

FONTI:

<https://www.sst.dk/en/English/Corona-eng/Face-masks>

<https://www.fhi.no/en/op/novel-coronavirus-facts-advice/facts-and-general-advice/hand-hygiene-cough-etiquette-face-masks-cleaning-and-laundry/?term=&h=1> <https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/communicable-disease-control/protect-yourself-and-others-from-spread-of-infection/> <https://www.zusammengegencorona.de/informieren/alltag-gestalten/#faqitem=03cce482-2166-5b5e-8592-eafea1bf043d>

<https://it.france.fr/it/prima-della-partenza/informazioni-coronavirus-francia>

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/ciudadania.htm>

[https://www.ilsole24ore.com/art/mascherine-scuola-ecco-regole-altri-paesi-europei-AD34IRI_!!OR9aRoIW!ZPmQtwREnXvrfwI8i1UPpkt-1eJ1zzIfW-saLLSZ59K-20WpQn1n52Cc-SYyxc9aL7pYXrc\\$](https://www.ilsole24ore.com/art/mascherine-scuola-ecco-regole-altri-paesi-europei-AD34IRI_!!OR9aRoIW!ZPmQtwREnXvrfwI8i1UPpkt-1eJ1zzIfW-saLLSZ59K-20WpQn1n52Cc-SYyxc9aL7pYXrc$)

<http://www.ecodallecitta.it/notizie/393333/francia-scuola-mascherine-trasparenti-e-riutilizzabili-per-gli-insegnanti/>

“L’Italia è diventata un posto simile a un ospedale a cielo aperto”

18/09/2020 - *The Telegraph*

“Non sono un fan della politica delle mascherine britannica. Tuttavia, le regole italiane fanno sembrare le nostre sensate”. I tre motivi per cui le regole sulle mascherine in Italia vanno cambiate al più presto.

Pubblichiamo traduzione articolo di Oliver Smith per “The Telegraph” – Italy’s face mask rules make as much sense as a peeing section in a swimming pool

“Italy has become a very masky place”. L’Italia è diventata un Paese molto Masky. Un giornalista del Telegraph racconta le sue vacanze italiane e di come ha vissuto l’applicazione delle regole, da lui giudicate assurde e contraddittorie, sull’utilizzo delle mascherine. L’immagine che gli ha trasferito il nostro Paese è stata più simile a quella di un vasto ospedale a cielo aperto che a una destinazione di vacanza rilassante. Il racconto di Oliver Smith per “The Telegraph”.

Non sono un fan della politica delle mascherine britannica. Tuttavia, le regole italiane fanno sembrare le nostre sensate

“Le maschere per il viso di certo non hanno rovinato il mio viaggio in Italia. Ho aumentato il mio peso corporeo con pasta e negroni, ho soggiornato in un paio di hotel di prim’ordine in riva al lago e ho passato ore a guardare malinconicamente montagne verdeggianti e acqua scintillante. Ma erano una distrazione. Non sono un fan della politica delle mascherine britannica, imposta molto tempo dopo che l’epidemia aveva raggiunto il picco e nonostante la mancanza di prove decenti per la loro efficacia. Tuttavia, le regole italiane fanno sembrare le nostre sensate.”

L’Italia è diventata un posto simile a un ospedale a cielo aperto

“Nonostante le prove evidenti che il rischio di prendere il Covid all’aperto sia incredibilmente ridotto, le mascherine devono essere indossate all’aperto in Italia. Non sempre, comunque. Sono obbligatorie all’esterno solo tra le 18:00 e le 6:00 perché è allora che il virus arriva, a quanto pare – e solo “in prossimità di luoghi e locali aperti al pubblico, nonché in spazi pubblici le cui caratteristiche fisiche possono facilitare la formazione di raduni di natura sia spontanea e/o occasionale”.

Forse non sorprende che, data questa definizione confusa (e la multa di 1.000 euro se vieni colto in violazione delle regole), gli italiani stanno sul sicuro. Le mascherine sono indossate dalla stragrande maggioranza, all’interno e all’esterno, e non solo la sera, ma anche durante il giorno. Anche quando c’è il sole e 30°C. Anche

quando l'allontanamento sociale è perfettamente possibile. In breve, è un posto "molto mascherato". Più simile, nella mia mente, a un vasto ospedale a cielo aperto che a una destinazione di vacanza davvero rilassante."

Le regole per i ristoranti, hanno senso come "una sezione per la pipì" in piscina

"Ma sono state le piccole e bizzarre sottotrame di questo quadro generale che mi hanno davvero colpito. Prendi le regole per i ristoranti. Fino a quando i devoti della maschera non inventeranno un nuovo metodo, mangiare continuerà a richiedere un grado significativo di libertà facciale. Pertanto, naturalmente, le mascherine possono essere dispensate a tavola. Gli italiani amano il loro cibo e amano parlare ad alta voce, e ogni ristorante che abbiamo visitato era pieno zeppo di persone allegre che schernivano gli spaghetti, muggivano attraverso il tavolo, flirtano in modo oltraggioso e ridevano allegramente. Raduna 100 italiani in un ristorante e presto avrai particelle respiratorie ovunque. Quindi quale finalità ha indossare una maschera, come previsto, per fare un salto in bagno, per arrivare al tuo tavolo o per lasciare il locale? Ha senso quanto una sezione per la pipì in una piscina. La regola si applica anche ai ristoranti con tavolini all'aperto. Ho visto innumerevoli persone arrivare senza mascherina, salutare il cameriere senza mascherina, indossare la mascherina per i tre metri di cammino fino al loro tavolo sulla terrazza, e poi togliersi la mascherina per passare due ore vicino ad altri commensali. Qual è il punto debole? Alcuni commensali, per paura dell'infezione o per desiderio di segnalare la loro rettitudine, hanno tenuto le loro mascherine fino al momento in cui il cibo è arrivato. Ma chiacchierare con gli amici non è facile quando hai uno straccio sudato che ti copre il viso, quindi abbassi la mascherina per fare una battuta, su va di nuovo per ascoltare le risate, giù di nuovo per dare l'ordine al camerieri, e così via. Ai camerieri è stato detto di indossare sempre le loro mascherine, e quando è una calda giornata estiva provi davvero compassione per le povere anime. Le mascherine presto scivolano sotto il loro naso, o anche il loro mento. È comprensibile. Alcune persone sostengono ancora il contrario, ma se indossate per più di pochi istanti, le mascherine sono scomode, claustrofobiche e rendono più difficile respirare (motivo per cui le persone che fanno esercizio sono esenti)."

Sono diventate un accessorio di moda, necessario per evitare una multa ma che serve a poco altro

"La rimozione diffusa delle maschere in un ristorante affollato ha reso ancora più assurdo quando ho visto italiani soli, a miglia di distanza da chiunque e all'aria aperta, mascherati fino in fondo. Quale logica perversa ha creato un simile scenario? Quando gli italiani riescono a togliersi le mascherine, alcuni se le mettono in tasca, ma altri (timorosi, forse, di un Carabiniere in servizio in agguato dietro l'angolo) preferiscono tenerle in vista. La maggior parte sceglie di indossarle al polso o sopra il gomito. Alcuni le tengono al collo, le fanno salire sulla fronte come una bandana o le legano alla fibbia di una cintura. Altri semplicemente le lasciano a penzoloni al vento da un orecchio. Sono diventati un accessorio di moda, necessario per evitare una multa ma che serve a poco altro."

Primo argomento contro le mascherine obbligatorie: indossate in modo errato possono intrappolare il virus e aumentare il rischio di contrarlo

"Negli hotel dovresti indossarli nelle aree comuni, ma un portiere mi ha detto di non preoccuparmi troppo a meno che non fossi vicino ad altri ospiti. In effetti, tutto il personale del settore dei servizi sembra utilizzare la stessa regola pratica. La mascherina è tenuta a portata di mano e viene indossata rapidamente quando un cliente chiama (solo per essere di nuovo abbassata perché il cliente non può decifrare le istruzioni smorzate dalla mascherina). A tutto ciò si aggiunge un continuo toccare il viso, rimuovere e sostituire la mascherina e generalmente offrire ampie opportunità che si contaminano. Questo è uno degli argomenti chiave contro le mascherine obbligatorie e la dottoressa Jenny Harries, vice ufficiale medico inglese, ha ripetutamente avvertito che le mascherine indossate in modo errato possono intrappolare il virus e aumentare il rischio di contrarlo. Quindi indossa la maschera correttamente, potresti dire. È più difficile di quanto pensi e si estende a qualcosa di più che coprirti il naso e la bocca. La guida dell'Organizzazione mondiale della sanità sul loro utilizzo è un esempio calzante. Si consiglia anche di conservarne una in un sacchetto di plastica pulito e richiudibile se si prevede di riutilizzarla. Chi lo sta facendo, davvero? Certamente non gli italiani, né chiunque altro voglia vivere una vita normale e non quella dettata loro da un manuale di sicurezza."

Secondo argomento: chi le indossa ha un falso senso di sicurezza

“Un altro argomento contro le mascherine è che danno a chi le indossa un falso senso di sicurezza e possono essere usate al posto dell’allontanamento sociale. Ho visto molto a sostegno di questa teoria in Italia, non ultimo un viaggio che ho fatto su una piccola barca per visitare una delle isole dei laghi italiani. Almeno 30 di noi erano stipati nella piccola nave, riempiendo ogni posto e con un’altra dozzina in piedi. Non importa, indossavamo tutti delle mascherine! Un hotel che ho visitato si è rifiutato di permettere agli ospiti di servirsi al buffet della colazione, costringendo una lunga fila di persone affamate ad aspettare il servizio. Tutti mascherati, l’allontanamento sociale è uscito dalla finestra e ha spinto guancia a guancia tutti per il loro turno del croissant.”

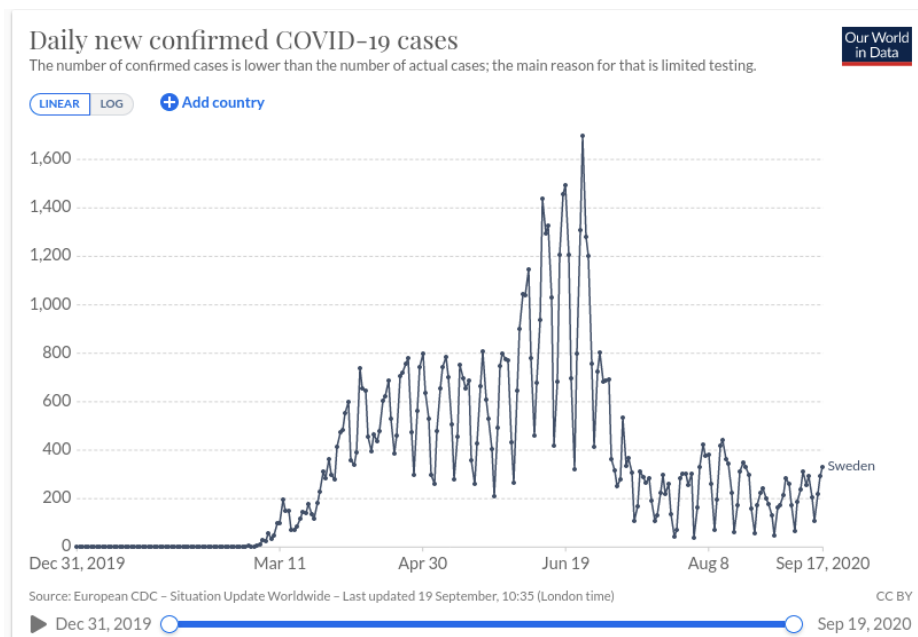
Terzo argomento per abbandonare la nostra ossessione: le mascherine sono un spreco

“Un terzo motivo per abbandonare la nostra ossessione per le maschere è lo spreco. Anche se guardiamo indietro a queste regole ridicole e ridacchiamo per la stupidità di tutto ciò, non saremo in grado di ridere dei danni al nostro ambiente. La guerra contro la plastica e la spinta al riciclaggio è stata dimenticata e un ammasso di mascherine scartate in fondo al Lago Maggiore potrebbe essere uno dei lasciti più duraturi di questa pandemia.”

Epidemia: cosa possiamo imparare dalla Svezia? di Ugo Bardi - Docente presso il dipartimento di Chimica dell’Università di Firenze 20/09/2020

La Svezia è stata accusata di non aver applicato misure abbastanza severe contro l’epidemia di coronavirus. Eppure, non ha fatto peggio di altri paesi Europei e non è nemmeno vero che non abbia applicato misure di contenimento. Al momento, l’epidemia sembra essersi completamente esaurita in Svezia e non c’è evidenza di una "seconda ondata" in arrivo. Gli svedesi sono stati ampiamente vituperati sui media e sui social per come hanno gestito l’epidemia di coronavirus. Sono stati accusati di leggerezza, di crudeltà, di aver tentato di sterminare i propri anziani, di applicare politiche eugenetiche, di aver cercato l’immunità di gregge a spese della salute dei cittadini, e molte altre cose. Ma, se andiamo a verificare, queste accuse si rivelano false o esagerate. Allora, vediamo cosa è successo veramente in Svezia.

Per prima cosa, i numeri. Ad oggi, la Svezia ha avuto circa 5800 decessi attribuiti al Covid-19 su una popolazione di circa 10 milioni di persone. Ovvero, una mortalità di circa lo 0.06%, praticamente uguale a quella dell’Italia (2). Nella classifica mondiale per numero di decessi rapportati alla popolazione, la Svezia si colloca al tredicesimo posto secondo "worldometer," ben entro la media dei paesi europei. Come vedete nella figura, l’epidemia in Svezia ha seguito una curva "a forma di campana" come è tipico per tutte le epidemie.



Vediamo nella curva una salita rapida che si riferisce alla zona Sud nel paese che ha una densità di popolazione simile a quella dei paesi del centro e sud Europa. Segue una "coda" discendente che è il risultato della lenta diffusione del virus nelle zone poco popolate del Nord (3), E' un effetto simile a quello che si è visto negli Stati Uniti, anche lì per via della disomogeneità della distribuzione della popolazione (4). Come risultato, l’epidemia è declinata più lentamente in Svezia che in

altri paesi. Tuttavia, da oltre un mese la mortalità è scesa quasi a zero. Al momento, in Svezia si riportano 1-2 decessi al giorno attribuiti al Covid-19, con dei giorni senza alcun decesso. Per quanto riguarda i casi positivi, anche in Svezia il virus non è scomparso, ma rimane endemico nella popolazione, come si osserva un po' ovunque nel mondo. Il rapporto fra risultati positivi e test si mantiene costante intorno a 1,3% (5), circa lo stesso valore che troviamo in Italia. Nemmeno in termini di ospedalizzazioni risulta che ci siano problemi. In sostanza, in Svezia l'epidemia si è praticamente esaurita e per ora non c'è traccia dell'arrivo della temuta "seconda ondata."

Dati questi risultati, recentemente le autorità svedesi hanno "dichiarato vittoria" nella lotta contro il covid (5), allentando notevolmente le restrizioni. Al momento, le misure raccomandate dal governo consistono unicamente nel lavarsi le mani, tenere le distanze, stare a casa se malati. Non si parla di mascherine, di restrizioni, niente chiusure (6). Quasi nessuno porta la mascherina in pubblico (7). Quindi, possiamo dire che in Svezia le cose vanno bene. Ma allora perché tanta polemica? Principalmente, l'accusa è che la Svezia ha trascurato le misure di contenimento, come si evince da un confronto con i paesi confinanti, in particolare con la Norvegia, dove la mortalità è stata molto minore. Ma ci sono grossi problemi con questa accusa. Per prima cosa, non è vero che la Svezia non abbia applicato misure di contenimento. Al contrario, la Svezia ha fatto più o meno le stesse cose fatte negli altri paesi (8). La differenza è stata che il governo faceva delle raccomandazioni piuttosto che usare divieti. Per esempio, il governo non ha chiuso in casa i cittadini per decreto, ma gli Svedesi sono rimasti a casa il più possibile, come gli era stato raccomandato di fare. Nei momenti più difficili dell'epidemia, in Svezia nessuno cantava dai balconi ma l'atmosfera generale era molto simile a quella che c'era in Italia. Niente traffico, locali vuoti, poca gente in giro, distanziamento, eccetera. Fra le tante cose, i viaggi aerei interni alla Svezia sono stati praticamente azzerati durante l'emergenza, pur non essendo proibiti. E non è che in termini di misure di contenimento i norvegesi abbiano fatto cose molto diverse da quelle che hanno fatto gli svedesi. Anche il "lockdown" norvegese è stato molto leggero: nemmeno i norvegesi hanno chiuso in casa i loro cittadini per decreto (9). E' difficile pensare che dettagli come una chiusura più lunga delle scuole siano sufficienti per spiegare i differenti risultati fra Norvegia e Svezia, Questo specialmente considerando che il primo ministro Norvegese, Erna Solberg, ha dichiarato che alcune delle misure prese erano state inutili e che la Svezia aveva fatto meglio della Norvegia (10). Ma allora quali fattori potrebbero spiegare le differenze fra Svezia e Norvegia? Uno potrebbe essere l'inquinamento atmosferico. Si sa che esiste una correlazione fra inquinamento e mortalità da Covid-19 (11). Si sa anche che la Norvegia è un paese meno industrializzato e meno popolato della Svezia -- quindi anche meno inquinato (12). In questo senso, il caso della Svezia somiglia molto al caso dell'Italia, dove la massima mortalità è stata nelle zone inquinate della Pianura Padana. Se l'inquinamento può essere stato un fattore nella diffusione dell'epidemia, sembra però che le differenze fra Svezia e Norvegia si spieghino principalmente con un altro fattore: la gestione delle case di riposo per anziani. Qui, il caso della Svezia è stato simile a quello dell'Italia e le autorità svedesi hanno francamente ammesso di essersi trovati impreparati a gestire l'emergenza (13) delle case di riposo, dove si sono verificati la maggior parte dei decessi, circa 3/4 del totale (14). Invece pare che la Norvegia abbia una gestione migliore delle case di riposo per anziani: istituzioni più piccole e più gestibili e in più la tradizione di assistere gli anziani nelle loro abitazioni (15). Per queste ragioni, in Norvegia ci sono stati meno contatti fra persone il cui sistema immunitario è indebolito dall'età avanzata. In fin dei conti, vediamo come i "cattivi" svedesi non lo siano stati affatto. Come tutti i governi, nelle fasi iniziali dell'epidemia hanno navigato a vista, cercando di fare il meglio possibile. Hanno scelto di gestire l'epidemia più che altro responsabilizzando i propri cittadini e ci sono riusciti abbastanza bene, sicuramente non peggio della media dei paesi Europei. Soprattutto, non peggio di paesi come l'Italia che invece hanno scelto di usare misure molto rigide per contrastare l'epidemia. Avrebbero potuto fare di meglio? Forse, ma la cosa certa è che gli svedesi non hanno trascurato la gestione dell'epidemia, come invece sono spesso accusati di aver fatto. Allora, invece di lanciare insulti e accuse, cosa possiamo imparare dall'esperienza svedese? Vediamo qualche punto interessante.

1. Lockdown. C'è chi ha detto che il caso svedese dimostra che il lockdown è stato inutile. Questo non è affatto

detto. Abbiamo visto che gli Svedesi hanno praticato misure di contenimento simili a quelle di altri paesi, eccetto che non erano imposte per legge ma soltanto raccomandate. Ci possiamo solo domandare cosa sarebbe successo in Italia se il nostro governo avesse fatto una politica "svedese," dando fiducia ai propri cittadini invece di tartassarli con decreti, regole, e multe. Avrebbero gli italiani seguito le raccomandazioni come hanno fatto gli svedesi? Non lo sapremo mai perché non è stato fatto.

2. Immunità di Gregge. Una delle accuse più comuni alla Svezia è stata quella di aver cercato di infettare quanti più cittadini possibile allo scopo di ottenere l "immunità di gregge". Questa, però, è una leggenda. Non solo l'accusa è stata smentita più volte dalle autorità svedesi stesse (16), ma semplicemente non sta in piedi. Se l'obiettivo fosse stato favorire le infezioni, gli Svedesi non avrebbero raccomandato ai cittadini nessuna misura di contenimento, come invece hanno fatto. In realtà, gli svedesi, come tutti in Europa, hanno mirato ad "abbassare la curva" per evitare un sovraccarico degli ospedali. Anche in Svezia ci si basava sui modelli matematici che prevedevano che l'allentamento delle misure di contenimento avrebbe causato la ripresa immediata dell'epidemia. In realtà, questo non è successo e i modelli hanno ancora una volta fallito clamorosamente con le loro predizioni (17). Ma questo vuol dire che gli svedesi hanno ottenuto la mitica "immunità di gregge"? In principio, non dovrebbe essere possibile: il numero delle persone immunizzate sembrerebbe troppo piccolo per questa interpretazione. Ma è anche vero che la questione potrebbe essere molto più complessa di quanto non sembri. E' stato detto che potrebbe esistere un' "immunità pregressa" al virus che già oggi ne blocca la diffusione (18). Questo vorrebbe dire aver raggiunto l'immunità di gregge senza averla cercata! Ma è ancora troppo presto per dire se questa interpretazione è valida. Ne sapremo certamente di più nel futuro.

3. Danni all'economia. La Svezia non si è salvata da un forte declino economico, come è successo agli altri paesi europei. Tuttavia, la Svezia ha fatto meglio di altri paesi, perdendo circa l'8,6% del suo PIL, molto meglio dell'Italia (perdita del 12,5%) e della Spagna (oltre il 18% di perdita) (19). E' poco probabile che questa differenza dipenda dal modello svedese di contenimento. Più che altro è correlata al fatto che l'economia della Svezia dipende meno di altre dal turismo internazionale, circa il 3% del PIL.

4. Informazione inaccurata. Il linciaggio mediatico subito dalla Svezia sia in Italia che a livello internazionale è poco meno di uno scandalo. Solo un esempio fra i tanti: sul sito delle "iene" potevamo leggere poco tempo fa un titolone sul "disastro svedese" (20). Titolo esagerato, accuse basate su dati parziali, un articolo senza capo nè coda. E, fra le altre cose pieno di errori. Per esempio, dice che in Europa "solo il Regno Unito e Belgio hanno registrato più morti" della Svezia. Non è vero: in Europa, davanti alla Svezia ci sono anche la Spagna e l'Italia (e anche Andorra e San Marino, piccoli, ma sempre paesi europei) (2). Per non parlare poi dei paesi extra-europei che hanno fatto peggio della Svezia, gli USA per esempio, perché non parlarne? E poi c'è la critica alla Svezia perché "l'epigone del fallimento del piano di Stoccolma è il tentativo fallito di raggiungere la cosiddetta immunità di gregge." Ma, come si diceva prima, gli Svedesi NON hanno cercato di raggiungere l'immunità di gregge. Proprio un bell'epigone: accusare qualcuno di non essere riuscito a fare qualcosa che non stava cercando di fare! E ci sarebbero tante altre cosette da criticare nell'articolo che non vi sto a dettagliare.

Insomma, se volete informarvi, non chiedete alle iene o altri animali non particolarmente esperti di epidemie. Usate la vostra testa e verificate quello che vi raccontano perché spesso non ve la raccontano giusta.

Alla fine dei conti, con le loro scelte alle volte fuori dal coro, gli svedesi ci hanno dimostrato che non c'è un solo modo di fronteggiare l'epidemia. Per esempio, al momento in Svezia la mascherina non è obbligatoria e quasi nessuno la porta (7). Questo vuol dire che nei prossimi mesi potremo confrontare i risultati svedesi con quelli di paesi dove la mascherina è più diffusa, come in Italia, e potremo quindi valutarne l'efficacia. E' un bel piacere che ci fanno: invece di insultarli, li dovremmo ringraziare! Per finire, se masticate bene l'inglese, potete sentire una valutazione recente dell'andamento dell'epidemia in un'intervista all'epidemiologo di stato svedese, Anders Tegenell (segnalazione di Maurizio Rainisio) (21).

1. <http://ugobardihomepage.blogspot.com/2016/04/ugo-bardis-personal-home-page.html>

2. <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>

3. <https://www.europeandatajournalism.eu/eng/News/Data-news/A-fraction-of-European-regions-account-for-a-majority->

of-COVID-19-deaths

4. <https://www.facebook.com/pillolediottimismo/posts/170575788016234>
 5. <https://www.thetimes.co.uk/article/were-vindicated-say-swedes-after-coronavirus-cases-hit-new-low-lt3cmlhtg>
 6. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/communicable-disease-control/protect-yourself-and-others-from-spread-of-infection/>
 7. <https://www.ft.com/content/3148de6c-3b33-42d3-8cf6-d0e4263cea82>
 8. https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_Sweden
 9. https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_Norway
 10. <https://www.telegraph.co.uk/news/2020/05/30/coronavirus-norway-wonders-should-have-like-sweden/>
 11. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3572548
 12. https://res.mdpi.com/d_attachment/atmosphere/atmosphere-11-00467/article_deploy/atmosphere-11-00467.pdf
 13. <https://www.aftonbladet.se/nyheter/samhalle/a/LAwVRx/regeringen-styr-riket-jag-leder-regeringen-vi-fattar-besluten>
 14. <https://www.thelocal.se/20200525/swedish-death-toll-passes-4000-as-coronavirus-cases-in-care-homes-start-to-fall>
 15. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1403494820944073>
 16. <https://www.newsweek.com/herd-immunity-definitely-not-swedens-goal-coronavirus-says-chief-epidemiologist-anders-1531626>
 17. <https://ugobardi.blogspot.com/2020/08/il-grande-disastro-dei-modelli.html>
 18. <https://www.nature.com/articles/s41577-020-0389-z>
 19. <https://www.bbc.com/news/business-53664354>
 20. https://www.iene.mediaset.it/2020/news/svezia-lockdown-giornali-disastro_856787.sh
 21. <https://youtu.be/hStrML7vk5k>
- Figura da: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/sweden?country=~SWE> (dati aggiornati al 17 Settembre 2020)

È questo che vogliamo per i nostri bambini? Valentina Bennati 20/09/20 comedonchisciotte.org

La prima settimana di scuola si è appena conclusa e mentre sto scrivendo non so se mi sento più triste o arrabbiata. La maggior parte degli Istituti hanno sicuramente fatto degli sforzi per adattarsi alle Linee Guida che il Ministero dell'Istruzione e il Comitato Tecnico Scientifico hanno definito per le riaperture in sicurezza ma, tra mascherine, percorsi, cartelli, segnaletiche, distanziamento, disinfettanti e possibili trattamenti sanitari obbligatori (tamponi), questa non è più scuola.

Non voglio dire che non esistano anche aule felici con insegnanti, presidi e dirigenti di buon senso che hanno saputo gestire il rientro riuscendo a trovare un modo per equilibrare tutte le varie esigenze e sensibilità. Certamente ci sono e spero davvero che si possa parlare di numerosi esempi, non solo di casi isolati. Ho, però, visto foto e ascoltato racconti che mi hanno lasciata basita: bambini inginocchiati che disegnavano sulle sedie, sgridati per essersi toccati il viso con le mani o essersi avvicinati troppo a un amico o ancora allontanati bruscamente perché volevano abbracciare la maestra.

A Verona un bimbo della primaria è svenuto in classe dopo ore con la mascherina sbattendo forte il mento. Portato al pronto soccorso, è stato poi tenuto in osservazione prima di essere dimesso, [ne ha dato notizia L'Arena](#). È questo che vogliamo per i nostri bambini?

Vorrei ricordare che [uno studio recente pubblicato dal *British Medical Journal*](#) (che esamina i dati provenienti da diversi paesi) conclude che i bambini hanno minore possibilità di infettarsi rispetto agli adulti, contraggono tutt'al più una passeggera infezione alle vie respiratorie superiori mostrando sintomi lievi e sono scarsamente infettivi nell'ambiente domestico. Infine è emerso anche che non ci sono prove di insegnanti contagiati dai loro allievi e ci sono evidenze molto scarse di un effetto del covid-19 sui bambini con comorbilità (a differenza degli adulti). Insomma i più piccoli e gli adolescenti non sono "untori", almeno in base alle informazioni scientifiche attualmente disponibili. E poi, scusate, non sono stati liberi per tutti i mesi estivi? Sono stati fuori, hanno giocato e frequentato i coetanei e gli adulti senza conseguenze drammatiche. Perché allora non permettere loro di frequentare la scuola normalmente invece di costringerli a misure di controllo sanitario esagerate e lesive dei loro diritti naturali alla socialità e all'apprendimento?

Un conto sono le norme igieniche – e per norme igieniche intendo lavarsi bene e spesso le mani e rimanere nella propria abitazione in caso di sintomi influenzali o alterazione della temperatura – che sono giuste sempre, non solo in tempi di nuovo coronavirus, perché si tratta di azioni utili e salutari in primis per chi le compie, oltre che di un dovere morale e sociale a tutela di chi è più fragile. Altro conto è, invece, far sprofondare alunni e insegnanti in un incubo sanitario. Misure rigide potevano avere senso durante i mesi peggiori dell'epidemia ma ora, francamente, appaiono ben poco giustificate. Infatti molti medici e ricercatori hanno più volte specificato che i positivi di oggi sono quasi tutti asintomatici, cioè sani e inoffensivi, e che non siamo più in emergenza sanitaria, inoltre già nei mesi scorsi avevano messo in guardia sui rischi che può comportare l'utilizzo delle mascherine in età pediatrica. Ciononostante i loro messaggi (che non sono stati trasmessi dalle TV nazionali o dai soliti giornali), sebbene molto chiari e forti, sono rimasti inascoltati..

E così eccoci qui: è appena cominciata la scuola e un bimbo è finito in ospedale. Sarà mica per questo che hanno fatto firmare i patti di corresponsabilità? Perché, se si acconsente a tutte le misure di sicurezza firmandolo, in casi come questo poi non è più possibile appellarsi a nulla, immagino. Speriamo non capiti più. Ma, soprattutto, cerchiamo di ragionare e di domandarci, FINCHÉ SIAMO ANCORA IN TEMPO, che effetti potrà avere questo clima assurdo sui bambini. Stiamo inducendo nelle anime più giovani fobie e sensi di colpa e trovo crudele far passare queste nuove misure disumanizzanti come un bel gioco. Non è un bel gioco per niente perché stiamo chiedendo ai bambini di rinunciare ad essere bambini.

Tra l'altro l'uso della mascherina, oltre ad essere controindicato per l'infanzia, ostacola anche la comunicazione non verbale che rappresenta buona parte della comunicazione umana e passa soprattutto dalle espressioni e dalla mimica facciale. Non è quindi da escludere che, imporla in età evolutiva, possa interferire nello sviluppo delle competenze emotive e sociali indispensabili per una normale vita di relazione. ATTENZIONE perché la sofferenza psicologica dei bambini non è detto che sia immediatamente visibile, può manifestarsi a scoppio ritardato e ci potrebbero volere anni prima di vederne i terribili effetti. È però certo e ampiamente dimostrato che il malessere psicologico ha effetti negativi sulla salute fisica perché indebolisce le difese immunitarie. Ricordo infine che la salute, secondo la stessa OMS, è un completo stato di benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia. È un diritto, non è un obbligo, e va protetta nella sua globalità.

P.S.: vari psicologi e psichiatri hanno lanciato l'allarme sui possibili rischi connessi alla gestione pandemica per quanto riguarda il benessere delle generazioni più giovani e quindi i rischi delle cosiddette "Linee guida Azzolina per la ripartenza scolastica". La denuncia è stata fatta anche in Parlamento. QUI il link alla conferenza stampa che si è tenuta alla Camera dei Deputati in cui sono intervenuti la Dott.sa Giuditta Fagnani, Psicologa dell'età evolutiva e psicoterapeuta sistemico-relazionale; la Dott.sa Patrizia Scanu, Psicologa clinica, Gestalt Counsellor e docente liceale; e il Dott. Vittorio Lodolo D'Oria, Medico specialista in Ematologia ed esperto di malattie professionali degli insegnanti.

La vaccinazione antinfluenzale estesa alla popolazione e resa obbligatoria può risultare più dannosa che utile? Assis | 21 Set 2020

COMUNICATO STAMPA DEL 21 SETTEMBRE 2020

In seguito alla disamina dell'articolo "Vaccinazione antinfluenzale: che cosa dicono le prove scientifiche. Vaccinare in modo indiscriminato anziani, gravide, bambini e sanitari può risultare più dannoso che utile?", avevamo espresso motivate preoccupazioni rispetto alla Circolare del Ministero della Salute che estende la raccomandazione a vaccinare contro l'influenza bambini, donne in gravidanza, personale sanitario e anziani, e rispetto a ordinanze regionali che prevedono addirittura obblighi. Nel richiedere una moratoria sull'estensione di tale vaccinazione, sollecitavamo un confronto approfondito in sedi scientifiche e istituzionali dedicate, a livello nazionale e regionale, senza chiusure pregiudiziali. Purtroppo tale confronto non c'è stato, e risulta che alcune forze stiano persino chiedendo di istituire un obbligo nazionale.

Tuttavia la recente sentenza del TAR della Regione Calabria, nell'annullare l'ordinanza regionale che disponeva obblighi, rimanda a un'eventuale "legislazione generale dello stato, basata sugli indirizzi condivisi dalla comunità scientifica nazionale...". Ribadiamo in proposito che non ci sono "indirizzi condivisi" dalla comunità scientifica nazionale, di cui siamo parte, sull'opportunità di estendere la vaccinazione antinfluenzale a tutti gli anziani e a intere categorie, e men che meno sull'obbligo della stessa.

Rinnoviamo pertanto la richiesta di evitare ulteriori forzature e di accettare un confronto scientifico sul tema, su cui chiediamo di essere ascoltati dal Ministro della Salute e dagli organi competenti.

La Rete Sostenibilità e Salute

I 10 paradossi del covid 22/09/2020

La gestione dell'emergenza Coronavirus ha messo in scacco alcuni pilastri del buonsenso e della razionalità occidentale. Questi sono i 10 più curiosi e, forse, più irrazionali.

La gestione dell'emergenza Coronavirus ha messo in luce una serie di paradossi davvero singolari e in discussione alcuni dei principi basilari del nostro comune modo di pensare. Vediamo quali sono i 10 più curiosi.

1 Paradosso della plastica

Greta Thunberg è ormai un lontano ricordo, la guerra alla plastica pure. Ora ogni occasione è buona, a causa del Covid, per utilizzare prodotti inquinanti: guanti, bicchieri, mascherine usa e getta, tubetti di gel igienizzante. Tutti oggetti che stanno già inquinando le nostra città e i nostri mari e che a lungo andare rischiano di provocare più danni ambientali dei decenni precedenti.

2 Paradosso dei tamponi

Gli italiani che tornano dalle vacanze da diversi paesi stranieri sono obbligati a fare il tampone all'arrivo, gli stranieri che arrivano dagli stessi paesi per motivi di lavoro in Italia invece no. Il virus colpisce solo chi ha la residenza nel nostro Paese?

3 Paradosso degli assembramenti

Fuori dai luoghi chiusi si possono fare assembramenti, dentro tutti correttamente distanziati.

4 Paradosso della mascherina

Per entrare al ristorante e andare al tavolo va indossata anche se distanziati, come per andare al bagno e alla cassa. Al tavolo la mascherina si possono togliere per tutto il tempo anche se si è vicini ad altre persone che mangiano, parlano e hanno più probabilità di diffondere il virus nell'ambiente.

5 Paradosso dei salutisti affumicati

Ci sono gli integralisti della mascherina anche all'aperto che la abbassano solo quando devono fumare. Quindi alla larga dal virus, ma non da altri mali forse molto peggiori.

6 Paradosso dei malati di serie B

Malati sintomatici di malattie gravi sono trattati peggio degli asintomatici del Covid. Mentre un asintomatico lo si rincorre per un'analisi ci sono altri tipi di controlli che richiedono settimane se non mesi prima di essere eseguiti. Uno studio in Inghilterra ha individuato in 170 mila le persone con gravi patologie che non sono state curate adeguatamente negli ospedali durante i mesi dell'emergenza Covid. In Italia numerose visite per le altre malattie sono state rinviate a data da definirsi.

7 Paradosso dell'asintomatico

Il primo sintomo è non avere sintomi.

8 Paradosso del malato ricercato

Il Covid è la prima malattia dove spesso non è il malato che cerca il medico ma viceversa: è il dottore che cerca il malato, con tamponi e test sierologici.

9 Paradosso del congiunto

Si può andare in auto con parenti che non si vedevano da secoli ma non con compagni, amici e colleghi di lavoro con cui ci si incontra di frequente.

10 Paradosso del 37.4

La temperatura ai 37,4° C è il nuovo limite del bene e del male. Al di sotto è la libertà, sopra il divieto di uscire di casa, il pericolo di una quarantena infinita e della condanna sociale.

Mascherina obbligatoria oer i bambini: è rischio autismo funzionale?

Marco Pacori (psicologo e psicoterapeuta) 23/09/20 www.bambinonaturale.it

La mascherina è diventata il simbolo del cambiamento delle abitudini sociali da quando il governo italiano, lo scorso marzo, ha deciso di imporne l'uso con il decreto legge "Cura Italia".

Senza entrare nel merito dell'efficacia di questo accessorio e dei suoi possibili effetti negativi per la salute, va sottolineato che niente è stato detto sull'impatto psicologico della mascherina, specie nei bambini.

Alcune considerazioni preliminari

Partiamo, quindi, da alcune considerazioni preliminari: la mascherina copre buona parte del viso, impedendo il riconoscimento, l'interpretazione e l'imitazione delle espressioni facciali.

Secondo i più eminenti studiosi di quella branca della psicologia nota come "linguaggio del corpo", la mimica facciale è uno degli aspetti più importanti della comunicazione umana. Il viso è responsabile della condivisione non solo di pensieri o idee, ma soprattutto di emozioni.

Questa mimica è innata e universale, ma la sua comprensione va "allenata" attraverso le interazioni interpersonali. Le indagini con la *Brain imaging* hanno messo in luce che negli adulti la percezione delle espressioni facciali viene elaborata da un circuito costituito da tre aree corticali: il giro fusiforme (FG), l'area del viso occipitale (OFA) e il solco temporale superiore (STS); inoltre, questo circuito è in connessione con l'amigdala (il cervello emotivo) e con la corteccia orbito-frontale (la regione cognitiva).

Lo stesso non vale per i bambini, nei quali queste aree appaiono solamente "abbozzate". Similmente, alla nascita le connessioni fra amigdala e corteccia orbito-frontale sono pressoché inesistenti, e si evolvono con lo sviluppo e attraverso l'interazione con gli altri.

La mascherina obbligatoria per i bambini e l'analfabetismo emotivo

Indossare le "bardature" durante gli scambi con gli altri bambini nel periodo scolastico, non solo provoca una sorta di analfabetismo emotivo, ma può potenzialmente determinare una riduzione irreversibile del volume delle aree citate. Le conseguenze sono quindi drammatiche, soprattutto perché questa condizione rischia di compromettere lo sviluppo emotivo e relazionale dei bambini rendendoli inibiti, diffidenti e incapaci di provare sentimenti e empatia. Il volto non comunica solo le emozioni o le intenzioni, ma principalmente l'identità. Distinguere un viso e le sue fattezze è talmente importante che nel cervello umano esiste una regione preposta a questo solo compito, tanto che questa area non si attiva se osserviamo, per esempio, una macchina o un telefonino: si tratta dell'area fusiforme facciale (FFA). La sua evoluzione è legata all'età dello sviluppo, per cui se in questa fase della vita, a causa della mascherina, il volto resta coperto durante la maggior parte delle interazioni sociali con compagni di scuola, amici e insegnanti, il rischio è che l'area fusiforme facciale si atrofizzi. Di conseguenza il bambino o il ragazzo non sarà più in grado di distinguere un viso dall'altro, di crearsi un'immagine di sé e di riconoscere i tratti che distinguono il genere sessuale: in pratica, il giovane crescerà asessuato, senza identità e senza capacità di capire con chi ha a che fare.

Disabilità e deficit da mascherina

L'abitudine a indossare la mascherina espone i bambini a un rischio di deficit percettivo.

Questa "disabilità" provocata dall'uso protratto della mascherina in età evolutiva comporta per il bambino l'incapacità di sviluppare i valori di base della vita sociale, come empatia, sincerità, altruismo, solidarietà, fiducia, fedeltà e amore, che altro non sono che le molecole che costituiscono, nel loro insieme, lo spirito di aggregazione e la formazione dei legami.

I bambini privati di identità e della capacità di esibire e comprendere le emozioni non saranno in grado di creare, a loro volta, una propria famiglia, causando un disfacimento dell'intero tessuto sociale.

Ovviamente, non esistono studi che dimostrino che i bambini non sviluppino la capacità di distinguere i volti se questi vengono coperti dalle mascherine per un periodo prolungato (probabilmente ci saranno fra 5 o 6 anni se la situazione non cambia). Sappiamo però che un'altra facoltà affine, le capacità linguistiche, deve essere appresa in tenera età e si affina con l'interazione sociale (in modo analogo alla capacità di distinguere le fattezze di un volto e di riconoscere e interpretare la mimica facciale): lo hanno dimostrato i linguisti Judit Gervain e Janet Werke nel loro studio dal titolo *How Infant Speech Perception Contributes to Language Acquisition* pubblicato su *Language and Linguistics Compass*.

Bambini allevati da altre specie (lupi, cani o scimmie ecc.) e poi introdotti in società, hanno dimostrato di non essere in grado di recuperare la capacità di comprendere e utilizzare il linguaggio, se non in modo rudimentale.

Bibliografia

- S. Baron-Cohen, *Autism: the empathizing-systemizing (E-S) theory*, Ann N Y Acad Sci. 2009; 1156: 68 – 80.
- L. Capps, N. Yirmiya, M. Sigman, *Understanding of simple and complex emotions in non-retarded children with autism*, J Child Psychol Psychiatry. 1992; 33: 1169 – 82.
- G. Celani, M. W. Battacchi, L. Arcidiacono, *The understanding of the emotional meaning of facial expressions in people with autism*, J Autism Dev Disord. 1999; 29: 57–66.
- K. A. Dalrymple, S. Corrow, A. Yonas, B. Duchaine, *Developmental prosopagnosia in childhood*, Cogn Neuropsychol. 2012; 29(5-6): 393-418.
- P. Ekman, (1970). *Universal Facial Expressions of Emotions*, California Mental Health Research Digest, 8(4), 151-158.
- P. Ekman & W. V. Friesen, (1971), *Constants Across Cultures in the Face and Emotion*, Journal of Personality and Social Psychology, 17(2) , 124-129.
- P. Ekman, W. V. Friesen, & S.S. Tomkins (1971), *Facial Affect Scoring Technique: A First Validity Study*, Semiotica, 3, 37-58.
- P. Ekman (1972), *Universals and Cultural Differences in Facial Expressions of Emotions*, in J. Cole (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 207-282), Lincoln, NB: University of Nebraska Press.
- K. Grill-Spector, N. Knouf, N. Kanwisher, *The fusiform face area subserves face perception, not generic within-category identification*, Fac Comparative Study-Nat Neurosci 2004 May; 7(5): 555-62.
- M.B. Harms, A. Martin, G.L. Wallace, *Facial emotion recognition in autism spectrum disorders: a review of behavioral and neuroimaging studies*, Neuropsychol Rev. 2010; 20: 290–322.
- C. Herba, M. Phillips, *Annotation: Development of facial expression recognition from childhood to adolescence: behavioural and neurological perspectives*, The Journ of Child Psychol and Psychiatry, Volume 45, Issue7, Oct 2004; 1185-1198.
- A. Ishai, *Seeing faces and objects with the “mind’s eye”*, Arch Ital Biol. 2010 Mar; 148 (1): 1-9.
- Y. Jiang, R.W. Shannon, N. Vizueta, E. M. Bernat, C. J. Patrick, S. He, *Dynamics of processing invisible faces in the brain: automatic neural encoding of facial expression information.*, Neuroimage, 2009; 44(3): 1171-1177. doi: 10.1016/j.neuroimage.2008.09.038.
- Kanwisher N, Yovel G: The fusiform face area: a cortical region specialized for the perception of faces. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2006 Dec 29;361(1476):2109-28.
- E. Loth, L. Garrido, E. Ahmad J Watson, A. Duff, B. Duchaine, *Facial expression recognition as a candidate marker for autism spectrum disorder: how frequent and severe are deficits?*, Mol Autism, 2018 Jan 30; 9: 7.
- E. Mariska Kret, *Emotional expressions beyond facial muscle actions. A call for studying autonomic signals and their impact on social perception*, Frontiers of Psy, 2015.
- K. A. Pelphrey, N. J. Sasson, J. S. Reznick, G. Paul, B. D. Goldman, J. Piven, *Visual scanning of faces in autism*. J Autism Dev Disord. 2002; 32: 249 – 61.
- Neuropsychol Rehabil.
- M. R. Pizzamiglio, M. De Luca, A. Di Vita, L. Palermo et al., *Congenital prosopagnosia in a child: Neuropsychological assessment, eye movement recordings and training*, Neuropsychol Rehabil, 2017 Apr; 27(3): 369-408.
- M. De Luca, M. R. Pizzamiglio, A. Di Vita, L. Palermo, A. Tanzilli, C. Dacquino, L. Piccardi (2019), *First the nose, last the eyes in congenital prosopagnosia: Look like your father looks*, Neuropsychology, 33(6), 855–861.
- G. Rhodes, G. Byatt, P. T. Michie, A. Puce, *Is the fusiform face area specialized for faces, individuation, or expert individuation?*, J Cogn Neurosci. 2004 Mar; 16(2): 189-203.
- Wingenbach TSH, Ashwin C. Brosnan, *Diminished sensitivity and specificity at recognising facial emotion expressions of varying intensity underlie emotion-specific recognition deficits in autism spectrum disorders*, Res Autism Spectr Disord. 2017; 34: 52 – 61.
- Q. Wang, L. Di Nicola, P. Heymann, M. Hampson, K. Chawarska, *Paired Value Learning for Faces in Preschoolers With Autism Spectrum Disorder*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2018 Jan; 57(1): 33-40.

I bambini sono protetti dal Covid-19 grazie alla risposta immunitaria innata

23-09-2020

Fondazione per la Salutogenesi

Uno 'scudo' anti-Covid su misura per i più piccoli. A 'fotografarlo' è il primo studio che confronta le risposte immunitarie di adulti e bambini malati: l'indagine ha rilevato delle differenze chiave, che possono contribuire a spiegare perché i bambini di solito hanno una malattia più lieve rispetto agli adulti.

Uno 'scudo' anti-Covid su misura per i più piccoli. A 'fotografarlo' è il primo studio che confronta le risposte immunitarie di adulti e bambini malati: l'indagine ha rilevato delle differenze chiave, che possono contribuire a spiegare perché i bambini di solito hanno una malattia più lieve rispetto agli adulti. I risultati hanno anche importanti implicazioni per vaccini e farmaci in fase di sviluppo per frenare la malattia pandemia. Il lavoro è stato pubblicato su 'Science Translational Medicine' dai medici dell'Albert Einstein College of Medicine, dell'Ospedale Pediatrico di Montefiore e della Yale University (Usa). Lo studio ha coinvolto 60 pazienti adulti e 65 pediatrici con Covid-19, ricoverati tra il 13 marzo e il 17 maggio scorso; 20 dei pazienti pediatrici manifestavano la nuova sindrome infiammatoria multisistemica (Mis-C). Il sangue dei pazienti è stato testato 'a caccia' della presenza di diversi tipi di cellule immunitarie, risposte anticorpali e proteine infiammatorie (citochine), prodotte dalle cellule immunitarie. Ebbene, i bambini con Covid-19 hanno avuto un decorso significativamente migliore degli adulti. Ventidue adulti (37%) hanno richiesto la ventilazione meccanica rispetto a solo 5 (8%) pazienti pediatrici. Inoltre, 17 adulti (28%) sono morti in ospedale rispetto a due (3%) pazienti pediatrici. Non si sono verificati decessi tra i pazienti pediatrici con Mis-C. "I nostri risultati suggeriscono che i bambini con Covid-19 reagiscono meglio degli adulti perché la loro immunità innata è più forte e li protegge contro Sars-CoV-2, che causa la malattia", spiega Betsy Herold, dell'Albert Einstein College of Medicine Einstein, coautrice senior dello studio insieme a Kevan C. Herold della Yale School of Medicine. Le persone hanno due tipi di immunità: innata e adattiva. L'immunità innata, in cui le cellule immunitarie rispondono rapidamente agli agenti patogeni invasori di ogni tipo, è più robusta durante l'infanzia. L'immunità adattativa, d'altra parte, è più specifica e presenta anticorpi e cellule immunitarie che prendono di mira virus specifici o altri microbi. Rispetto ai pazienti adulti, i bambini coinvolti nello studio possedevano livelli significativamente più alti di alcune citochine associate alla risposta immunitaria innata. Ciò suggerisce che una risposta innata più robusta protegga i giovanissimi dallo sviluppo della sindrome da distress respiratorio acuto, segno distintivo dei casi di Covid gravi e spesso fatali. Una citochina in particolare, nota come IL-17A, è stata trovata a livelli molto più elevati nei pazienti pediatrici rispetto agli adulti. "Gli alti livelli di IL-17A che abbiamo riscontrato nei pazienti pediatrici possono essere importanti per proteggerli dalla progressione di Covid-19", afferma Kevan C. Herold. Inoltre, secondo i ricercatori, "i pazienti adulti rispondono all'infezione da coronavirus con una risposta immunitaria adattativa troppo vigorosa, che può promuovere l'infiammazione". I risultati hanno importanti implicazioni per le terapie e i vaccini contro Covid-19. "I nostri pazienti adulti che sono andati male avevano alti livelli di anticorpi neutralizzanti, questo suggerisce che il plasma convalescente - che è ricco di anticorpi neutralizzanti - potrebbe non aiutare gli adulti che hanno già sviluppato segni di sindrome di distress respiratorio acuto", evidenzia Betsy Herold. "Al contrario, le terapie che aumentano le risposte immunitarie innate nelle prime fasi della malattia possono essere particolarmente utili".

Considerazioni sui probabili danni psicologici prodotti dal Covid19

Dott. Alessandro Gambugiati

comedonchisciotte.org 24/09/20

Sebbene al momento della pubblicazione di questo articolo non siano ancora disponibili dati scientifici completi e indipendenti circa i danni psicologici prodotti dal Covid19, cercherò di formulare alcune considerazioni su questo fenomeno geopolitico complesso nel quale un gran numero di dinamiche si intrecciano tra loro determinando una realtà che per l'uomo della strada è di difficile comprensione.

Con questo mio articolo non intendo fornire verità, ma stimolare la formulazione di domande che possano aiutare ognuno a trarre le proprie conclusioni, meglio se supportate da fonti autorevoli che possono essere reperite sul web in lingua originale.

Uno degli aspetti che balza all'occhio è la confusione prodotta dalla presenza di almeno due fazioni diverse di scienziati autorevoli che formulano affermazioni diametralmente opposte circa la pericolosità del virus: da una parte ci sono i "catastrofisti", che sembrano accentuare la pericolosità del virus nonostante i dati clinici ufficiali siano in grado di smentire le loro tesi, e dall'altra i cosiddetti "negazionisti", ovvero scienziati non meno autorevoli dei primi che forniscono una visione più razionale e meno drammatica.

Il confronto tra opinioni opposte è fondamentale nella ricerca scientifica, ma esso dovrebbe avvenire lontano dai riflettori per tutelare sia la ricerca sia coloro che, essendo profani, attendono risposte. La confusione genera angoscia, la quale a sua volta genera ulteriore confusione e aumento di conflittualità tra le persone che si schierano in base ai diversi investimenti emotivi più che all'elaborazione razionale.

Fin dall'inizio della mia formazione ho potuto osservare l'esistenza di interpretazioni molto diverse degli stessi fenomeni clinici. Un esempio molto semplice da comprendere è il trattamento dell'ansia: mentre la maggior parte dei medici è stata formata alla patologizzazione del fenomeno e alla sua cura mediante la somministrazione di farmaci, per noi psicoterapeuti l'ansia è un segnale che informa il corpo che qualcosa non sta ancora andando come dovrebbe. Pertanto bloccare l'ansia senza comprendere da dove essa viene significa impedirne l'elaborazione: uno dei nostri obiettivi è valutare se questa emozione è appropriata o se frutto di condizionamenti corporei antichi.

Un aspetto che mi ha molto colpito durante la gestione del Covid19 è stata osservare come il governo abbia scelto di concentrarsi sulla tutela della salute fisica senza prendere in considerazione le relazioni con la salute psichica. L'aver vietato i funerali, per esempio, ha determinato il blocco della elaborazione del lutto da parte di un gran numero di famiglie che non hanno potuto piangere i loro cari.

Le anomalie più vistose che sono state le scelte del governo di adottare soluzioni che non tenevano conto dei rudimenti di base di alcune discipline fondamentali, tra le quali la psico-neuro-immunologia, l'epigenetica, la biologia e la psicosomatica.

Dal punto di vista psicologico le conseguenze più diffuse sembrano consistere nell'aumento dei livelli di ipocondria, ansia, panico, fobie, distress, depressione, insonnia, sindrome post-traumatica da stress e psicosi, senza considerare un gran numero di soggetti che soffrivano di disagi psicologici seri che riusciva comunque a compensare in modo accettabile.

Tanto per fornire qualche numero, nel 2014 la Società Italiana di Psichiatria affermò che un italiano su tre soffriva di problemi psicologici seri senza poter formulare la necessaria richiesta di aiuto; nei primi del 2020 un comunicato Ansa emesso durante il lockdown affermava che due italiani su tre soffrivano di livelli molto alti di ansia e di insonnia.

Dott. Alessandro Gambugiati

www.alessandrogambugiati.it

L'annuncio dal Giappone: "Avigan efficace contro il Covid". Ecco come descriveva il farmaco Burioni a marzo

di Giuseppe Masala

24/09/20 l'Antidiplomatico

Arriva l'annuncio dal Giappone che anche l'Avigan funziona contro il Covid19. Inutile ricordare che anche in questo caso dai nostri luminari (in primis il Professor Burioni) arrivò il fuoco di sbarramento: per loro l'unica soluzione percorribile per "combattere" l'infezione è chiudere la gente in casa, demolire l'economia, in attesa del fantomatico vaccino (manco a dirlo, possibilmente il loro, pagato profumatamente).

Importante anche uno studio europeo che attesta come in Italia solo per le mancate cure cardiologiche per la chiusura degli ospedali e per l'orientamento verso la lotta (sic) al covid19 ci saranno 20.000 (ventimila) morti in più evitabili. Una strage silenziosa. Ma una strage reale, non immaginaria creata su un foglio excel.

Infine un'altra cosa: Banca Intesa sta mandando ai suoi clienti la pubblicità di una rete di ospedali, cliniche, laboratori privati dove fanno diagnosi e cure con lo "sconto per i clienti Banca Intesa". Mentre la sanità pubblica è impegnata ad inseguire un fantasma di virus (sul quale peraltro si può intervenire con cure appropriate, ma che i protocolli ministeriali non prevedono) ci privatizzano la sanità. E se ti devi curare o paghi o crepi.

P.s.: questo è ciò che diceva Burioni sull'Avigan (rectius, nel suo gergo, "il preparato giapponese").



Roberto Burioni ✓
@RobertoBurioni

Il farmaco russo, il preparato giapponese, la vitamina C, la pericolosità dell'ibuprofen, i proclami sugli ACE inibitori che i somari scrivono ECA hanno una cosa in comune: sono tutte scemenze. Le novità vi arriveranno dalle autorità sanitarie, non dai social o da YouTube.

10:48 PM · 21 mar 2020 · [Twitter Web App](#)

3.065 Retweet **11.605** Mi piace

Mascherine solo quando servono perché possono essere dannose

Redazione AsSIS | 26 Set 2020

Incontriamo ogni giorno persone che passeggiano, che vanno in bicicletta, che corrono indossando una mascherina facciale. Potremmo limitarci a sorridere, come quando vediamo persone sole in auto che guidano indossandola, ma ci pare doveroso fornire informazioni corrette. Se l'uso della mascherina ha senso negli spazi chiusi quando non è possibile mantenere la distanza interpersonale di sicurezza, è inutile e persino dannoso in altre circostanze. Alleghiamo la traduzione, a cura del dott. Andrea Agostini, di uno studio sugli effetti delle mascherine chirurgiche ed FFP2/N95 sulla capacità cardiopolmonare di soggetti in buona salute fisica.

Lo studio è stato condotto presso il Dipartimento di Cardiologia, Università di Leipzig su 12 maschi volontari reclutati all'interno dello staff medico. A ciascun soggetto è stato chiesto di partecipare a tre diversi test a sforzo incrementale, uno "senza maschera" uno con mascherina chirurgica ed uno con mascherina FFP2/N95.

Entrambi i tipi di mascherine riducono in modo significativo i parametri polmonari dinamici.

Le conclusioni dello studio illustrano il marcato impatto negativo delle mascherine sulla capacità cardiopolmonare, compromettendo significativamente le attività fisiche più impegnative e lavorative. Inoltre, le mascherine riducono in modo importante la qualità della vita di chi le indossa.

Questi effetti devono essere presi in considerazione e confrontati con i potenziali effetti protettivi sulla trasmissione virale. I soggetti sottoposti allo studio sono persone giovani in ottima forma fisica, persone anziane o affette da patologie cardiache o respiratorie potrebbero risentire ancora di più degli effetti negativi indotti dall'uso prolungato delle maschere. Spieghiamolo ai nostri anziani.

Leggi qui lo studio: [Fikenzer mascherine assis](#).

Maestra: «Me ne vado, non voglio essere complice di questo delirio»

Pietro Di Martino 26/09/20

Rossella Ortolani, maestra di scuola primaria, ha scritto una lettera nella quale espone i problemi che riguardano le regole anticontagio per i bambini. Ha parlato della stanza Covid, dove i bambini vengono portati se presentano stati lievemente febbrili, precisando che, se non trovano nessuno dei familiari al telefono, qualcuno potrebbe chiamare direttamente il 118.

“Abbiamo capito che dopo scattano tanti di quei controlli a tappeto che se ci va bene, forse, chiudono solo la classe del bimbo trovato positivo al Virus dei virus, altrimenti chiudono tutta la scuola, nel caso ce ne siano diversi”. Nella sua scuola “i bambini entreranno ed usciranno, in tempi diversi, da tre entrate anche lontane fra loro, in modo che chi ha più figli corra da una parte all'altra a portarli e a riprenderli”.

Una situazione surreale

Saranno distanziati e indosseranno la mascherina, proprio come i loro genitori quando andranno a prenderli all'uscita di scuola. “Così – commenta Rossella Ortolani – le maestre dei bambini delle classi prime non riconosceranno mai i parenti dei loro alunni e contravverranno, in modo involontario, a tutte le norme per la sicurezza legate alla riconsegna dei bambini alle famiglie”. E in classe cosa faranno? “Non possono toccarsi, scambiarsi il pennarello, accumulare i libri uno sopra l'altro, alzarsi per giocare con i loro amichetti, fare gruppi di lavoro, aiutarsi a vicenda, abbracciare la maestra”. Una situazione surreale dove “tutto al millimetro è pianificato per tenerli fermi al banco buoni buoni, perché appena si alzano e si avvicinano a qualcuno... scatta l'urlo della maestra”. Maestra che, secondo la Ortolani, grazie a uno “specifico corso di aggiornamento” le è stato inculcato “che deve fare rispettare tutte le regole, pena la responsabilità di un contagio”. I problemi non riguardano soltanto l'interno degli istituti ma anche le zone esterne, come i cortili. “Alcune insegnanti – scrive la maestra – dimenticatesi della didattica (che non interessa più a nessuno), si sono chieste: “Ma se la palla casca per terra mentre giocano a palla avvelenata e la prende un altro bambino che si fa: si deve disinfettare?”

La maestra: “Insegno ai miei alunni a non avere paura”

La lettera continua con un sentimento di quasi rassegnazione: “Sono riusciti a spengere tutti i neuroni degli italiani, a staccare tutte le sinapsi, a creare il buio nei circuiti elettrici dei nostri cervelli. Hanno vinto!”.

L'unica speranza, ci pare di capire, è una disobbedienza naturale. Che almeno i bambini “gridino, urlino, cantino, saltino sui banchi, si abbraccino, si sbaciucchino, giochino ad acchiappino, ai lego, ai puzzle, si scambino la merenda, e giochino a calcio... senza accorgersene... vivano...”. Poi l'appello ai genitori: “Se avete cuore di mandarli a scuola in queste condizioni almeno insegnate loro quello che avreste dovuto fare voi: insegnategli a disubbidire... per tornare ad essere liberamente vivi”.

Rossella Ortolani scrive di voler lasciare tutto e andare in aspettativa. “Me ne vado. Non perché ho paura del Virus dei virus, non perché ho paura delle conseguenze di un errore di distanziamento, non perché ho paura dei bambini, no”. È l'unico modo che ha per opporsi. “Non voglio essere complice di questo delirio, io insegno per tutti e cinque gli anni di scuola dei miei alunni a non avere paura”.

Cos'è il Covid-19, SARS-2? Come viene testato? Come viene quantificato? La campagna di paura non ha basi scientifiche

Michel Chossudovsky

globalresearch.ca 26/09/20 da www.comedonchisciotte.org

I dati e i concetti sono stati manipolati allo scopo di sostenere la campagna di paura. Le stime non hanno senso. Le cifre sono state esagerate per giustificare i blocchi e le chiusure delle economie nazionali, con conseguenze economiche e sociali devastanti. Il virus è diventato il responsabile della povertà e della disoccupazione di massa. Come confermato da eminenti scienziati, così come dagli organi ufficiali responsabili della sanità pubblica, tra cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il Centro statunitense per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC), il Covid-19 è un problema per la salute pubblica ma NON è un virus pericoloso. La crisi da COVID-19 è contrassegnata da una “*emergenza*” di salute pubblica patrocinata

dell'OMS, emergenza che viene utilizzata come pretesto e giustificazione per innescare un processo mondiale di ristrutturazione economica, sociale e politica. Viene applicata l'ingegneria sociale. I governi subiscono pressioni affinché estendano i blocchi, nonostante le loro devastanti conseguenze economiche e sociali. Non vi è alcuna base scientifica per utilizzare la chiusura dell'economia globale come mezzo per risolvere una crisi di salute pubblica. Sia i media che i governi sono coinvolti nella diffusione della disinformazione. Questa campagna di paura non ha basi scientifiche. Il nostro obiettivo è quello di rassicurare le persone in tutto il mondo. I vostri governi MENTONO. In realtà mentono a loro stessi. Iniziamo definendo il virus e i test che vengono utilizzati per *“identificare il virus.”*

1 Cos'è il Covid-19, SARS-COV-2.

Qui sotto è riportata la definizione ufficiale dell'OMS del Covid-19:

I coronavirus sono una grande famiglia di virus, responsabili di tutta una serie di malattie negli animali o nell'uomo. Negli esseri umani, diversi coronavirus sono noti per causare infezioni respiratorie, che vanno dal comune raffreddore a malattie più gravi, come la Sindrome Respiratoria del Medio Oriente (MERS) e la Sindrome Respiratoria Acuta Grave (SARS). Il coronavirus scoperto più di recente causa la malattia da coronavirus COVID-19. I sintomi più comuni del COVID-19 sono febbre, tosse secca e stanchezza. ... Questi sintomi sono generalmente lievi e si instaurano gradualmente. Alcune persone si infettano ma presentano solo sintomi molto lievi. La maggior parte delle persone (circa l'80%) guarisce dalla malattia senza bisogno di cure ospedaliere. Circa 1 persona su 5 infettata dal COVID-19 si ammala in modo grave e sviluppa difficoltà respiratorie. *“Il COVID-19 è simile al SARS-1“*: secondo il [Dr. Wolfgang Wodarg](#), la polmonite è *“regolarmente causata o accompagnata da coronavirus.”* Gli immunologi confermano ampiamente la definizione del CDC. Il COVID-19 ha caratteristiche simili ad un'influenza stagionale associata a polmonite. Ecco cosa scrivevano Anthony Fauci (capo del NIAID), H. Clifford Lane e Robert R. Redfield (capo del CDC) sul [New England Journal of Medicine](#): *... le conseguenze cliniche generali del Covid-19 potrebbero, in definitiva, essere più simili a quelle di una grave influenza stagionale (che ha un tasso di mortalità di circa lo 0,1%) o a quelle di un'influenza pandemica (come quelle del 1957 e del 1968), piuttosto che ad una malattia simile alla SARS o alla MERS, che hanno avuto tassi di mortalità dal 9 al 10% e del 36%, rispettivamente.*

Il dottor Anthony Fauci mente con se stesso. Nelle sue dichiarazioni pubbliche afferma che il Covid è *“dieci volte peggio dell'influenza stagionale.”* Rifiuta il suo suo stesso rapporto peer reviewed sopraccitato. Fin dall'inizio, Fauci è stato determinante nella conduzione della campagna di paura e di panico scatenata in tutta l'America: *Screenshot da The Hill, 19 Marzo 2020*

Covid-19 e influenza [virus A e virus B \(e sottotipi\)](#) (tenete presente che l'influenza stagionale non è un coronavirus). Raramente ricordato dai media o dai governi, il CDC conferma che [il Covid-19 è simile all'influenza](#): *“L'influenza e il COVID-19 sono entrambe malattie respiratorie contagiose, ma sono causate da virus diversi. Il COVID-19 è causato dall'infezione di un nuovo coronavirus (chiamato SARS-CoV-2) e l'influenza è dovuta all'infezione di virus influenzali. Poiché alcuni dei sintomi dell'influenza e del COVID-19 sono simili, potrebbe essere difficile differenziare queste due patologie in base ai soli sintomi e potrebbero essere necessari dei test a conferma della diagnosi. L'influenza e il COVID-19 hanno in comune molte caratteristiche, ma tra le due forme esistono alcune differenze fondamentali.”* Se il pubblico fosse stato informato e rassicurato sul fatto che il Covid è *“simile all'influenza,”* la campagna di paura sarebbe stata un fallimento. I blocchi e le chiusure delle economie nazionali sarebbero stati completamente respinti.

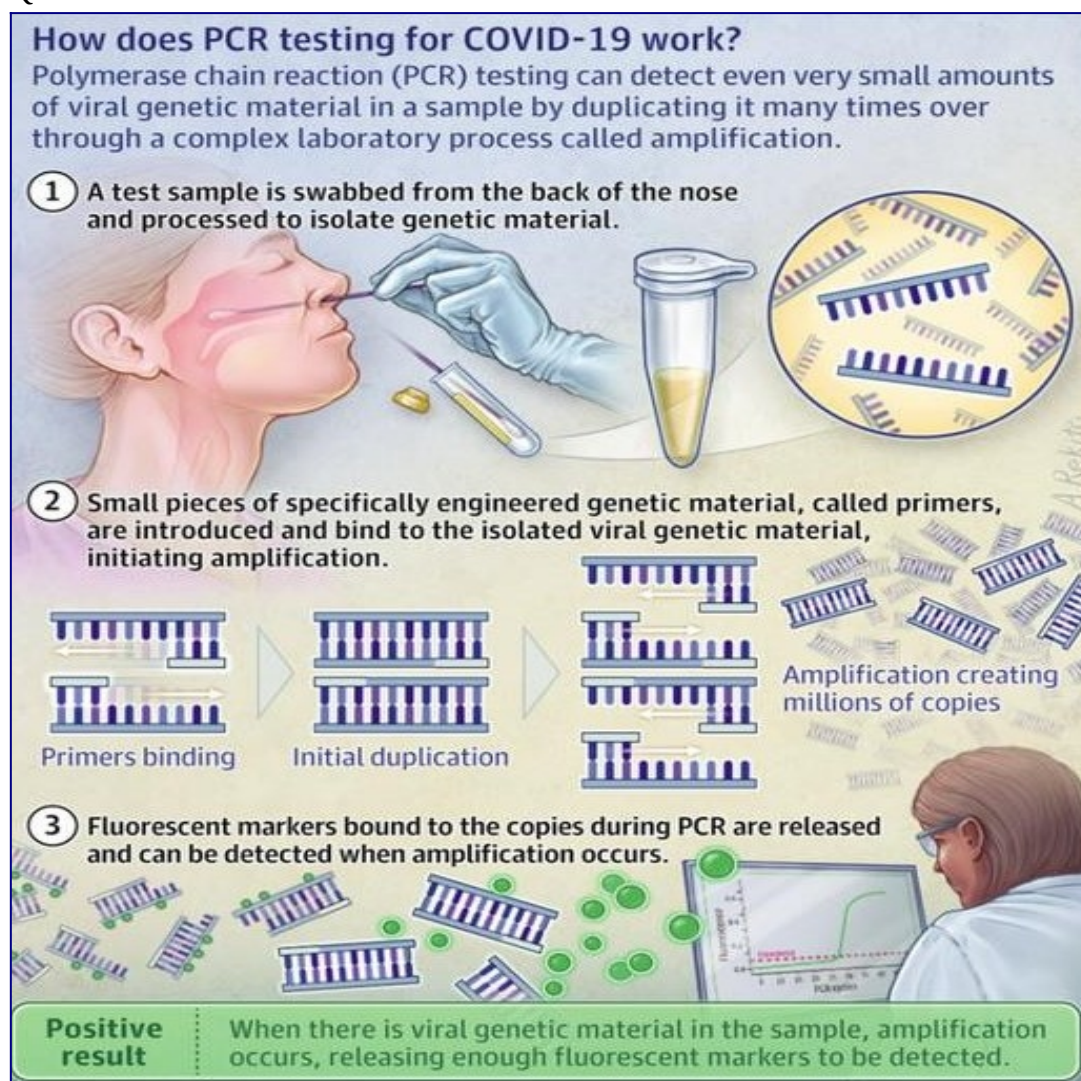
2. Il test Covid-19 per i “casi confermati”

Il test Covid standard si basa sulla reazione a catena della polimerasi di trascrizione inversa (RT-PCR):

“Il test COVID-19 RT-PCR è un test in tempo reale basato sulla reazione a catena della polimerasi a trascrizione inversa (rRT-PCR) per il rilevamento qualitativo di acido nucleico da SARS-CoV-2 in campioni provenienti dalle alte e basse vie respiratorie ... raccolti da individui in cui si sospetta la presenza di COVID 19... [così come] da individui senza sintomi o altri motivi per sospettare un'infezione da COVID-19. ...

Questo test può essere utilizzato anche con campioni da tamponi nasali individuali raccolti autonomamente utilizzando il kit di raccolta domestica del test Pixel LabCorp COVID-19 ... Il test COVID-19 RT-PCR serve anche per il rilevamento qualitativo di acido nucleico da SARS-CoV-2 in campioni aggregati, utilizzando una tecnica a pooling di matrici ([FDA, LabCorp Laboratory Test Number: 139900](#))

Innanzitutto, è necessario comprendere che il test Covid-19 RT-PCR è simile a quello utilizzato per l'influenza. Questo test si basa su campioni ottenuti dalle vie respiratorie superiori e inferiori. I [criteri e le linee guida confermati dal CDC](#) relativi al "CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Diagnostic Panel" sono i seguenti (Leggere attentamente): *I risultati riguardano l'identificazione dell'RNA 2019-nCoV. L'RNA 2019-nCoV è generalmente rilevabile in corso di infezione nei campioni ottenuti dalle vie respiratorie superiori e inferiori. I risultati positivi sono indicativi di infezione attiva da 2019-nCoV ma non escludono un'infezione batterica o una co-infezione con altri virus. L'agente rilevato potrebbe non essere la causa ultima della malattia. I laboratori negli Stati Uniti e nei loro territori sono tenuti a segnalare tutti i risultati positivi alle autorità sanitarie pubbliche competenti. I risultati negativi non precludono un'infezione da 2019-nCoV e non devono essere utilizzati come unica base per il trattamento o altre decisioni sulla gestione del paziente. I risultati negativi devono essere combinati con osservazioni cliniche, anamnesi del paziente e informazioni epidemiologiche.* Quello che si evidenzia è che un'infezione positiva potrebbe essere causata da altri virus, come altri coronavirus, nonché da virus correlati all'influenza stagionale (ad es. Virus A, B, C, D). Inoltre, secondo il CDC, [il test] *"non esclude infezioni batteriche o co-infezioni con altri virus. L'agente rilevato potrebbe non essere la causa determinante della malattia."* (CDC) Il diagramma seguente riassume il processo di identificazione dei casi positivi e negativi: tutto ciò che serve affinché il test possa essere classificato come "positivo" è la presenza di "materiale genetico virale." La procedura non identifica, né isola il Covid-19. Quello che il test evidenzia sono solo i frammenti del virus



Un test positivo non significa avere il virus e/o non poter trasmettere il virus. Un test negativo non significa non averlo. Quello che vogliono i governi è gonfiare il numero dei casi positivi. Mentre il SARS-CoV-2, quello che sembrerebbe essere il virus del COVID-19 (erroneamente classificata come una malattia piuttosto che come un virus), era stato isolato in un test di laboratorio nel gennaio 2020, il test RT-PCR non identifica/rileva il virus Covid-19. Ciò che rileva sono i frammenti di diversi virus. Come afferma il famoso immunologo svizzero [Dr B. Stadler](#). *Quindi, se eseguiamo un test corona PCR su una persona immune, non è un virus quello che viene rilevato, ma un piccolo frammento del genoma virale. Il test rimane positivo fino a che [nell'organismo] permangono i minuscoli frammenti del virus. Anche se i viri infettivi sono morti da tempo, un test corona può ritornare positivo, perché il metodo PCR moltiplica anche una piccola frazione del materiale genetico virale sufficiente [ad essere rilevato].* Ricordatevi: dal momento che il test RT-PCR è simile al test utilizzato in caso di influenza (ad es. Virus A, B), un risultato positivo non significa che siete positivi al Covid-19. La domanda è: positivi a che cosa ?? La PCR non rileva l'identità del virus; secondo il dottor [Pascal Sacré](#), *questi test rilevano particelle virali, sequenze genetiche, non l'intero virus. Nel tentativo di quantificare la carica virale, queste sequenze vengono poi amplificate più volte attraverso numerosi e complessi passaggi, che sono soggetti ad errori e contaminazioni. Una RT-PCR positiva non è sinonimo di malattia da COVID-19! Gli specialisti della PCR dicono in modo chiaro che un test, per confermarne il valore [affidabilità], deve sempre essere confrontato con la cartella clinica del paziente sottoposto al test e con lo stato di salute del paziente stesso. I media terrorizzano tutti parlando in continuazione di nuovi test PCR positivi, al di fuori di ogni contesto, implicando erroneamente, con queste informazioni, una seconda ondata di COVID-19.*

Casi presunti e casi confermati

Negli Stati Uniti, i dati del CDC includono casi positivi “confermati” e “presunti” di COVID-19 segnalati al CDC o testati dal CDC dal 21 gennaio 2020.” I dati presunti positivi non confermano l'infezione da coronavirus: i test presuntivi prevedono “l'analisi chimica di un campione, che stabilisca la possibilità che una sostanza sia presente” (grassetto aggiunto). Il test presuntivo deve quindi essere inviato per conferma ad un laboratorio sanitario governativo accreditato. (Per ulteriori dettagli vedere: Michel Chossudovsky, [Spinning Fear and Panic Across America. Analysis of COVID-19 Data](#), 20 marzo 2020). Allo stesso modo in Canada, “un test da punto di assistenza” è un “test rapido eseguito nel momento e nel luogo dell'assistenza, come un ospedale o uno studio medico.” Consiste nella raccolta di “campioni dal naso o dalla gola mediante tamponi” che vengono poi testati in loco, con risultati pressoché immediati (in 30-60 minuti). Ma non conferma la presenza di COVID-19.

Test sierologici o test anticorpali per il COVID-19

Secondo il CDC, i test sierologici non rilevano il virus, “rilevano gli anticorpi prodotti in risposta ad un'infezione.” I test sierologici non vengono utilizzati per la “diagnosi precoce di COVID-19.”

Come vengono tabulati i dati sul COVID-19?

Di seguito è riportata una schermata del [modulo CDC](#) intitolato *Modulo di segnalazione per infezione umana da nuovo coronavirus 2019*, da compilarsi da parte del personale medico/sanitario autorizzato. Notare la categorizzazione dei casi probabili, tenendo presente che la conferma del laboratorio è comunque fuorviante. Non è possibile identificare il virus COVID-19 in un test di laboratorio PCR

Case Classification and Identification

What is the current status of this person?

Lab-confirmed case* Probable case

If probable, select reason for case classification:

Meets clinical criteria AND epidemiologic evidence with no confirmatory lab testing*

Meets presumptive lab evidence[±] AND either clinical criteria OR epidemiologic evidence

Meets vital records criteria with no confirmatory lab testing

*Detection of SARS-CoV-2 RNA in a clinical specimen using a molecular amplification detection test

[±] Detection of specific antigen in a clinical specimen, OR detection of specific antibody in serum, plasma, or whole blood indicative of a new or recent infection

Qual è lo stato attuale di questa persona?

Caso confermato dal laboratorio (*) Caso probabile

se probabile, selezionare il motivo per la classificazione del caso:

Soddisfa i criteri clinici E le prove epidemiologiche senza test di laboratorio di conferma (*)

Soddisfa le prove presunte di laboratorio (±) E i criteri clinici OPPURE le prove epidemiologiche

Soddisfa i criteri dei parametri vitali senza test di laboratorio di conferma

(*) Rilevazione dell'RNA di SARS-CoV-2 in un campione clinico mediante un test di rilevamento con amplificazione molecolare

(±) Rilevamento dell'antigene specifico in un campione clinico, oppure rilevamento dell'anticorpo specifico nel siero, plasma o sangue intero, indicativo di una infezione nuova o recente

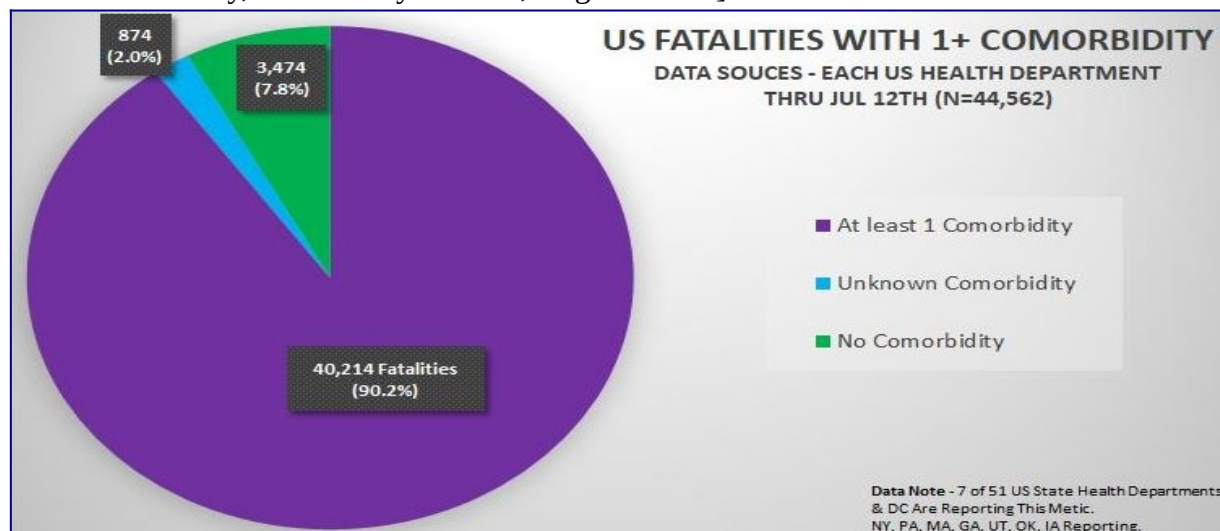
Negli Stati Uniti, i casi probabili (PC) e quelli confermati dal laboratorio (CC) vengono raggruppati insieme. E il numero totale dei casi (PC+CC) costituisce la base di valutazione per l'infezione da COVID-19. È come sommare tra loro mele e arance. La cifra totale (PC+CC) classificata come "casi totali" non ha significato. Non misura i veri casi di infezione da COVID-19. La maggior parte dei test presuntivi viene eseguita nelle cliniche private o negli ambulatori dei centri commerciali. Nel Regno Unito, secondo un [articolo](#) del *Daily Telegraph* del 21 maggio: "i campioni prelevati dallo stesso paziente, nei resoconti governativi vengono registrati come test diversi." Questo è solo un esempio di manipolazione dei dati. Negli Stati Uniti, le cliniche sono pagate (\$ \$) per gonfiare il numero di ricoveri da Covid-19. Un caso probabile non richiede esami di laboratorio: "Soddisfa i criteri diagnostici senza i test di laboratorio di conferma" (vedere il modulo sopra).

Percentuali di guarigione da COVID-19

I dati CDC, dal 21 gennaio 2020, registrano sia i casi positivi "confermati" che quelli "presunti." Tuttavia, ciò che il CDC dimentica di rendere pubblico è che tra i casi confermati e presunti, un gran numero di Americani è guarito. Ma nessuno parla di guarigione. Non fa notizia.

La falsificazione dei certificati di morte

All'inizio della pandemia, il CDC era stato incaricato di cambiare la metodologia riguardante i certificati di morte al fine di gonfiare artificialmente il numero dei "decessi da Covid." [Secondo H. Ealy, M. McEvoy et al](#) "Le linee guida del 2003 sui certificati di morte erano state cancellate. Se il CDC avesse utilizzato il suo standard di settore, l'edizione 2003 del "Manuale dei medici legali e dei periti settore sulla registrazione del decesso e sulla diagnosi di morte fetale," così come aveva fatto per tutte le altre cause di morte negli ultimi 17 anni, il conteggio dei decessi da COVID-19 sarebbe approssimativamente del 90,2% inferiore a quello attuale." (Covid-19: Questionable Policies, Manipulated Rules of Data Collection and Reporting. [Is It Safe for Students to Return to School?](#) By [H. Ealy](#), [M. McEvoy](#), and [et al.](#), August 09, 2020 [Covid-19: Politiche discutibili, regole manipolate per la raccolta e la segnalazione dei dati. È sicuro per gli studenti ritornare a scuola? Di H.Ealy, M. McEvoy ed et al., 9 agosto 2020])



Decessi attribuiti dal CDC al COVI-19. Comorbidity

L'ultimo rapporto del CDC conferma che [il 94% dei decessi attribuiti al Covid erano avvenuti in presenza di "comorbidità,"](#) (cioè i decessi erano dovuti ad altre cause).

Per il 6% dei decessi, il COVID-19 era stata l'unica causa menzionata. Per i decessi con comorbidità, oltre al COVID-19, erano state rilevate, in media, altre 2,6 patologie o cause aggiuntive di morte. Il numero di decessi per ciascuna condizione o causa aggiuntiva è raffigurato per decessi e per gruppi di età.

Il 21 marzo 2020, il CDC ha introdotto le [seguenti linee guida specifiche](#) per quanto riguarda i certificati di morte (e la loro tabulazione nel National Vital Statistics System (NVSS))

COVID-19: la "causa sottostante di morte"

Sarà il COVID-19 sarà la causa sottostante di morte? Questo concetto è fondamentale. La causa sottostante di morte è definita dall'OMS come *"la malattia o la lesione che aveva dato il via al treno di eventi che hanno portato direttamente alla morte."* Ciò che il CDC sta raccomandando in merito alla codifica statistica e alla categorizzazione è che si vuole che COVID-19 sia la causa sottostante di morte *"il più delle volte."* *"Cosa succede se i certificatori utilizzano una terminologia diversa da quella suggerita?"* (vedere sotto)

Il certificatore non è autorizzato a segnalare un coronavirus senza identificare il ceppo specifico. E la linea guida raccomanda di indicare COVID-19, quando, in realtà, il test PCR, per sua stessa natura, non isola il virus Covid-19. (Il ceppo di coronavirus 2019).

Will COVID-19 be the underlying cause?

The underlying cause depends upon what and where conditions are reported on the death certificate. However, the rules for coding and selection of the underlying cause of death are expected to result in COVID-19 being the underlying cause more often than not.

What happens if certifiers report terms other than the suggested terms?

If a death certificate reports coronavirus without identifying a specific strain or explicitly specifying that it is not COVID-19, NCHS will ask the states to follow up to verify whether or not the coronavirus was COVID-19. As long as the phrase used indicates the 2019 coronavirus strain, NCHS expects to assign the new code. However, it is preferable and more straightforward for certifiers to use the standard terminology (COVID-19).

Fonte CDC

Sarà il COVID-19 la causa sottostante di morte?

"La causa sottostante dipende dalle condizioni riportate sul certificato di morte. Tuttavia, ci si aspetta che le regole per la codifica e la selezione della causa di morte sottostante indichino il COVID-19 come causa sottostante più frequente.

Cosa succede se i certificatori utilizzano termini diversi da quelli suggeriti?

Se un certificato di morte segnala un coronavirus, senza identificare un ceppo specifico o specificando esplicitamente che non è COVID-19, il NCHS (National Center for Health Statistics) chiederà agli stati un follow up per verificare se quel coronavirus sia, o meno, COVID-19.

Per tutti i casi in cui terminologia utilizzata indichi il ceppo di coronavirus 2019, il NCHS assegnerà un nuovo codice. Tuttavia, è preferibile e più semplice per i certificatori utilizzare la terminologia standard (COVID-19).

Cosa succede se la terminologia del certificato di morte indica incertezza?

Se il certificato di morte riporta termini come "probabile COVID-19" o "possibile COVID-19," a questa patologia verrà assegnato un nuovo codice ICD. È improbabile che l'NCHS segua questi casi.

Se sul certificato di morte fosse riportato "test COVID-19 in sospeso," questa sarebbe considerata una diagnosi incompleta. In questo caso, NCHS si aspetterebbe di ricevere un rapporto aggiornato, visto che il codice risultante [in caso di incompletezza] sarebbe probabilmente R99. In questo caso, NCHS richiederà ai vari stati di eseguire una verifica, per vedere se i risultati dei nuovi test confermano che il deceduto era infetto da COVID-19. ... COVID-19 dovrebbe essere riportato sul certificato di morte di tutti i deceduti in cui la malattia ha causato o si presume abbia causato o contribuito alla morte. I certificatori dovrebbero includere quanti più dettagli possibile in base alla loro conoscenza del caso, cartelle cliniche, test di laboratorio, ecc. "

Queste specifiche linee guida hanno largamente contribuito ad aumentare i “*casi documentati*” di morte attribuiti al Covid-19. E questo nonostante il fatto che i test di laboratorio pertinenti (cioè RT PCR) forniscano risultati fuorvianti. Tenete presente che una causa di morte da Covid-19 non richiede un esame di laboratorio.

Sommario

- Il Covid-19 è simile all’influenza
- L’utilizzo del test PCR per la valutazione dell’infezione da Covid-19 genera dati fallaci.
- Le cifre sono falsificate e lo sono anche i certificati di morte.
- I “*casi confermati*” non sono affatto confermati.
- Il test RT-PCR non isola il virus Covid-19.

Queste “*stime*” Covid-positive gonfiate (dai test PCR) vengono quindi utilizzate per sostenere la campagna di paura. Il numero esagerato dei morti da Covid-19 deriva da criteri imperfetti e distorti. I governi sono attivamente coinvolti nell’aumento del numero dei test PCR al solo scopo di gonfiare il numero dei cosiddetti casi positivi al Covid-19. I test RT-PCR non dimostrano nulla: “*Oggi, dal momento che le autorità testano sempre più persone, ci saranno sicuramente più test RT-PCR positivi. Ciò non significa che il COVID-19 stia ritornando o che l’epidemia viaggi ad ondate. Ci sono più persone sottoposte al test, tutto qui.*”

Questa procedura di raccolta massiccia dei dati serve a fornire “*stime*” di supporto (false) per giustificare la cosiddetta Seconda Ondata. L’obiettivo finale è quello di mantenere il blocco economico, imporre l’uso obbligatorio della mascherina, il distanziamento sociale, compresa la chiusura di scuole, college e università. La tendenza è verso uno stato di polizia. È tutto basato su una Grande Bugia. Abbiamo bisogno di un movimento di massa, a livello nazionale ed internazionale per invertire questa tendenza. Manifestazioni di massa, a malapena riportate dai media mainstream, si sono svolte nelle principali capitali europee, tra cui Londra, Dublino e Berlino. I politici corrotti nelle alte sfere devono essere rimossi (pacificamente). Rivelare le bugie e gli inganni è la prima delle priorità. Smantellare la campagna della paura. Smascherare la disinformazione dei media. Le economie nazionali devono essere riaperte ...

Michel Chossudovsky Fonte: [globalresearch.ca](https://www.globalresearch.ca)

Link: <https://www.globalresearch.ca/what-is-covid-19-sars-2-how-is-it-tested-how-is-it-measured-the-fear-campaign-has-no-scientific-basis/5722566>

23.09.2020 Scelto e tradotto da Markus per comendonchisciotte.org

I misteri della virologia di Hong Kong di [ilsimplicissimus](#) 25/09/20

Non se sia stato Sherlock Holmes a dire che il miglior nascondiglio è quello più in vista, quello che sta proprio sotto il naso, anche se sospetto che l’autore originario sia Edgar Allan Poe, padre putativo di tutta la letteratura gialla. Di certo la migliore menzogna è quella talmente sfacciata che non suscita alcun sospetto: potevate pensare che la fialetta brandita da Colin Powell come prova delle armi di distruzione di massa, contenesse amido invece del presunto antrace di Saddam? No di certo, sarebbe stato troppo semplice e così il mondo intero si è lasciato abbindolare. La stessa tecnica viene usata in queste settimane per imporre un’altra storia, quella di una sedicente virologa cinese, tale Li-Meng Yan la quale sostiene che il coronavirus sia stato creato artificialmente in Cina e che sarebbe “fuggita” in Usa da Hong Kong – non si capisce in quale senso visto che arrivano e partono liberamente dalla città oltre 200 mila persone al giorno, nazisti ucraini compresi. Ma insomma non possiamo pretendere che i servizi americani siano così brillanti da cambiare il copione della guerra fredda dopo appena 70 anni, quindi diciamo fuggita, diamolo per buono ben sapendo che lo zio Sam non avrà fatto mancare degli incentivi per la cara ragazza.

Il fatto è che a nessuno è venuto in mente di controllare se questa signora sulla quale sono state scritte milioni di parole sia effettivamente una virologa e se abbia avuto la possibilità di avere accesso ad informazioni sensibili del tipo che ha riferito di avere. Insomma quasi l’uovo di Colombo. Così il vostro cronista si è messo alla ricerca e non ha trovato la minima traccia di attività scientifica delle medesima in alcun indice e non solo

nel settore virologico o medico, ma proprio in qualsiasi scampo: zero pubblicazioni, zero citazioni, nessun segno di esistenza. A parte un documento di pochi giorni fa, che arriva dunque mesi dopo la rocambolesca fuga in business class, scritto assieme ad altri tre sconosciuti sulle “Caratteristiche insolite del genoma della SARS-CoV-2” pubblicato su un contenitore, Zenodo, che non prevede alcun controllo di qualità e che non è nient’altro che un collage di altre ricerche generiche costruito ad hoc per poter tentare l’ipotesi della costruzione artificiale del virus, senza alcuna nuova informazione, men che meno segreta o riservata. Insomma nessuna rivelazione, ma qualcosa di pasticciato e banale messo assieme molto dopo la cosiddetta fuga, giusto per non far galleggiare la vicenda sul nulla pneumatico..

Come se ciò non bastasse non si ha notizia di lei presso l’università medica di Guangzhou dove avrebbe preso il dottorato, né presso la scuola di sanità pubblica di Hong Kong dove avrebbe lavorato prima di andare in Usa, un istituto universitario con qualche rapporto col Pasteur di Parigi, ma che diciamo non sarebbe proprio una formidabile referenza neanche se si volesse fare il medico condotto nel Kalimantan. Insomma Li-Meng Yan scientificamente non esisteva prima dell’estate e anche se per caso avesse avuto qualche titolo universitario esso non sarebbe certo bastato per poter accedere a informazioni privilegiate da un laboratorio di massimo livello, distante migliaia di chilometri, esattamente come non le avrebbe il nostro medico di famiglia. La sua infatti non è un’accusa precisa, è solo un’ipotesi che potrebbe essere fatta da chiunque e ovunque. Ma la “virologa” ha detto, non si sa bene a chi, perché in questo caso la versione è lacunosa, di avere le prove della costruzione del virus e anche se in parecchi mesi non ha avuto il tempo di presentarle – non potete immaginare quanto sia impegnativa la virologia specie se non la si esercita – e noi dobbiamo crederle con la stessa fede con cui abbiamo la documentazione della sua preparazione nel campo. E infatti ora sappiamo che non esistono prove, ma solo un’ennesima ipotesi che vale solo perché Li-Meng Yan è cinese e a pagamento lotta contro Pechino. Qualche buon samaritano dei servizi si deve essere accorto di questo potenziale buco nella narrazione della nuova eroina, vale a dire la totale assenza di credenziali, e allora è stata diffusa la notizia – tenetevi perché c’è da ridere -secondo la quale Li-Meng Yan si chiamerebbe anche Yan Limeng. E in effetti una tale Limeng compare, in una sola pubblicazione scientifica, ma disgraziatamente si tratta di uno “*Studio sperimentale sull’effetto inibitorio del propranololo (sostanza usata nella cura delle aritmie cardiache ndr) sull’ustione da alcali corneali nei topi*” (vedi [qui](#)) che ha ben poco a che vedere con i virus e che riguarda l’oftalmologia, campo nel quale appunto lavora questa ricercatrice all’università di Guangzhou. In ogni caso cognomi e nomi funzionano diversamente in Cina e un equivalente di Yan Limeng sarebbe semmai Yan Lai Meng. Insomma avete capito che ci stanno prendendo per il culo alla grande come nel caso dell’avvelenamento di Navalny, dove la fantasia ha raggiunto vette inarrivabili, ma anche intollerabili . Del resto non dimentichiamo che qualche tempo fa è stato “beccato” un americano che per parecchi anni si è finto cinese di Hong Kong diventando un influencer delle proteste (vedi [qui](#)). Anche in questo caso è chiarissima la creazione di un pretesto e di un personaggio , solo che in questo caso è già quasi certo che il coronavirus sia una costruzione artificiale realizzata a Wuhan, probabilmente nel tentativo di fabbricare una qualche vaccino, ma nella colpevolizzazione della Cina siamo punto e daccapo perché il laboratorio internazionale di quella città lavora con francesi, inglesi e americani ed è inoltre sostenuta anche da finanziamenti privati occidentali provenienti da gruppi farmaceutici o fondazioni. Sarebbe comunque arduo capire come e perché sia saltato fuori questo coronavirus anche se la sua diffusione a partire dalla Cina viene molto comoda alla propaganda occidentale: anzi non è difficile immaginare che con questa storia della virologa si vogliano proprio coprire tracce inopportune come per esempio i fondi arrivati al laboratorio di Wuhan da Antony Fauci proprio in merito alla ricerca di un vaccino anti Hiv. Ma in ogni caso tutto si è svolto nell’ambito di ricerche e tentativi che vanno avanti da anni ovunque, così che se proprio dobbiamo puntare un dito quello va diretto contro Big Pharma e contro una cultura neoliberista della manipolazione senza freni anche in campo genetico. Rimane il fatto straordinario che nessuno è andato a verificare le credenziali della “virologa”, nemmeno quelli molto critici con queste costruzioni narrative: non viene in mente che si possa barare proprio sui dati elementari e che la menzogna possa essere così radicale probabilmente perché si pensa che verrebbe subito scoperta, ma ormai la passività è tale, lo spirito critico così

sopito che non si va mai a verificare e si tende a dare tutto per scontato quando arriva dalla voce del padrone. L'assoluta sciatteria con cui viene messo in piedi questo cinema dovrebbe essere offensivo per gli spettatori, persino per quelli abituati a Netflix. E invece nemmeno si accorgono che li stanno prendendo per il lato B con la virologia e con il Covid, tanto che quando Twitter ha censurato alcuni cinguettii di Li-Meng Yan, è scattata l'indignazione a comando senza comprendere che la manovra serviva a dare un minimo di credibilità a un personaggio inesistente, soprattutto dopo che le informazioni segrete si sono rivelate ipotesi di routine.

Incurabili! Ma davvero Marx non c'entra proprio nulla con la Scienza?

di Angelo Baracca contropiano.org 25/09/20

Due anni fa ricorreva il duecentesimo centenario della nascita di Karl Marx e giustamente il mondo intero fu inondato da una marea di commemorazioni, incontri e convegni di tutti i tipi e i livelli. Nel corso di queste manifestazioni io fui colpito dal fatto che in nessuna delle iniziative di cui venivo a conoscenza compariva neanche per caso la parola Scienza: ergo, il messaggio è per il colto e l'inclita – ma molto più negativamente per tutt* i compagn* – che il marxismo ha a che fare con la politica, l'economia, la società, ma non ha nulla a che fare con la Scienza (uso volutamente la maiuscola). Scrisi un articolo nel merito¹, ma oggi la pubblicazione, e la recensione, degli Atti del Convegno che si tenne all'Università di Roma 3 il 18 ottobre 2018² mi spinge a ritornare brevemente su questo aspetto. Perché il problema investe più di un aspetto.

► Il primo (non in ordine d'importanza) è che viene cancellato con un colpo di spugna l'intensissimo lavoro di ricerca e di elaborazione che a partire dai primi anni Settanta uno stuolo di compagn* eseguì, sviluppando – anche con aspri scontri con gli ambienti accademici (anche di sinistra), ma non solo – dall'impostazione del materialismo storico, che Marx aveva efficacemente applicato alla critica dell'economia politica, criteri idonei ad analizzare in modo politicamente pregnante i legami fra il processo di elaborazione della scienza e il contesto economico sociale, cioè di classe.

► È vero che purtroppo oggi non sembra essere rimato molto di quell'intensissimo impegno, perché nel senso comune (e non solo nell'attività degli scienziati, anche “di sinistra”) sembra avere letteralmente “sfondato” il concetto che l'attività scientifica sia nella sostanza “neutrale”, indipendente dalle vicende sociali: ma questa non è ovviamente una buona ragione per cancellare un pezzo di storia che è stata molto importante, ma soprattutto i suoi risultati molto concreti e attuali.

► Ma ovviamente la ragione ben più fondamentale è che attraverso il dilagante riconoscimento che il “progresso”, tout court, scientifico sia il fondamento vero della nostra società, la base del nostro benessere, si pone un puntello al consenso sociale: chi si preoccupa ormai, per esempio, che le nuove tecnologie forniscano al potere strumenti di controllo sempre più pervasivi di ogni nostro minimo movimento, ogni nostra scelta, con l'intelligenza artificiale forse anche dei nostri pensieri? Non siamo noi stessi supinamente complici per l'ansia di ogni nuova innovazione tecnica? Chi si chiede ormai se scelte diverse fossero state possibili? Perché riuscire a immaginare una società diversa sarebbe un aspetto fondamentale per cercare di progettare e realizzarla: l'utopia concreta era per lo meno una componente fondamentale di una progettualità di classe.

Senza contare che la Scienza e la Tecnica sono anche alla base delle tecnologie militari sempre più micidiali e incontrollabili³, nonché della stessa emergenza climatica e ambientale, che non è dovuta solo a un “cattivo uso” della Scienza e della Tecnica ma alla loro strutturazione intrinseca acquisita per adeguarsi alle esigenze delle classi dominanti, che di fatto controllano la loro organizzazione e il loro sviluppo.

► Oggi siamo in una strana situazione, i giovani che molto positivamente si mobilitano in milioni per il clima si servono dei risultati scientifici per fare pressione sui politici per un cambiamento radicale, però tendono ad assumerle i risultati scientifici come dati assoluti, non hanno il senso né del loro valore circoscritto e relativo (che ogni scienziato serio si premura di specificare nei lavori scientifici), e tanto meno se qualcuno possa avere “pilotato” quelle ricerche e quei risultati. Basterebbe citare le ricerche sui danni alla salute dei telefoni cellulari dove quelle che escludono un nesso sono per lo più finanziate dalle compagnie costruttrici, come “neutralità”

non c'è male! Così come questi giovani, quando denunciano la maggioranza delle ricerche che provano l'origine antropica del riscaldamento globale, dovrebbero ricordare che circa la metà degli scienziati lavora per l'industria bellica, che non è certamente climate (né human) friend!

Non mi sembra affatto casuale, ma significativo dei condizionamenti sociali imperanti) che negli obiettivi che vennero originariamente lanciati da Greta Thunberg il tema degli effetti deleteri, anche sul clima, delle guerre e delle attività militari fosse totalmente assente: personalmente collaboro integralmente con i Fridays for Future (a Firenze) e so che se questo tema viene portato con il dovuto rispetto per la loro autonomia, viene compreso.

* * *

Non è il caso che riprenda le considerazioni che ho sviluppato due anni fa nel lavoro citato nella nota 1 (e nel lontano 1976 in maggiore dettaglio nel saggio con Arcangelo Rossi, *Marxismo e Scienze Naturali*⁴). Molto schematicamente, la Scienza non è un'attività meramente conoscitiva che indaga una Natura a sé stante, sempre la stessa e immutabile: piuttosto l'Uomo sociale si rapporta ai fenomeni naturali con modalità molto diverse nei diversi contesti storici e sociali, i quali pongono finalità diverse, che richiedono metodi scientifici nuovi. Non vi è dubbio che la Scienza abbia una base sperimentale, ma la Natura alla quale gli scienziati si rifanno, le finalità con le quali lo fanno, i canoni con cui la interpretano, mutano profondamente con il mutare delle condizioni economico sociali, nonché culturali. A mio avviso non serve a molto, per l'interpretazione dei cambiamenti dei paradigmi scientifici (senza negare la legittimità della domanda in una filosofia a mio parere astratta che non mi interessa per i miei scopi), sostenere che Aristotele, Galileo o Einstein si riferiscono a una medesima "natura", quando concretamente la "vedono" in modi radicalmente diversi, consoni a contesti sociali che hanno mutato radicalmente le mentalità e i rapporti di classe, e proprio questo ha consentito loro di elaborare concetti radicalmente diversi. Per ricordare sommariamente cose evidentemente lontane anni luce, ma estremamente vive e vitali negli anni Settanta, questa problematica si sviluppò in scontri vivacissimi tra il 1974 e il 1976 quando apparvero alcuni volumi emblematici: da un lato quello di Ludovico Geymonat con i suoi collaboratori, *Attualità del Materialismo Dialettico*⁵, e dall'altra parte in diretta polemica il volume di Marcello Cini, Giovanni Ciccotti, Michelangelo De Maria e Giovanni Jona-Lasinio, *L'Ape e l'Architetto*⁶, il cui titolo si richiamava esplicitamente al famoso paragone di Marx per sottolineare un punto di vista storico materialista genuinamente "marxiano". Si sviluppò un dibattito molto acceso, ci furono commentatori italiani, tra cui Lucio Colletti e Giorgio Bocca, che trovarono la tesi della non neutralità della scienza addirittura "intollerabile" e cercarono di smontarla con una serie di banalità sconcertanti, del tipo "i corpi cadono sotto l'azione della forza di gravità sia nei paesi socialisti sia nei paesi capitalisti"⁷, o come Enrico Bellone scrisse sul Manifesto con intenzionale politicizzazione "se anche 200.000 metalmeccanici si radunano in Piazza San Babila, non cambia il valore dell'accelerazione di gravità" (che fra l'altro è anche sbagliato concettualmente, ma significativo di quella vis polemica). Mi sembra opportuno ricordare che la contesa centrale – fra marxisti – era e rimane fra materialismo dialettico e materialismo storico, esteso all'analisi dell'attività e della produzione scientifica: ma non è certo questa la sede per approfondire il problema. Come materialista storico, e scienziato e storico della scienza, il punto centrale è il Rapporto storicamente e socialmente determinato che l'Uomo stabilisce con la Natura nelle diverse formazioni economico sociali (con A. Rossi ci siamo ispirati alle astrazioni storicamente determinate discusse dal marxista un po', ingiustamente, dimenticato Galvano della Volpe): l'Uomo come essere sociale si rapporta alla Natura in forme storicamente determinate, la struttura sociale condiziona i paradigmi scientifici. Come scriveva nel 1976 Marcello Cini ne *L'Ape e l'Architetto*, "Entra in crisi la concezione che considera la scienza e la tecnica strumenti neutrali di progresso della società, indipendentemente dai rapporti sociali". Vorrei sperare che questi concetti e queste vicende non dovranno essere riscoperte fra 50 anni!

* * *

La Vita di Galileo di Bertold Brecht non è certo un'opera né storica né scientifica, ma riconosco in molti passi il conoscenza di come le mutate condizioni sociali e di classe abbiano portato a vedere la natura in modi radicalmente diversi:

E il gran risucchio d'aria che s'è levato da tutto questo, non rispetta neppure le vesti trapunte d'oro dei principi e dei prelati; e mette in mostra gambe grasse e gambe magre, gambe uguali alle nostre, insomma. È risultato che i cieli sono vuoti: e a questa constatazione è scoppiata una gran risata d'allegria.

.....

Ma di recente alcuni Padri del Sant'Uffizio si sono, direi, scandalizzati di una cotale immagine dell'universo, al cui paragone quella in cui abbiamo creduto fin qui non è che un'immaginetta da porre intorno al vezzosissimo collo di certe fanciulle; e si preoccupano all'idea che, visti a così smisurata distanza, i preti e gli stessi cardinali ci facciano la figura di tante formiche. Non ci sarebbe da stupirsi se l'Onnipotente finisse col perdere di vista anche il Papa!

1#. A. Baracca, "Attualità di Marx. Che cosa possiamo dire di nuovo sulla Scienza dal punto di vista del materialismo storico?", *Marxismo Oggi*, 5 settembre 2018, <https://www.marxismo-oggi.it/saggi-e-contributi/saggi/278-attualita-di-marx-che-cosa-possiamo-dire-di-nuovo-sulla-scienza-dal-punto-di-vista-del-materialismo-storico.>: pubblicato anche su cartaceo, *Marx Ventuno*, n. 1-2, 2018, pp. 175-2005.

2#. Donatello Santarone (a cura di), *Il sogno di una cosa. Marx duecento anni dopo*, <https://www.edizioniconoscenza.it/prodotto/quaderno-n-6-il-sogno-di-una-cosa-karl-marx-duecento-anni-dopo/>. Recensito sul *Manifesto* da Francesco Marola, 24 settembre 2020.

3#. A. Baracca, "Scienza e Guerra", *Cotropiano*, 6 dicembre 2019, <https://cotropiano.org/news/scienza-news/2019/12/06/scienza-e-guerra-0121609>; e <https://www.sinistrainrete.info/estero/16606-angelo-baracca-scienza-e-guerra-prosegue-la-discussione.html>.

4#. Angelo Baracca e Arcangelo Rossi, *Marxismo e Scienze Naturali*, Bari, De Donato, 1976.

5#. E. Bellone Enrico, L. Geymonat, G. Giorello e S. Tagliagambe, *Attualità del Materialismo Dialettico*, 1974 Editori Riuniti, Roma.

6#. G. Ciccotti, M. Cini, M. De Maria, G. Jona Lasinio, *L'Ape e l'Architetto*, 1976, II ed., Franco Angeli, Milano 2011.

7#. Citato da Giorgio Parisi, "La lotta contro l'ortodossia", in *L'Ape e l'Architetto*, cit., p. 299.

L'abuso dei tamponi sta facendo danni ai bambini Valentina Bennati 27/09/20

"Siamo solo a settembre e ciò a cui stiamo assistendo, lo dico da pediatra, è un abuso di tamponi naso-faringei, tanto che gli otorini stanno già segnalando lesioni in naso e gola. Non possiamo sottoporre i bambini a continui tamponi per far stare tranquilli noi adulti. Li stiamo traumatizzando". [Parole del professor Gian Vincenzo Zuccotti](#), del Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche Sacco e direttore della Clinica pediatrica dell'ospedale Buzzi. È oramai

palese (quasi) a tutti che la questione covid sia diventata uno scaricabarile costante e che anche i pediatri, come i dirigenti scolastici, siano gravati da una responsabilità soggettiva dalla quale

"dipenderebbe" la diffusione o meno del virus. È bene allora che sempre più medici prendano il coraggio e riacquistino la dignità professionale che compete loro – se davvero sono uomini e donne di coscienza oltre che di scienza – e comincino a prendere posizione, con serietà e obiettività, in questa folle situazione che rischia di fare più danni collaterali dell'eventuale pandemia stessa. La stagione fredda è lunga ed è facile (e naturale) che i più piccoli si ammalinino più o meno frequentemente durante il periodo della scuola. Si continuerà a procedere quindi a suon di invasivi tamponi ad ogni colpo di tosse o starnuto per togliersi ogni responsabilità per riammettere i bambini a scuola? Forse anche da parte dei genitori ci dovrebbe essere una maggiore volontà di informarsi e capire meglio la reale situazione e gli effettivi rischi che possono correre i propri figli, magari in questo modo si abbasserebbe almeno un po' quella soglia di allarme costante da contagio che si percepisce negli atteggiamenti e nei discorsi di tante persone. Riportare tutto ad un clima più in linea con la reale situazione



raccontata dai (veri) dati statistici ed iniziare ad ascoltare anche quei medici ed esperti che da tempo ci stanno comunicando una realtà diversa rispetto alla narrazione ufficiale, permetterebbe di avere scuole più attente alla didattica e alla crescita degli alunni, pediatri liberi di lavorare sulla effettiva salute dei propri piccoli pazienti e, soprattutto, bambini finalmente sereni di ricominciare a vivere una ritrovata normalità piuttosto che costretti a subire “la nuova normalità” fatta di paura dell’altro, distanziamenti e mascherine.

Controvento a Trafalgar Square

Patrizia Cecconi

27 Settembre 2020

Tempi duri per la governabilità. Oltre quindicimila persone a protestare in difesa “della libertà” e contro le nuove misure che il governo britannico annuncia per arginare l’impennata del contagio non sono certo poche. Tutti negazionisti? Niente affatto. Tutti ostili ai conservatori? Nemmeno. Tutti contro Boris Johnson? Sì, forse questa pare la sola cosa certa in una protesta tanto composita quanto visceralmente determinata a non farsi ridurre al silenzio. Nella primavera scorsa, l’inquilino di Downing street ne ha dette e fatte veramente di tutti i colori e non più di un paio di giorni fa, con spericolate dichiarazioni sulla specificità britannica nella relazione con la libertà, è stato capace di irritare perfino la proverbiale prudenza di un simbolo della retorica politica conciliante come Mattarella. Il punto è che l’economia del Regno Unito, finalmente avviata alla sospirata Brexit, un nuovo lockdown non può proprio permetterselo. Così, nella protesta che può travolgere Johnson, confluiscono, come ci racconta da Londra da Patrizia Cecconi, molte e diverse ragioni sintomatiche del caos sistemico che viviamo tutti: dalla difesa di quel che resta del simulacro di democrazia e libertà di dissenso all’inefficacia di misure restrittive astratte, dettate ancora e soprattutto dalla pressione mediatica e dagli interessi innominabili delle imprese; dal caleidoscopio di motivazioni che vengono semplificate nel cosiddetto “complotto” alla rabbia di chi si accorge finalmente delle mostruose disuguaglianze sociali nella possibilità di curarsi. Difficile prevedere un futuro, seppur a breve termine, per un leader politico che solo un anno fa vantava spavalidamente enormi consensi elettorali e oggi vede la sua corsa inchiodata da cartelli con sopra scritto “we do not consent”

Ieri, 26 settembre, a Londra faceva freddo e un ventaccio gelido e prepotente ti ostacolava se, come si suol dire, camminavi controvento. Nonostante il clima, oltre 15.000 manifestanti hanno sfidato il freddo e si sono ritrovati, anche metaforicamente parlando, controvento in una Trafalgar square animata da voci e cartelli che inneggiavano alla libertà. La manifestazione era autorizzata, perché le restrizioni come la nuova regola del “non più di sei” non si applicano a convegni e manifestazioni purché gli organizzatori si impegnino sotto loro responsabilità a far rispettare il distanziamento.

La parola d’ordine era “we do not consent”. Insomma un “noi non acconsentiamo” alle restrizioni che il governo ci vuole imporre e veniamo a manifestare per la libertà. Libertà da chi, da cosa, perché? E chi componeva questa manifestazione così partecipata nonostante il clima e la linea governativa non più definibile come moral suasion, ma basata su molte salatissime?

Forse mai come in questo periodo, e non solo in Gran Bretagna, le voci si sono “con-fuse” e quella linea che definiva la sfera valoriale che teneva separato il mondo di destra dal mondo di sinistra sembra essersi talmente frammentata da essere divenuta inconsistente in più di un’occasione e su diversi temi. Così ieri, a Trafalgar square, hanno manifestato contro il premier conservatore Boris Johnson migliaia di cittadini, sia progressisti che conservatori, uniti solo dal rifiuto di norme che vengono ritenute non di tutela della salute contro la Covid-19, ma di puro ammansimento sociale, sulle orme di quanto avvenuto in quasi tutto il pianeta.

Ci sono stati scontri con la polizia e diverse persone, tra manifestanti e poliziotti, hanno fatto ricorso ai servizi sanitari per le ferite riportate. Uno dei relatori è stato arrestato. Inizialmente si era fatto il nome dello scrittore David Icke, in realtà alla manifestazione era presente il figlio dello scrittore, e la persona arrestata è il medico tedesco Heiko Schoening, membro della commissione d’inchiesta extraparlamentare sul problema in questione. Il dr. Schoening ha dichiarato che il comitato sta indagando sul motivo di queste restrizioni perché vi sono seri dubbi che esse siano proporzionate. I poliziotti lo hanno arrestato e inizialmente alcuni lo avevano scambiato

per lo scrittore la cui figura, pur non essendo fisicamente presente, aleggiava tra i manifestanti, essendo uno dei più attivi oppositori alle restrizioni imposte in nome del contagio, oltre che per le sue posizioni a difesa dell'ambiente e contro l'avanzata del 5G. Presente o assente è comunque una figura scomoda quella di David Icke anche perché considerato un antisemita, al contrario del nuovo leader laburista Keir Starmer, che invece si è dichiarato fieramente e pubblicamente sionista e tra le sue prime azioni come leader del suo partito, dopo esser succeduto a Corbyn, ha provveduto all'epurazione (definita esattamente così) dei deputati, dei membri e perfino dei ministri-ombra in odore, a suo avviso, di antisemitismo. Chi mi legge forse si chiede cosa c'entra questo con l'epidemia di Covid-19. Beh, qualcosa c'entra perché nella grande confusione del periodo c'è chi ipotizza che dietro le misure di contenimento del contagio si celi un progetto di dominio mondiale, e in questo David Icke è sicuramente un maestro avendo scritto molti libri in cui teorizza l'esistenza di un "governo segreto" mondiale nel quale troverebbero posto famosi banchieri ebrei come i Rothschild.

Per la verità le centinaia di cartelli innalzati dai manifestanti non avevano nessuna attinenza con l'antisemitismo e lo stesso Icke si è più volte difeso da quest'accusa, ma forse a causa di questa cattiva fama pare che ogni tanto tra i suoi fan spuntino dei neonazisti e questi si sarebbero mescolati tanto a Londra che a Berlino e in altre città alle precedenti manifestazioni in cui Icke era presente come relatore e/o membro dei gruppi organizzatori.

Ieri però non c'erano bandiere o cartelli indegni di manifestare per la libertà, concetto che con le ideologie nazifasciste non ha nulla a che vedere. Tra i manifestanti c'erano invece notevoli differenze circa la considerazione della malattia del secolo. Ma la stampa mainstream li ha già accomunati tutti sotto il nome, evocativo di ben altri drammi, di "negazionisti", mettendo insieme il pensiero del professor Piers Corbyn, astrofisico fratello dell'ex leader laburista, che nega l'esistenza del virus definendolo una menzogna tout court, o dello stesso Icke che in quanto a teorie considerate stravaganti è sicuramente imbattibile, con le posizioni della stragrande maggioranza dei manifestanti che invece riconoscono l'esistenza e i vari gradi di pericolosità del virus se e quando si trasforma in patologia, appunto nella Covid-19, ma criticano – in modo diverso e da diverse posizioni politiche – la gestione strumentale che ne è stata fatta quasi ovunque.

Ma in Gran Bretagna, accanto a chi si oppone alle attuali misure, c'è anche chi chiede maggiori misure restrittive. Insomma, al di là delle battute facili che l'improvvido Boris scatena grazie ad espressioni agevolmente estrapolabili dal contesto, resta il fatto che questo governo sembra ormai cotto e non riesce a soddisfare né chi chiede le restrizioni massime, né chi vi si oppone. Qualunque sia la linea scelta, ormai Johnson è sotto contestazione in patria e sotto la satira demolitrice dei media a livello internazionale.

A seguire il pensiero di alcuni noti "complottilisti" si potrebbe dire che si sta disegnando la sua sostituzione con qualcuno più utile a sviluppare progetti che vanno ben oltre la Covid-19 e, secondo questa linea di pensiero, questo sarebbe anche il motivo per cui i media mainstream definiscono la critica come negazionismo applicando una delle "lezioni" di George Orwell in 1984 che è quella di ridurre al minimo le parole fagocitando, in questo caso, la prima nella seconda. Conta poco che i manifestanti fossero progressisti o conservatori, manifestavano all'unisono contro norme che ritengono lesive della libertà e che porteranno alla devastazione economico-sociale come altro effetto collaterale del maledetto virus e della sua gestione.

Intanto il leader laburista Starmer, che al contrario di Corbyn ha tutte le carte in regola per sostituire l'ormai quasi sicuramente sconfitto Johnson contro il quale cominciano ad apparire scritte murali che invitano alla sua eliminazione addirittura fisica ("Hang Boris" è una di quelle), aspetta che l'epidemia dia i suoi buoni frutti. Sicuramente Starmer sarà gradito alla comunità ebraica date le sue dichiarazioni e le epurazioni che ne hanno mostrato la sincerità. Quando arriverà il suo turno, il virus probabilmente non farà più paura e lui potrà goderne gli effetti giratisi a suo favore. Anche quest'ipotesi rientra nella linea di pensiero che alcuni ritengono complottista. E anche questo termine è riuscito a inglobarne un altro, fino a farlo scomparire.

Il pensiero critico, infatti, svanisce dietro aggettivi, spesso sostantivizzati, che ne annullano la credibilità. Questo non è un prodotto della Covid.19, era già in progress da parecchio tempo, l'epidemia gli ha solo dato una mano a crescere. In fondo anche la Covid, che è la malattia prodotta in bassissima percentuale dall'insediamento del nuovo coronavirus nel corpo umano viene scambiata con il virus, e la confusione è

facilitata dall'articolo maschile attribuito alla Covid che, in quanto malattia, avrebbe grammaticalmente diritto all'articolo femminile. Ma una rilettura di 1984 è illuminante anche a questo riguardo.

In diversi cartelli mostrati ieri dai manifestanti di Trafalgar square, era ricorrente il richiamo a George Orwell e al suo 1984. Progressisti o conservatori, questa chiarezza sembravano averla tutti, e non è da sottovalutare il fatto che molti di loro, direttamente intervistati, hanno dichiarato di aver partecipato sia alle manifestazioni antirazziste seguite all'omicidio di George Floyd, sia alle manifestazioni contro l'estradizione di Julian Assange. Esattamente come molti di coloro che hanno firmato petizioni per chiedere un inasprimento delle norme restrittive anti-contagio.

Tanta è la confusione sotto il cielo. Sarà lo sviluppo della teoria del caos, o sarà segno che la democrazia è dura a morire? Forse lo sapremo presto. O forse no.

IL VACCINO CHE NON PROTEGGE. I RICERCATORI: “PUÒ SOLO ALLEVIARE I SINTOMI”

ByoBlu 28/09/20

Gli esperti che qui su Byoblu più volte abbiamo intervistato lo hanno ripetuto senza mezzi termini: per il Covid-19 non esiste un vaccino in grado di garantire una copertura totale ed evitare che il soggetto possa contrarre il virus. Siamo stati spesso accusati di diffondere notizie che non avessero un fondamento, gli stessi medici, scienziati, virologi che qui da noi hanno parlato sono stati screditati da quella medicina che non sembra così incline al confronto. Adesso, invece, sono gli scienziati dell'Università di Oxford ad affermare che “è improbabile che il primo vaccino contro il Covid-19 impedisca alle persone di contrarre il virus, ma potrebbe solo alleviare i sintomi della malattia”.

DOPO LA PRIMA DOSE SERVIRÀ ANCHE UN RICHIAMO

Gli esperti ritengono che le persone avranno bisogno di una prima dose iniziale e poi di un richiamo un mese dopo. La notizia è stata riportata dal Times, nell'articolo si spiega che, stando agli studi fino a questo momento portati a termine, il vaccino contro il Covid-19 potrebbe dunque essere solo parzialmente efficace e quindi non consentire un completo ritorno alla vita normale perlomeno per gli standard che vengono richiesti dalle organizzazioni internazionali. Ed infatti la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha affermato che almeno il 60-70% della popolazione dovrebbe essere immune per spezzare la catena di trasmissione.

IL VIROLOGO GIULIO TARRO: “CON IL VACCINO POSSIAMO SOLO EVITARE LA PARTE PIÙ SEVERA DELLA MALATTIA”

“Un vaccino deve essere in grado di stimolare l'immunità cellulare, è questo che consente di essere davvero resistenti al Covid-19 – ha detto il professore Giulio Tarro – È importante sapere che se prendiamo l'infezione da coronavirus produciamo degli anticorpi, che possono essere umorali e cellulari. Quelli umorali hanno un periodo relativamente breve, ecco perché è importante che il siero dei guariti venga utilizzato subito e non venga messo nelle banche del plasma”. Chiaro e netto il giudizio del virologo sull'efficacia di questo tipo di vaccino: “Possiamo solo evitare la parte più severa della malattia”.

Covid, l'infettivologo Bassetti: «II caso Genoa è la Waterloo dei tamponi»

Il direttore della clinica di malattie infettive del San Martino di Genova interviene dopo che la società rossoblù ha comunicato altri 12 casi positivi: «Rischiamo di far circolare soggetti negativi al tampone, ma in fase di incubazione». Tamponi per Napoli e Genoa di Silvia Morosi 29/09/20

«Quello che sta accadendo al Genoa potrebbe rappresentare la Waterloo dei tamponi». A scriverlo su Facebook il professor Matteo Bassetti, direttore della Clinica di Malattie infettive dell'ospedale San Martino di Genova. «A poche ore dall'esito di tamponi negativi per tutta la squadra — aggiunge — si è assistito a numerose positività con probabili conseguenze importanti sul futuro del campionato di Serie A. I tamponi possono dare, da una parte una falsa patente di negatività e di liberi tutti e dall'altra produrre un esercito di positivi

asintomatici». Rischiamo — ha concluso — di «far circolare soggetti negativi al tampone ma in fase di incubazione che trasmettono il virus e chiudere in casa altri con tampone positivo che non trasmettono a nessuno. Occorre rimettere al centro la clinica fatta di segni e sintomi, che unita alla virologia, rimane lo strumento migliore per la gestione della pandemia».

«Niente abbracci in campo»

Il viceministro alla Salute, Pierpaolo Sileri intervenuto alla trasmissione radio «Un giorno da pecora» suggerisce una precauzione da adottare durante le partite: «Gli abbracci e l'esultanza in campo dovrebbero essere vietati. La distanza deve comunque essere mantenuta. Se da 1 positivo nella squadra sono diventati 14 vuol dire che il virus è circolato e che non sono state mantenute le distanze». Resta il fatto che durante le partite è molto difficile per i giocatori mantenere le distanze in sicurezza: «Se abbiamo un tampone negativo — ha aggiunto Sileri — non dobbiamo pensare di essere invincibili. Continuare a mantenere le distanze è fondamentale. Se ci fossero altri casi nel Napoli io, da medico e non da viceministro, direi che la cosa migliore sarebbe fermarsi almeno per 7 giorni. L'esperienza del Genoa ci insegna che l'uso del tampone andrebbe regolamentato: la quarantena resta il gold standard. Bassetti ha ragione a dire che i tamponi fatti così sono vani. I tamponi devono essere guidati da azioni mediche appropriate».

Attesa per i tamponi del Napoli

Dopo i casi di Perin e Schone (già in isolamento da sabato e domenica scorsi), altri 12 componenti della società rossoblù sono, infatti, risultati positivi al Covid. Domenica si è giocata regolarmente la partita con il Napoli (finita 6-0 per gli azzurri) e, ora, si attende l'esito dei tamponi di giocatori e staff azzurro effettuati alle 13. Il risultato, atteso nelle successive 24 ore, sarà decisivo per capire i prossimi giorni del Napoliverso il match di domenica contro la Juventus. «L'attenzione è massima e con le risposte del secondo tampone attese sabato sarà difficile organizzare la trasferta in casa della Juventus», ha chiarito Vincenzo Mirone, professore di Urologia nell'Università Federico II, responsabile scientifico degli screening Covid per lo staff e i giocatori del Napoli. I calciatori e lo staff sono anche preoccupati per le famiglie visto che ieri Gattuso aveva concesso la giornata libera e quindi tutti sono rimasti a casa.

Dg Genoa: «Non possiamo allenarci, difficile giocare»

Intanto domani (mercoledì, ndr), l'intera squadra del Genoa dovrà sottoporsi nuovamente al tampone. Il protocollo Figc prevede la quarantena per i giocatori positivi al Covid-19, ma non vieta alla squadra di scendere in campo con il resto della formazione. «I giocatori sono per la maggior parte asintomatici, solo alcuni hanno leggeri sintomi e posso dire con certezza che quelli saliti sull'aereo per Napoli erano tutti risultati negativi ai tamponi», ha chiarito il direttore generale del Genoa, Flavio Ricciardella. E, in merito al match di sabato contro il Torino, ha concluso: «Oggi non possiamo allenarci, probabilmente non potremo farlo neanche nei prossimi giorni. È chiaro che affrontare una partita in queste condizioni mi sembra particolarmente difficile, però aspettiamo quello che deciderà la Lega».

DIVIETO DI INQUADRARE IL PUBBLICO SENZA MASCHERINA

Il retroscena del GP Russia: guardate come la TV vi inganna RadioRadio 29 Settembre 2020

GP Russia, Sochi: gli spalti sono pieni, nessuno porta la mascherina, non esiste alcuna forma di distanziamento. A scoprirlo l'occhio attento di chi per pochi istanti riesce a concentrarsi su un'inquadratura fatta di sfuggita in televisione. Di sfuggita, perché la vicenda ha un retroscena inaspettato.

L'organizzazione del Gran Premio vorrebbe rispettare le norme Covid, ma la Russia dice di no. C'è una disputa, ma a nessuna delle parti conviene spostare il GP altrove. Si procede dunque stando alle regole di chi ospita la gara, ma con un ordine preciso per chi quella gara deve mostrarla al resto d'Europa e in Italia: il pubblico non va inquadrato. Lo ha rivelato a Fabio Duranti una fonte anonima interna all'organizzazione. Duranti ha così commentato l'informazione in diretta: «Al virus non hanno rinnovato il passaporto per la Russia? Questa cosa la cartina tornasole di una dittatura reale. Di una vera dittatura».

[Tutta la storia in questa intervista di Francesco Vergovich. Ecco cosa si è detto a 'Un giorno speciale'.](#)

“Esistono i confini di Stato, quelli cioè in cui ogni popolo decide di fare quello che crede. Non sembra che in Europa questo accada dappertutto. Noi dobbiamo accettare i diktat degli altri paesi o dei potenti che governano le istituzioni europee. Ma c'è qualcuno che si chiama un po' fuori. È quanto è accaduto in Russia, a Sochi durante il Gran Premio.

A Sochi c'è il pubblico. E non solo sono tutti appiccicati, 31 mila persone in una tribuna, ma non hanno le mascherine. Siamo in territorio russo, la Russia fa quello che vuole. Ho ricevuto la telefonata di un amico che lavora all'interno dell'organizzazione del GP e mi ha detto che l'ordine a cameraman e registi è stato quello di non inquadrare i tifosi.

La domanda è, ma al virus non hanno rinnovato il passaporto per la Russia? Com'è che la Russia sta a 140 morti per milione di abitanti e noi siamo quasi a 600? Lì vanno tranquilli, non è successo nulla? Il virus ha bisogno del visto per entrare in Russia o cosa? Io ritengo questa cosa la cartina tornasole di una dittatura reale. Di una vera dittatura”.

Ex direttore scientifico di Pfizer: “Seconda ondata falsificata dai test Covid falsi positivi”, “La pandemia è finita”. Set 30, 2020 Ralph Lopez www.comedonchisciotte.org

In una dichiarazione sorprendente, l'ex direttore scientifico del gigante farmaceutico Pfizer afferma che “non c'è scienza che suggerisca che una seconda ondata debba arrivare”. L'insider di “Big Pharma” sostiene che i risultati falsi positivi dei test COVID, intrinsecamente inaffidabili, vengono utilizzati per inventare una “seconda ondata” basata su “nuovi casi”. Il [dottor Mike Yeadon](#), che è stato vicepresidente e Chief Science Officer di Pfizer per 16 anni, afferma che metà o addirittura “quasi tutti” i test COVID sono falsi positivi. Il dottor Yeadon sostiene inoltre che la soglia per l'immunità di gregge potrebbe essere molto più bassa di quanto si pensasse in precedenza, e potrebbe essere già stata raggiunta in molti paesi. In un'[intervista della scorsa settimana](#) è stato chiesto al dottor Yeadon: “*stiamo basando una politica di governo, una politica economica, una politica delle libertà civili, in termini di limitazione delle persone a sei persone in una riunione... il tutto basato su, cosa può essere, dati completamente falsi su questo coronavirus?*”

Il dottor Yeadon ha risposto con un semplice “Sì”. Lo scienziato ha detto nell'intervista che, dato il “modello” di tutti gli indicatori importanti in una pandemia mondiale, come i [ricoveri ospedalieri](#), l'utilizzo di terapia intensiva e i decessi, “la pandemia è fondamentalmente finita”. Yeadon ha dichiarato nell'intervista:

“Se non fosse per i dati dei test che si ottengono sempre dalla TV, si potrebbe giustamente concludere che la pandemia è finita, dato che non è successo nulla di grave. Certo, la gente va in ospedale, si sposta nella stagione dell'influenza autunnale... ma non c'è nessuna scienza che suggerisca che una seconda ondata possa accadere”.

Un articolo pubblicato questo mese, di cui Yeadon è co-autore di due suoi colleghi, “[How Likely is a Second Wave?](#)”, dichiara:

“E' stato ampiamente osservato che in tutti i paesi fortemente infetti in Europa e in diversi stati degli Stati Uniti allo stesso modo, che la forma delle morti quotidiane rispetto alle curve temporali è simile alla nostra nel Regno Unito. Molte di queste curve non sono solo simili, ma quasi sovrapponibili”.

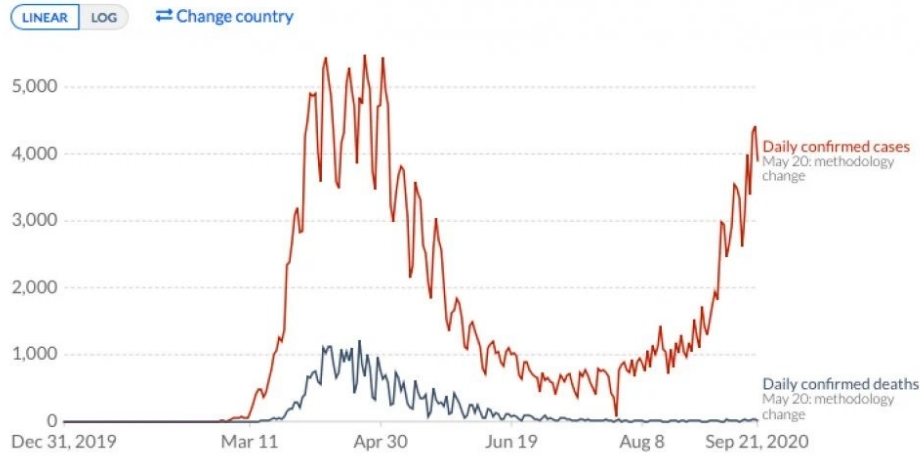
Nei dati relativi al Regno Unito, alla Svezia, agli Stati Uniti e al mondo, si può notare che in tutti i casi i decessi sono aumentati da marzo fino a metà o fine aprile, per poi iniziare a diminuire in una pendenza morbida che si è appiattita verso la fine di giugno e continua fino ad oggi. Le percentuali dei casi, basate su prove, salgono e oscillano selvaggiamente verso l'alto e verso il basso.

La messaggistica mediatica negli Stati Uniti sta già [aumentando le aspettative](#) di una “seconda ondata”.

Daily confirmed COVID-19 cases and deaths, United Kingdom

The confirmed counts shown here are lower than the total counts. The main reason for this is limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.

Our World in Data

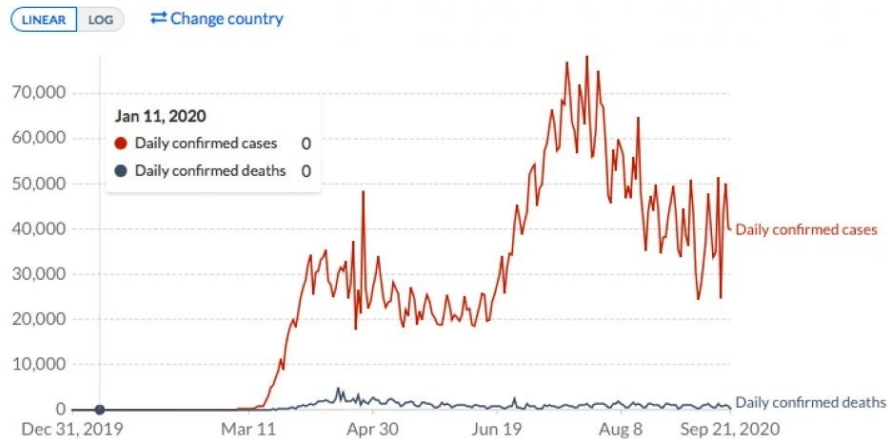


Source: European CDC - Situation Update Worldwide - Last updated 21 September, 10:35 (London time)
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Daily confirmed COVID-19 cases and deaths, United States

The confirmed counts shown here are lower than the total counts. The main reason for this is limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.

Our World in Data



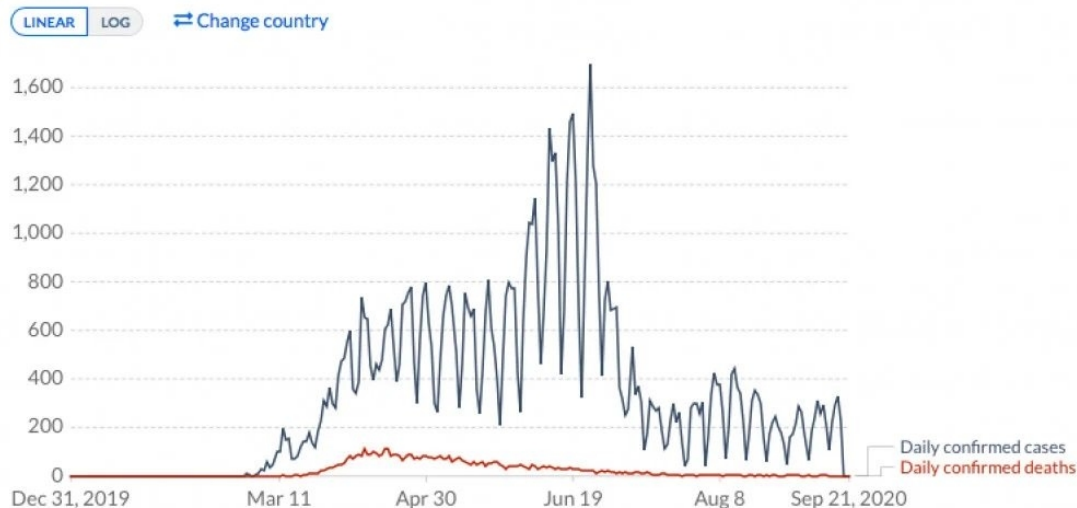
Source: European CDC - Situation Update Worldwide - Last updated 21 September, 10:35 (London time)
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

▶ Dec 31, 2019 ○ Sep 21, 2020

Daily confirmed COVID-19 cases and deaths, Sweden

The confirmed counts shown here are lower than the total counts. The main reason for this is limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.

Our World in Data

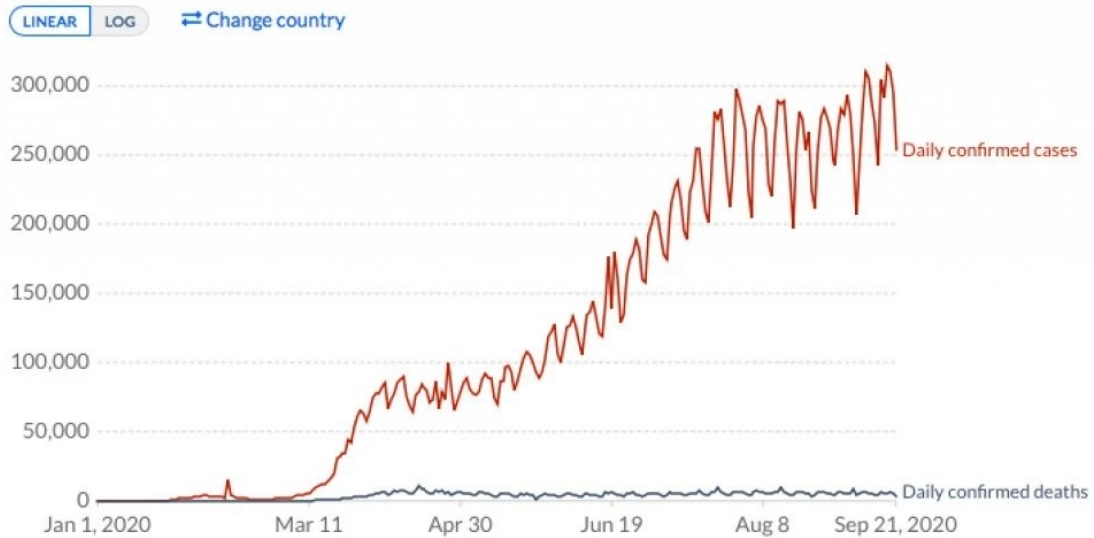


Source: European CDC - Situation Update Worldwide - Last updated 21 September, 10:35 (London time)
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Daily confirmed COVID-19 cases and deaths, World

The confirmed counts shown here are lower than the total counts. The main reason for this is limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.

Our World
in Data



Source: European CDC - Situation Update Worldwide - Last updated 21 September, 10:35 (London time)
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

TASSO DI SOPRAVVIVENZA DI COVID ORA STIMATO AL 99,8%, SIMILE ALL'INFLUENZA, IMMUNITÀ ALLE CELLULE T PRECEDENTI

Il tasso di sopravvivenza di COVID-19 è stato aggiornato da maggio al [99,8% delle infezioni](#). Questo si avvicina all'influenza ordinaria, il cui tasso di sopravvivenza è del 99,9%. Anche se COVID può avere gravi effetti successivi, [lo stesso vale per l'influenza](#) o per qualsiasi malattia respiratoria. L'attuale tasso di sopravvivenza è di gran lunga superiore alle ipotesi iniziali di marzo e aprile, citate dal dottor Anthony Fauci, del 94%, ovvero da 20 a 30 volte più letali. Il valore del tasso di mortalità da infezione (IFR) accettato da Yeadon et al. nel documento è dello 0,26%. Il tasso di sopravvivenza di una malattia è del 100% meno l'IFR. Il dottor Yeadon ha sottolineato che il "nuovo" contagio COVID-19 è nuovo solo nel senso che si tratta di un nuovo tipo di coronavirus. Ma, ha detto, ci sono attualmente quattro ceppi che circolano liberamente in tutta la popolazione, il più delle volte legati al comune raffreddore.

Nel documento scientifico, Yeadon et al:

“Ci sono almeno quattro membri della famiglia ben caratterizzati (229E, NL63, OC43 e HKU1) che sono endemici e causano alcuni dei comuni raffreddori che si verificano, soprattutto in inverno.

Hanno tutti una sorprendente somiglianza di sequenza con il nuovo coronavirus”.

Gli scienziati sostengono che gran parte della popolazione ha già, se non anticorpi contro COVID, un certo livello di immunità delle cellule T dall'esposizione ad altri coronavirus correlati, che circolano da molto prima di COVID-19.

Gli scienziati scrivono:

“Una componente importante del nostro sistema immunitario è il gruppo di globuli bianchi chiamati cellule T, il cui compito è quello di memorizzare un breve pezzo di qualsiasi virus con cui siamo stati infettati, in modo che i tipi di cellule giuste possano moltiplicarsi rapidamente e proteggerci se otteniamo un'infezione correlata. Le risposte al COVID-19 sono state mostrate in decine di campioni di sangue prelevati da donatori prima dell'arrivo del nuovo virus”.

Introducendo l'idea che alcune immunità precedenti a COVID-19 esistevano già, gli autori di “How Likely is a Second Wave?” scrivono:

“È ormai accertato che almeno il 30% della nostra popolazione aveva già il riconoscimento immunologico di questo nuovo virus, prima ancora che arrivasse... COVID-19 è nuovo, ma i coronavirus non lo sono”.

Continuano dicendo che, a causa di questa resistenza precedente, solo il 15-25% di una popolazione infetta può essere sufficiente per raggiungere l'immunità del gregge:

“...studi epidemiologici mostrano che, con l'estensione dell'immunità precedente che possiamo ragionevolmente supporre, solo il 15-25% della popolazione infetta è sufficiente a fermare la diffusione del virus...”.

Negli Stati Uniti, accettando un numero di morti pari a 200.000, e un tasso di mortalità per infezione del 99,8%, questo significherebbe che per ogni persona che è morta, ci sarebbero circa 400 persone che sono state infettate e sono sopravvissute. Questo si tradurrebbe in circa 80 milioni di americani, ovvero il 27% della popolazione. Il valore supera la soglia di Yeadon e dei suoi colleghi per l'immunità del gregge.

Gli autori dicono:

“Secondo la letteratura attuale, tra il 20% e il 50% della popolazione mostra questa reattività pre-pandemica delle cellule T, il che significa che potremmo adottare un valore di popolazione inizialmente suscettibile dall'80% al 50%. Più bassa è la reale suscettibilità iniziale, più siamo sicuri che sia stata raggiunta una soglia di immunità del gregge (HIT)”.

Lockdown Sceptics

Stay Sceptical. Control the Hysteria. Save Lives.

How Likely is a Second wave?

7 September 2020. Updated 8 September 2020.

Paul Kirkham, Professor of cell Biology and Head of Respiratory Disease Research Group at Wolverhampton University

Dr Mike Yeadon, former CSO and VP, Allergy and Respiratory Research Head with Pfizer Global R&D and co-Founder of Ziarco Pharma Ltd

Barry Thomas, Epidemiologist

LA SECONDA ONDATA FALSA POSITIVA

Del test PCR, il test COVID prevalente usato in tutto il mondo, scrivono gli autori:

“più della metà dei positivi sono probabilmente falsi, potenzialmente tutti”.

Gli autori spiegano che ciò che il test PCR misura effettivamente è “semplicemente la presenza di sequenze parziali di RNA nel virus intatto”, che potrebbe essere un pezzo di virus morto che non può far ammalare il soggetto, e non può essere trasmesso, e non può far ammalare nessun altro.

“...un vero positivo non indica necessariamente la presenza di un virus vitale. In studi limitati fino ad oggi, molti ricercatori hanno dimostrato che alcuni soggetti rimangono positivi alla PCR molto tempo dopo la scomparsa della capacità di coltura del virus da tamponi. Lo definiamo un “positivo a freddo” (per distinguerlo da un “positivo a caldo”, qualcuno effettivamente infettato da un virus intatto). Il punto chiave dei ‘positivi a freddo’ è che non sono malati, non sono sintomatici, non diventeranno sintomatici e, inoltre, non sono in grado di infettare gli altri”.

Nel complesso, il dottor Yeadon costruisce il caso che qualsiasi “seconda ondata” di COVID, e qualsiasi caso governativo di blocco, dati i ben noti principi dell'epidemiologia, sarà interamente fabbricato.

A Boston, questo mese, un [laboratorio ha sospeso l'esecuzione dei test per il coronavirus](#) dopo la scoperta di 400 falsi positivi.

Un'analisi dei test basati sulla PCR sul sito web medico [medrxiv.org](#) afferma:

“i dati sui test basati sulla PCR per virus simili mostrano che i test basati sulla PCR producono abbastanza risultati falsi positivi da rendere i risultati positivi altamente inaffidabili in una vasta gamma di scenari del mondo reale”.

Il professor Carl Heneghan, direttore del Centro di Oxford per la Medicina basata sulle prove, scrive in un articolo di luglio [“Quante diagnosi COVID sono falsi positivi?”](#)

“uscendo dalle attuali pratiche e dai risultati dei test, la Covid-19 potrebbe non scomparire mai”.

Naturalmente, l'incidenza più famosa dell'inaffidabilità dei test PCR fu quando il Presidente della Tanzania rivelò al mondo che aveva inviato di nascosto campioni di una [capra, una pecora e un frutto](#) a un laboratorio di analisi COVID. Tutti i campioni sono risultati positivi al COVID.

PRODOTTO IN CINA

In agosto, il governo svedese ha scoperto [3700 falsi positivi al COVID](#) provenienti da kit di test realizzati dalla BGI Genomics cinese. I kit sono stati [approvati a marzo dalla FDA](#) per l'uso negli Stati Uniti.

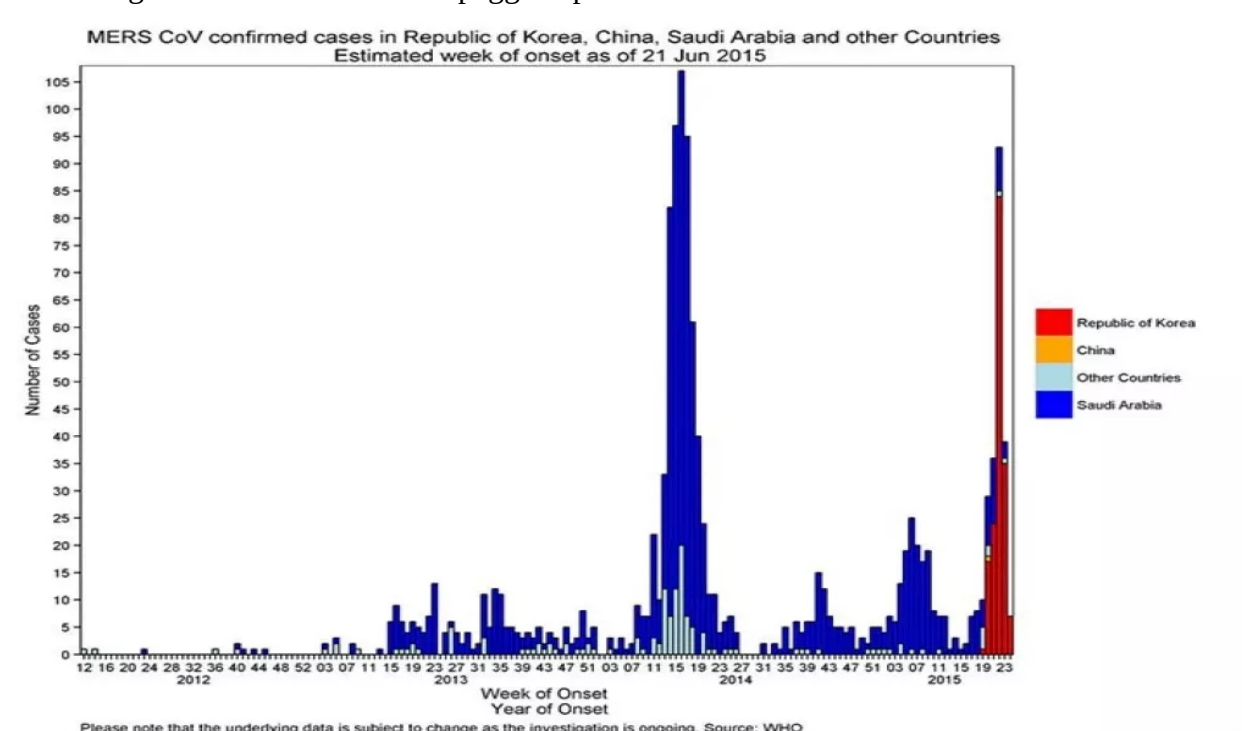
SECONDA ONDATA DI CORONAVIRUS NON NORMALE

Il dottor Yeadon ha contestato l'idea che tutte le pandemie avvengano in ondate successive, citando altri due focolai di coronavirus, il virus della [SARS](#) nel 2003 e il [MERS](#) nel 2012. Quelle che possono sembrare due ondate possono essere in realtà due singole ondate che si verificano in regioni geografiche diverse. Si dice che i dati raccolti dalla SARS 2003 relativamente recente e dalle epidemie di MERS sostengono la loro tesi.

Nel caso del MERS:

“si tratta in realtà di più ondate singole che colpiscono popolazioni geograficamente distinte in momenti diversi mentre la malattia si diffonde. In questo caso il primo picco maggiore è stato osservato in Arabia Saudita, con un secondo picco alcuni mesi dopo nella Repubblica di Corea. Analizzate singolarmente, ogni area ha seguito un singolo evento tipico...”.

Nell'intervista, quando è stato interrogato sull'epidemia di influenza spagnola del 1918, che si è verificata in ondate successive durante la prima guerra mondiale, Yeadon ha sottolineato che si trattava di un tipo di virus completamente diverso, non della famiglia dei coronavirus. Altri hanno dato la colpa alla malnutrizione generale di inizio secolo e alle condizioni insalubri. I soldati della Prima Guerra Mondiale, duramente colpiti, vivevano nel fango freddo e in condizioni peggiori per la resistenza immunitaria.



I LOCKDOWN NON FUNZIONANO

Un'altra argomentazione avanzata da Yeadon et al. nel loro documento di settembre è che non ci sono state differenze nei risultati relativi ai blocchi.

Dicono:

“La forma delle morti rispetto alla curva del tempo implica un processo naturale e non un processo che deriva principalmente da interventi umani... Famosamente, la Svezia ha adottato un approccio quasi laissez faire, con consigli qualificati, ma nessun isolamento generalizzato. Eppure il suo profilo e quello del Regno Unito sono molto simili”.

IL GENTILE YEADON DEMOLISCE L'UOMO CHE HA INIZIATO TUTTO, IL PROFESSOR NEIL FERGUSON

L'ex dirigente e scienziato della Pfizer individua un ex collega per il suo ruolo nella pandemia, il professor Neil Ferguson. Ferguson insegnava all'Imperial College mentre Yeadon era affiliato. Il [modello informatico di Ferguson](#) ha fornito ai governi la motivazione per lanciare ordini draconiani che hanno trasformato da un giorno all'altro le società libere in prigioni virtuali. Oltre a quello che ora è stimato dal CDC come un virus con un tasso di sopravvivenza del 99,8%.

Il Dr. Yeadon ha detto nell'intervista che “nessuno scienziato serio dà alcuna validità” al modello di Ferguson. Parlando con sottile disprezzo per Ferguson, il Dr. Yeadon si è impegnato a far notare al suo intervistatore:

“E' importante che sappiate che la maggior parte degli scienziati non accetta che [il modello di Ferguson] avesse anche solo vagamente ragione... ma il governo è ancora legato al modello”.

Yeadon si unisce ad altri scienziati nell'incitare i governi a seguire il modello di Ferguson, su cui si basano tutti i blocchi mondiali. Uno di questi scienziati è il dottor [Johan Giesecke](#), ex capo scienziato del Centro europeo per il controllo e la prevenzione delle malattie, che ha definito il modello di Ferguson “il più influente documento scientifico” in memoria, e anche “uno dei più sbagliati”.

È stato il modello di Ferguson a ritenere che fossero necessarie misure di “mitigazione”, cioè di distanziamento sociale e di chiusura di imprese, per evitare, ad esempio, che oltre 2,2 milioni di persone morissero a causa del COVID negli Stati Uniti.

Ferguson aveva previsto che la Svezia avrebbe pagato un prezzo terribile per la mancata chiusura, con 40.000 morti COVID entro il 1° maggio e 100.000 entro giugno. Il [conteggio dei morti in Svezia è ora di 5.800](#). Il [governo svedese dice](#) che questo coincide con una leggera stagione influenzale. Anche se inizialmente più alto, la Svezia ha ora un tasso di mortalità pro capite inferiore a quello degli Stati Uniti, che ha raggiunto senza i terribili danni economici ancora in corso negli Stati Uniti. [La Svezia non ha mai chiuso](#) ristoranti, bar, sport, la maggior parte delle scuole o cinema. Il governo non ha mai ordinato alla gente di indossare maschere.

Il dottor Yeadon parla con amarezza delle vite perse a causa delle politiche di isolamento, e delle innumerevoli vite “salvabili” che andranno ulteriormente perse, a causa di importanti interventi chirurgici e di altri interventi sanitari rimandati, nel caso in cui l'isolamento venisse reimposto, .

[Yeadon è un imprenditore di successo](#), fondatore di una società biotecnologica che è stata acquisita da Novartis, un altro colosso farmaceutico. L'unità di Yeadon presso Pfizer era l'unità di ricerca sull'asma e la respirazione. (Yeadon, [elenco parziale delle pubblicazioni](#)).

PERCHÉ STA SUCCEDENDO TUTTO QUESTO? IL MEMBRO DEL CONGRESSO DEGLI STATI UNITI DICE DI ESSERE CONVINTO DEL “PIANO DEL GOVERNO” DI CONTINUARE LE MISURE DI BLOCCO FINO ALL'INTRODUZIONE DI UN VACCINO OBBLIGATORIO. TEORIE DI COSPIRAZIONE?

Cresce l'elenco delle notizie che si riflette negativamente sulla narrazione che si sta svolgendo sulle maggiori reti televisive, di un misterioso, “romanzo” virus che è stato controllato solo da un assalto senza precedenti ai diritti e alle libertà individuali, ora pronto a colpire ancora, su popolazioni già sofferenti che non hanno altra scelta se non quella di sottomettersi ad ulteriori ordini del governo.

I governatori hanno tranquillamente esteso i loro poteri a tempo indeterminato spostando il palo della porta, senza dirlo, da “appiattare la curva” per alleviare la pressione sugli ospedali, a “nessun nuovo caso”. Da “pandemia”, a “casi epidemici”.

In Germania si è formata un’organizzazione di [500 medici e scienziati](#), che affermano che la risposta del governo al virus COVID è stata ampiamente sproporzionata rispetto all’effettiva gravità della malattia. Le prove dell’esistenza di un inganno crescono. Sia il [CDC](#), sia la US Coronavirus Task Force guidata dalla [dott.ssa Deborah Birx](#), sono convinti che la definizione di morte da COVID sia stata flessibile, e che [le regole favoriscono la definizione di COVID quando possibile](#). Questo apre la possibilità di un [conteggio dei decessi enormemente gonfiato](#). A New York, l’amministrazione del governatore Andrew Cuomo è sotto [indagine federale](#) per tutti, tranne che per la firma della condanna a morte di migliaia di anziani delle case di cura, quando [lo Stato ha inviato i pazienti COVID nelle case di cura](#), tra le obiezioni impotenti dei dirigenti e del personale delle case di cura.

Perché i principali media ignorano quello che sembra essere un articolo eminentemente degno di nota, una rockstar del settore come Yeadon, che chiama in causa le più grandi figure del mondo della sanità pubblica? I talk show della domenica, i talk show di Chris Wallaces e Meet the Press, non vorrebbero sfruttare un uomo del genere per un pubblico di record?

Qui il discorso finirebbe in una questione di agende oscure, e non di incompetenza, ottusità e stupidità. Un’opinione è stata espressa dal rappresentante degli Stati Uniti Thomas Massie (R-KY) quando ha detto al [Tom Woods Show](#) del 16 agosto:

“Il segreto che il governo vi sta nascondendo è che ha intenzione di tenerci chiusi fino a quando non ci sarà un qualche tipo di vaccino, e poi, che sia obbligatorio a livello federale, o a livello statale, o forse persuaderanno i vostri datori di lavoro attraverso un altro programma PPP per cui non sarete qualificati a meno che non facciate ottenere il vaccino ai vostri dipendenti, penso che questo sia il loro piano. Qualcuno mi convinca che non è il loro piano, perché non c’è un finale logico per ciò che sta accadendo, a parte questo”.

Un’altra teoria è che la crisi COVID viene utilizzata per consolidare livelli mai visti prima d’ora di controllo sugli individui e sulla società da parte delle élite. Questo viene proposto dal nipote del presidente ucciso, Robert F. Kennedy Jr., figlio dell’anche-assassinato Bobby Kennedy. In un discorso a un massiccio raduno di vaccinazione contro le misure di blocco per COVID in Germania, Bobby Jr. [ha messo in guardia](#) contro l’esistenza di un disegno:

“l’agenda della bio-sicurezza, l’ascesa dello Stato autoritario di sorveglianza e il colpo di stato sponsorizzato da Big Pharma contro la democrazia liberale... La pandemia è una crisi di convenienza per l’élite che detta queste politiche”.

[In una causa legale](#), i testimoni medici di Kennedy Jr. avvertono che il vaccino antinfluenzale obbligatorio può rendere molti bambini più sensibili al COVID.

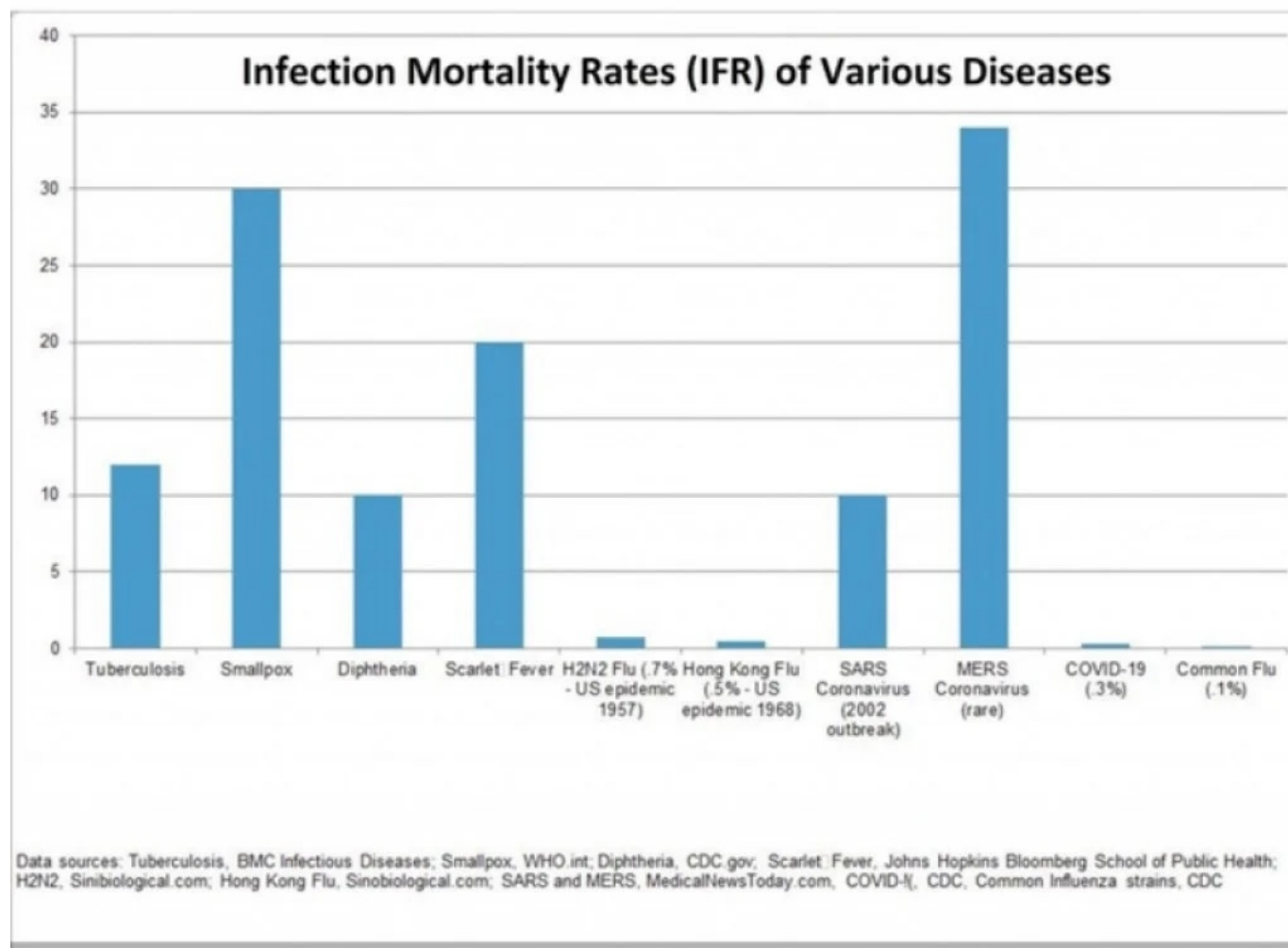
Gli avvertimenti delle terribili intenzioni dell’élite” di Kennedy provengono da fonti più tradizionali. Il dottor Joseph Mercola, del sito di informazioni mediche Mercola.com, altamente affidabile e con un grande traffico di informazioni mediche, ha scritto un’attenta analisi delle affermazioni di un medico sui [vaccini geneticamente modificati](#) che ci stanno arrivando.

E non placa i timori che un sito web della difesa, [Defense One](#), riferisca che i biochip permanenti sotto la pelle, iniettabili con la stessa siringa che contiene un vaccino, potrebbero presto essere approvati dalla FDA. Non aiuta la teoria anti-cospiratoria il fatto che, [secondo Newsweek](#), il dottor Anthony Fauci ha effettivamente dato finanziamenti dell’NIH al laboratorio cinese di Wuhan, per una ricerca sul coronavirus dei pipistrelli così pericolosa che è stata osteggiata da 200 scienziati, e vietata negli Stati Uniti.

Nel 1957, una pandemia colpì l’[influenza asiatica H2N2](#) con un tasso di mortalità per infezione dello 0,7%, che uccise tante persone pro capite negli Stati Uniti quante ne ha rivendicate ora il COVID. Non se ne parlò mai una sola volta nei notiziari dell’epoca, per non parlare dello straordinario sconvolgimento che vediamo ora. Nel

1968 l'[influenza di Hong Kong](#) colpì gli Stati Uniti (.5% IFR,) prendendo 100.000 persone quando gli Stati Uniti avevano una popolazione nettamente inferiore. Non è stato lanciato un solo allarme, non è stato chiuso un solo negozio e nemmeno una notizia di rete. L'estate successiva si svolse il più grande raduno della storia degli Stati Uniti, [Woodstock](#).

L'isteria di massa non è mai casuale, ma va a beneficio di qualcuno. L'unica domanda che resta da fare è: chi?



Covid, l'idrossiclorochina funziona. 7 scienziati inchiodano l'Oms. Lo studio

Su Affaritaliani lo studio in integrale di sette scienziati internazionali: ecco la prova che l'idrossiclorochina funziona Monica Camozzi 30/09/20

Possiamo dirlo senza tanti giri di parole. L'idrossiclorochina, se usata nella prima fase della malattia, funziona. E pare sia sicura, oltre che efficace. Le affermazioni, dati alla mano, arrivano da un gruppo di scienziati internazionale, capitanati dal dottor Didier Raoult, che con evidenze cliniche pubblicate su the International Medical Journal il 29 settembre, smonta punto per punto i due assunti sulla base dei quali OMS ha ritirato il suddetto farmaco adducendone la pericolosità e la non efficacia. E smonta soprattutto quanto affermato dallo studio Recovery dell'Università di Oxford (la stessa che sta lavorando sul vaccino?), finanziato anche dalla Fondazione Bill e Melinda Gates. L'idrossiclorochina funziona in combinazione con altri farmaci e se somministrata in prima fase. E non è pericolosa, nemmeno a dosi doppie rispetto ai parametri normali, come dimostra il documento che pubblichiamo integralmente. A inchiodare questo farmaco poco costoso, impiegato dal 1945 per trattare la malaria e le sindromi autoimmuni (deriva dalla clorochina, che è la versione sintetica del chinino) era stato lo studio Recovery, condotto a marzo del 2020 dalla Università di Oxford (la stessa che sta lavorando sul vaccino) e finanziato anche dalla fondazione Bill e Melinda Gates, che decretava l'assenza di

effetti benefici sui pazienti ospedalizzati a causa del Covid 19. Nello stesso periodo, un articolo apparso su The Lancet affermava che i pazienti trattati con idrossiclorochina presentavano tassi di mortalità del 35% superiori a causa di gravi aritmie cardiache. La pubblicazione fu ritirata dopo 13 giorni dalla sua uscita, perché contestata da 120 scienziati di varie nazionalità. Il 2 giugno 2020 altri 80 medici italiani presero posizione.

Nel documento che riportiamo, viene esplicitato sulla base di evidenze cliniche il successo dell'idrossiclorochina in prima fase, grazie ai suoi meccanismi antivirali e immunomodulanti, mentre chi la ha invalidata la ha utilizzata in fasi tardive, dove l'imponente stato infiammatorio rende necessari ben altri interventi! Quindi lo studio di risposta a Recovery dimostra che a non essere efficace non è l'idrossiclorochina, ma la tempistica con cui è stata valutata e testata. In realtà, mentre OMS la bandiva, a livello mondiale tanti medici portavano avanti congiuntamente il suo utilizzo con evidenze cliniche sperimentate sul campo, che riassumiamo qui: somministrazione di idrossiclorochina nelle prime 72 ore dall'insorgenza dei sintomi, abbinata a un antibiotico, in particolare l'azitromicina; all'aggravarsi eventuale dei sintomi, cortisone ed eparina a basso peso molecolare; a tale mix di farmaci si è aggiunto, nei territori e negli ospedali, l'utilizzo di plasma iperimmune. Risultato: la guarigione dei pazienti.

Il gruppo del professor Didier Raoult ha usato 600 mg al giorno per un massimo di 10 giorni in 1061 pazienti con COVID-19 riportando 8 decessi e un tasso di mortalità dello 0,75%.

Invece, lo studio Recovery la ha usata in modo massiccio, in dose NON terapeutica (2.400 mg nelle prime 24 ore di trattamento), con grande rischio di effetti collaterali come cardiopatie e retinopatie: ma nonostante ciò, a dosaggio più che doppio, non ci sono stati scostamenti dalla mortalità riscontrata durante i controlli.

In sintesi: il documento dimostra che l'idrossiclorochina funziona e non è pericolosa. E resta forte perplessità sulla posizione presa da OMS. "La totale assenza di un approccio medico-clinico per la patologia COVID-19, dello Studio Recovery, deve necessariamente far riconsiderare all'OMS le decisioni prese in conseguenza a tale studio per non farsi carico della responsabilità di un aumento di decessi nel mondo.

La decisione di sottrarre nuovamente un farmaco, stavolta dimostratosi sicuro e di accertata efficacia nella fase iniziale di malattia, contribuisce ad aumentare le morti di persone che avrebbero potuto essere altrimenti curate e guarite e a prolungare la pandemia" chiosa lo studio, che pubblichiamo integralmente qui di seguito.

STUDIO RECOVERY E IDROSSICLOROCHINA

AUTHORS

Dilip Pawar MBBS, MD, PhD, DSM, MBA, FCP (USA) Clinico Farmacologo, Scienziato di ricerca sul cancro e Covid Expert Mumbai, India

Didier Raoult, MD Direttore dell'IHU Méditerranée-Infection Boulevard Jean Moulin Marsiglia, Francia

Nise Yamaguchi MD, PhD Clinico Oncologo e Immunologo Institute of Advances in Medicine Università di San Paolo, Brasile

Juan C. Bertoglio, MD Ass. Prof. Di Medicina e Immunologia Universidad Austral del Cile

Alberto Palamidese, MD. Professore Aggiunto di Pneumologia Ospedale Universitario di Padova Medical Association Directory Board Università di Padova, Italia

Vincenzo Soresi M.D. Director em. of Pneumology Ospedale Niguarda di Milano Professore em. di Anatomopatologia, Oncologia Clinica e Pneumologia Università di Milano, Italia

Juan L. Hancke, DVM, PhD Professore di Farmacologia e Tossicologia Università Austral del Cile

Mauro Rango Medical Writer Università di Padova, Italia

Graziella Cordeddu Medical Writer Università di Cagliari, Italia

Daniela Gammella Medical Writer Università di Parma, Italia

INTRODUZIONE

Perché parlare ancora di idrossiclorochina per la cura del COVID-19 quando lo studio Recovery condotto a Marzo 2020 dalla prestigiosa Università di Oxford e finanziato anche dalla Fondazione Bill e Melinda Gates, ha decretato il 4 Giugno 2020 che questo farmaco "non ha mostrato alcun effetto benefico sui pazienti ospedalizzati a causa del COVID-19?"

Perché continuare a parlarne dal momento che, in seguito a questo risultato incontestato, l'OMS ha deciso di ritirare il suddetto farmaco per curare la patologia COVID-19? [A]

La risposta è: perché in scienza e coscienza noi crediamo che lo studio Recovery sia ampiamente contestabile, nel metodo e nei conseguenti risultati riguardanti l'idrossiclorochina.

PREMESSA

Durante le ricerche di cure per il COVID-19, gli studi comprendenti l'idrossiclorochina furono interrotti dall'OMS già il 25 Maggio 2020 dopo la pubblicazione di un articolo su The Lancet, in cui si affermava che i pazienti che avevano ricevuto idrossiclorochina presentavano tassi di mortalità del 35% per gravi aritmie cardiache. Questa pubblicazione veniva ritirata dopo tredici giorni dalla sua uscita perché contestata da 120 scienziati di varie nazionalità, sia per la raccolta dei dati che per la metodica e il 2 Giugno 2020 anche ottanta medici italiani inviavano una lettera, alla rivista The Lancet e all'OMS, contestandola nel suo contenuto scientifico. Il Dott Tedros Adhanom Ghebreyesus, Direttore Generale dell'OMS, consentiva quindi il 3 Giugno 2020 la ripresa degli arruolamenti dei pazienti in sperimentazioni con l'idrossiclorochina nello studio Solidarity. Recovery è diventato poi lo studio principale su cui l'OMS ha basato la sua decisione finale per confermare a tutte le agenzie del farmaco la sospensione dell'uso dell'idrossiclorochina per il COVID-19.

LO STUDIO RECOVERY

Lo studio ebbe inizio il 13 Marzo 2020 nel Regno Unito. Da 175 ospedali furono arruolati circa 11.500 pazienti che manifestavano sintomi respiratori più o meno gravi e molto spesso presentavano un quadro di polmonite interstiziale di vario grado. In sostanza tutti i pazienti si trovavano nella cosiddetta seconda o terza fase della malattia, fasi che avremo modo di descrivere meglio nel prosieguo di questa lettera. Lo studio fu diviso in diversi bracci e venne assegnato ai pazienti di ogni braccio un trattamento che consisteva essenzialmente nella somministrazione di UN SOLO farmaco.

UNA APPARENTE DIGRESSIONE

Usciamo per un momento dalla discussione dello studio per chiarire un aspetto fondamentale senza il quale la comprensione della sua critica potrebbe risultare non facilmente accessibile. Per fare questo occorre parlare del COVID-19 suddiviso nelle sue tre fasi di evoluzione patogenetica. La prima fase è quella in cui prevale la replicazione virale (il virus entra nel nostro organismo e si replica all'interno delle cellule). Può non dar luogo a sintomi oppure darne di simili a quelli delle classiche sindromi influenzali, malessere, artralgie diffuse, febbre, tosse secca. La sua prognosi è ottima, il decorso è benigno e si manifesta in circa l'85% dei contagiati. La seconda fase è quella della polmonite interstiziale, che colpisce molto spesso e in modo esteso entrambi i polmoni, in cui si ha una prima risposta infiammatoria e sintomi respiratori anche molto importanti. La prognosi in questa fase è variabile, spesso si rende necessario il ricovero ospedaliero. La terza fase, che può presentarsi in un numero ridotto di pazienti, è caratterizzata da un quadro clinico ingravescente causato da una iper risposta infiammatoria (la tempesta citochinica) che determina, tra l'altro, un quadro di Coagulazione Intravascolare Disseminata (CID). In questo caso la prognosi è severa. Va detto che da parte dell'OMS non è mai stata data alcuna direttiva in merito ad un protocollo specifico da applicare in caso di COVID-19. Ciò nonostante, a livello nazionale, diverse associazioni mediche individuarono una combinazione di principi attivi da utilizzare per affrontare la patologia. Anche se tali indicazioni differivano da Paese a Paese (ma anche all'interno di uno stesso Paese spesso erano diversificate tra ospedale e ospedale, regione e regione) mantenevano, tuttavia un approccio simile che prevedeva l'abbinamento, in fase iniziale di malattia, di farmaci che congiuntamente esplicassero una azione immunomodulante e antivirale.

A partire dalle prime settimane di Marzo 2020, per affrontare ciascuna delle tre fasi di malattia, ogni terapia assegnata domiciliariamente o presso le strutture ospedaliere, faceva riferimento ad una combinazione di farmaci che si presentava simile, quando non addirittura coincidente, in più parti del mondo. Solitamente nelle prime settantadue ore dall'insorgenza dei sintomi i pazienti venivano trattati a domicilio abbinando l'idrossiclorochina ad un antibiotico, specificatamente l'azitromicina. Mentre all'aggravarsi dei sintomi e durante l'ospedalizzazione, si aggiungeva, ai farmaci utilizzati in fase precoce, l'utilizzo di cortisone e di eparina a

basso peso molecolare (EBPM). A tale mix di farmaci si aggiunse poi, a macchia di leopardo, nei territori e negli ospedali, l'utilizzo di plasma iperimmune di persone guarite. Si è assistito ad un fenomeno, forse unico nella storia della medicina cioè ad una convergenza della pratica medica a livello mondiale, basata sulle evidenze cliniche sperimentate sul campo. Insomma, pur in assenza di una direttiva dell'Organizzazione Mondiale della Sanità le diverse esperienze nazionali dell'intero pianeta convergevano verso il medesimo approccio: un mix di farmaci che, sinergicamente, rispondessero alla replicazione virale, all'eccessiva risposta immunitaria aspecifica, alla coagulazione intravascolare, ciascun farmaco con un suo proprio ruolo specifico. 3 Questo utilizzo clinico nei vari territori internazionali aveva a suo fondamento plurimi studi prodotti nell'ultimo decennio che attestavano l'efficacia antivirale del principio attivo contenuto nell'idrossiclorochina, nei confronti del virus Sars, di cui il SARS-CoV-2 è parente stretto.

Su questi studi si è basata quindi la strategia terapeutica utilizzata per esempio l'IHU Méditerranée Infection a Marsiglia in Francia e in tutte quelle realtà che a tale esperienza si sono ispirate. Inoltre era conoscenza dei clinici specialisti in patologie respiratorie, il sinergico funzionamento tra i suddetti principi attivi e quelli di specifici antibiotici con attività immunomodulante e con anticoagulanti, tutti insieme fondamentali per la cura di sintomi simili a quelli provocati dal SARS-CoV-2, che pur essendo di altra natura eziologica (come il *Mycoplasma pneumoniae*), provocano al polmone danni paragonabili a quelli prodotti dal COVID-19.

CONTESTAZIONE A RECOVERY

Dopo questa apparente digressione torniamo allo studio Recovery. La nostra contestazione, premettendo le ragioni finora esposte, si basa quindi sui punti fondamentali che caratterizzano lo studio: -fase avanzata di malattia -monoterapia -posologia eccessiva. Risulta quantomeno sorprendente che la Oxford University abbia fatto tali scelte per validare il funzionamento dell'idrossiclorochina nei pazienti trattati e studiarne la mortalità. In fase avanzata di malattia. Come appare evidente dalle diverse esperienze cliniche sperimentate su territorio mondiale, nella stragrande maggioranza dei casi in cui i tassi di mortalità sono stati contenuti all'interno di una percentuale del 3%, si riscontra il diffuso impiego di idrossiclorochina e azitromicina in fase di malattia precoce (e di plasma iperimmune in fase avanzata ovvero di corticosteroidi, EBPM). Tale utilizzo precoce, trova la sua ragion d'essere nei meccanismi di azione antivirali e immunomodulanti dell'idrossiclorochina a cui si è più sopra accennato. Abbinando tali meccanismi alla prima fase di malattia, si permette al farmaco di esplicare le suddette proprietà esattamente nel momento in cui 4 queste sono richieste, ovvero nel momento in cui si assiste alla replicazione virale all'interno dell'organismo ospitante e si verifica la reazione direttamente conseguente del sistema immunitario. L'idrossiclorochina contrasta in modo fisiologico la risposta infiammatoria modulandola e non sopprimendola e impedisce l'insorgere della tempesta citochinica. L'idrossiclorochina ha dimostrato in vitro o in modelli animali di possedere un effetto antivirale attraverso l'aumento del pH endosomiale -che è determinante per la fusione virus-cellula- bloccando, in questo modo, l'ingresso del virus all'interno della cellula.

Un altro meccanismo d'azione dell'idrossiclorochina per combattere/contrastare i virus è quella di attivare le vie innate di segnalazione immunitaria dell'IFN β , AP-1 e NF- κ B, nonché l'aumento dell'espressione di geni antivirali e citochine come l'interferone beta (IFN β). Inoltre l'idrossiclorochina esplica un effetto antinfiammatorio dovuto ad inibizione di sovraregolazione di mRNA di citochine proinfiammatorie, IL-6, IL-1 β TNF- α e può bloccare l'attivazione delle cellule T interrompendo la segnalazione di calcio dipendente dal recettore delle cellule T.

Il fatto che la somministrazione sia avvenuta molto tardivamente durante il decorso della malattia non depone a sfavore dell'idrossiclorochina, bensì depone a sfavore della scelta terapeutica. In tali fasi avanzate infatti, vi è un'imponente infiammazione e per prevenire il quadro di coagulazione intravascolare disseminata tipico del COVID-19, ben altri interventi sarebbero stati richiesti per una corretta pratica medica. Monoterapia. Nonostante le notevoli proprietà appena descritte dell'idrossiclorochina come antivirale e antinfiammatorio, le numerose esperienze cliniche hanno comprovato che la sua efficacia viene aumentata potenzialmente se utilizzata in abbinamento con un altro principio attivo che agisca in sinergia. Nel caso specifico del trattamento

per il COVID-19 il farmaco che ha contribuito maggiormente a creare l'effetto combinato più favorevole, alla guarigione della malattia insieme all'idrossiclorochina, è stato l'azitromicina.

L'azitromicina è un macrolide che, oltre alla sua azione antibatterica, ha dimostrato di avere un'azione di immunomodulazione la quale differisce dall'immunosoppressione o dall'antinfiammazione in quanto è un ripristino non lineare della risposta infiammatoria che agisce modificando o regolando una o più funzioni del sistema immunitario. Usiamo il termine "immunomodulazione" per descrivere la downregulation di un'iperimmunità o iperinfiammazione senza compromettere la normale risposta immunitaria o infiammatoria per difendersi dall'infezione. I farmaci idrossiclorochina e azitromicina sono entrambi immunomodulatori che in modo sinergico prevengono gli effetti deleteri causati dalla massiccia infiammazione indotta da COVID-19 quindi sono due farmaci diversi ma con attività simili che lavorano in sinergia. Inoltre l'azitromicina è nota per fermare la produzione di citochine, un torrente di mediatori infiammatori che innescano l'infiammazione polmonare potenzialmente letale nei pazienti COVID-19.

Il regime di monoterapia, come non viene praticato anche per altre patologie, non trova a maggior ragione, giustificazione alcuna per venir attuato in caso di infezione da SARS-CoV-2 la quale si è dimostrata essere, come precedentemente spiegato, una patologia sì complessa ma che può essere affrontata in ogni sua fase con strumenti adeguati alla sua gravità. Non certo in monoterapia. Posologia eccessiva Altro aspetto, tutto da chiarire, riguarda l'alto dosaggio di idrossiclorochina somministrato che non trova giustificazione né nella pratica clinica fino a quel momento conosciuta, né in letteratura: infatti le dosi sono risultate più che doppie rispetto a quelle utilizzate abitualmente per le patologie di riferimento (malaria, lupus erythematosus, artrite reumatoide). Ogni farmaco è sicuro se usato a dosaggi stabiliti e diventa potenzialmente letale per dosi superiori. Lo Studio Recovery ha utilizzato un dosaggio di 2400 mg di idrossiclorochina nelle prime 24 ore di trattamento. Alla dose iniziale sono state poi aggiunte somministrazioni di 400 mg ogni 12 ore per altri 9 giorni, per un totale complessivo di 9,6 gr di farmaco in 10 giorni. 6 Giusto per fare un confronto, il gruppo del prof Didier Raoult in Francia ha usato 600 mg al giorno per un massimo di dieci giorni in 1061 pazienti con COVID-19, riportando 8 decessi ed un tasso di mortalità dello 0,75%. Va detto che nello stesso periodo, le esperienze territoriali italiane hanno visto un impiego di idrossiclorochina al dosaggio giornaliero di 400 mg. Il regime di iperdosaggio di idrossiclorochina e la modalità di somministrazione in monoterapia non ha alcuna giustificazione medica nel trattamento del COVID-19. Si può quindi affermare, oltre ogni ragionevole dubbio che, nello Studio Recovery nel Regno Unito, l'idrossiclorochina è stata utilizzata in dose non terapeutica, a maggior rischio di effetti collaterali quali cardiopatie e retinopatie, non comprensibile in relazione ai canoni della pratica medica per tale patologia. Nonostante il dosaggio estremamente elevato e ingiustificato di idrossiclorochina non ci sono state sostanziali scostamenti dalla mortalità riscontrata nel braccio di controllo. Quanto sopra dimostrato è in antitesi con le motivazioni che in precedenza venivano dichiarate dall'OMS per la prima sospensione dell'idrossiclorochina dopo la pubblicazione su The Lancet del documento che è stato poi ritirato e cioè che si trattava di farmaco non sicuro e potenzialmente letale. In realtà l'idrossiclorochina è un composto antivirale con un track record di sessantacinque anni per la sicurezza e l'efficacia, sviluppato a partire dalla clorochina che a sua volta è la versione sintetica del chinino. La clorochina e l'idrossiclorochina sono farmaci poco costosi e disponibili a livello globale che sono stati utilizzati in tutto il mondo dal 1945 per trattare la malaria, sindromi autoimmuni e varie altre condizioni. Lo stesso studio ha infatti dimostrato la totale sicurezza del farmaco, visto che in dosaggio più che doppio a quello comunemente utilizzato non ha provocato un tasso di mortalità superiore a quello dei controlli. In questa prospettiva appare di dubbia validità la scelta di attribuire oppure negare ad un farmaco una possibile capacità curativa sulla base di un uso improprio, in assenza di una sinergia farmacologica necessaria. 7 Risulta ovvio pertanto che non abbia potuto impedire la morte di molti pazienti. Solo se utilizzato secondo i corretti parametri evita i decessi e anche l'aggravarsi della patologia e le sue complicazioni. Un appunto sul desametasone Viceversa diventa degno di nota, per le ragioni che verranno chiarite nel prosieguo, riportare, in breve, il report relativo ad un altro farmaco utilizzato nello Studio Recovery: il desametasone.

Secondo i ricercatori del Recovery Trial dell'Università di Oxford viene descritto come l'unico farmaco che ha finora dimostrato di ridurre la mortalità e di farlo in modo significativo. I dati però non sembrano avallare l'aggettivo "significativo" utilizzato. I pazienti curati senza desametasone a 28 giorni avevano mortalità del 41% quando necessitavano di ventilazione meccanica, del 25% quando necessitavano di solo ossigeno e del 13% tra chi non necessitava di interventi respiratori di alcun genere. Il desametasone è risultato fondamentale per salvare 1 paziente su 8 con ventilazione meccanica e 1 paziente su 25 con ossigeno. Mentre non sono stati rilevati benefici nei pazienti con quadro clinico migliore che non richiedevano ossigeno. Non si comprende quindi a conclusione della sperimentazione sul desametasone, l'enfasi posta da parte del Professor Peter Horby e del Professor Martin Landray sui suoi effetti, come se si trattasse di una scoperta sensazionale. L'errore commesso nello studio condotto dall'Università di Oxford e che riguarda tutto lo studio Recovery, è la monoterapia vale a dire testare un solo farmaco o tipo di trattamento. Soprattutto per quanto riguarda il desametasone, Recovery non è riuscito a mettere sufficientemente in evidenza la reale importanza dei corticosteroidi come salvavita nella seconda e terza fase della malattia così come quando vengono usati in combinazione con altri farmaci. Come abbiamo detto i corticosteroidi sono sempre stati farmaci elettivi nelle polmoniti interstiziali e hanno dimostrato di essere molto utili per affrontare l'epidemia di COVID-19, dovrebbero essere introdotti, insieme al plasma 8 iperimmune e anticoagulanti, nel momento in cui la tempesta citochinica sta per verificarsi, durante la seconda fase di malattia e si sono dimostrati utili anche nella terza fase di malattia. L'utilizzo così come previsto in Recovery per il trattamento di COVID-19, in regime di monoterapia, ha svalutato la reale portata e importanza del desametasone. Ci teniamo a sottolineare che il cortisone viene usato, da circa 50 anni, in tutto il mondo in caso di polmoniti interstiziali, inoltre, non è una scoperta di Recovery nemmeno il suo utilizzo relativo al COVID-19 in quanto, analoghi del desametasone sono stati utilizzati, unitamente ad altri farmaci, in quasi tutte le strutture ospedaliere del mondo, a partire da Marzo 2020. Tali cure improntate alla pratica di un protocollo di farmaci hanno apportato agli ammalati di COVID-19 benefici di gran lunga maggiori rispetto a quelli riportati nello studio Recovery. Va detto, infine, che rimane ancora tutta da verificare l'efficacia dell'utilizzo del desametasone in prima fase di malattia.

CONCLUSIONI

Va detto con estrema chiarezza che molte realtà ospedaliere europee hanno avuto tassi di mortalità meno elevati, durante la fase epidemica, di quelli dello Studio Recovery. Basterebbe questa affermazione per far comprendere che le tesi di base dello Studio sono errate. Come abbiamo chiarito nell'esposizione della nostra contestazione, lo Studio Recovery non dimostra l'inefficacia dell'idrossiclorochina o l'efficacia del desametasone. Ciò che lo studio dimostra è soltanto l'inefficacia dell'utilizzo dell'idrossiclorochina in una fase non congruente di malattia e in monoterapia per combattere il COVID-19 e, nel contempo, dimostra la non adeguata efficacia del desametasone se non inserito nel contesto di un protocollo che lo associ ad altri farmaci, quindi dimostra che anche un ipotetico "salvavita" non lo è efficacemente se usato da solo. L'unica vera dimostrazione utile per la comunità medica e scientifica a cui conduce lo Studio Recovery appare essere la conferma delle evidenze basate 9 sulla pratica clinica, sviluppatasi durante l'epidemia, che hanno condotto i medici impegnati in prima linea, ad utilizzare una combinazione di farmaci che si è ben presto diffusa all'intero pianeta e che ha visto, nelle situazioni in cui è stata contenuta la mortalità entro bassissime percentuali, la costante della presenza di idrossiclorochina, azitromicina, cortisone, anticoagulante e, in taluni casi, plasma iperimmune. Lascia ancora una volta perplessi il fatto che l'OMS si basi, come fece con lo Studio pubblicato sul The Lancet e poi ritirato, su studi che danno piena evidenza di trattare una patologia come si trattasse di una patologia a loro completamente sconosciuta sulle sue manifestazioni ed evoluzioni cliniche.

La totale assenza di un approccio medico-clinico per la patologia COVID-19, dello Studio Recovery, deve necessariamente far riconsiderare all'OMS le decisioni prese in conseguenza a tale studio per non farsi carico della responsabilità di un aumento di decessi nel mondo. La decisione di sottrarre nuovamente un farmaco, stavolta dimostratosi sicuro e di accertata efficacia nella fase iniziale di malattia, contribuisce ad aumentare le morti di persone che avrebbero potuto essere altrimenti curate e guarite e a prolungare la pandemia. Questo,

seppur inaccettabile in qualsiasi circostanza, si rileva come danno intollerabile anche e soprattutto nei paesi più poveri nei quali l'idrossiclorochina rappresentava il farmaco principale nel trattamento della fase precoce della malattia.

Nota [A]: come risultato di questa decisione, tutte le agenzie farmaceutiche regionali e nazionali hanno dato l'ordine, nei loro territori, di limitarne l'uso ai soli studi clinici. L'OMS ha dichiarato che la propria decisione è stata presa sulla base dei risultati di Recovery, su quelli di Solidarity e su una Cochrane review su altre prove su l'idrossiclorochina.

I TAMPONI COVID-19 PRODUCONO FINO AL 95% DI FALSI POSITIVI : CONFERMATO DALL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ Dott. Stefano Scoglio

30/09/20 www.databaseitalia.it

Il dott. Stefano Scoglio, Ph.D., è esperto di nutrizione e fitoterapia ed è il direttore del Centro di Ricerche Nutriterapiche di Urbino. Candidato al premio Nobel per la medicina nel 2018, Stefano Scoglio pubblica su Byoblu il suo ultimo studio dal titolo "[*La pandemia inventata, la nuova patologia dell'asintomaticità e la non validità del test per il Covid19*](#)". Il ricercatore scientifico arriva ad affermare con certezza che:

["Il SarsCov2 non è mai stato isolato"](#).

Lunedì il dott. Scoglio [affida a Facebook un articolo/ricerca](#) sull'utilizzo dei tamponi che condividiamo integralmente. Dopo aver dimostrato come le stesse autorità sanitarie Europee e Americane affermino che il virus non è mai stato isolato, come in un uno-due pugilistico, vedremo ora come le stesse autorità sanitarie, in primis il nostro Istituto Superiore di Sanità, ammettono che i tamponi Covid-19 sono del tutto inaffidabili. Ho già scritto alcuni post e articoli su come i tamponi e i test sierologici per il Covid-19 siano inaffidabili, di fatto senza alcun significato perché senza nessun vero legame con un presunto virus SARS-Cov2, che non è mai stato isolato.

Abbiamo anche visto come tale inaffidabilità sia stata addirittura certificata dalla Commissione Europea e dall'Istituto Superiore di Sanità, che nell'Aprile-Maggio scorso hanno pubblicato documenti dove affermavano che in Europa circolavano 78 tamponi diversi, di cui nessuno validato da organismi indipendenti, nessuno valutato o autorizzato preventivamente, e addirittura la stragrande maggioranza dei quali non dichiarava neppure quali sequenze geniche utilizzasse, e quindi potenzialmente contenenti qualsiasi cosa. A questo punto ho voluto approfondire la cosa, e ho scoperto ulteriori elementi, sia scientifici che legali.

La situazione normativo-regolatoria

Innanzitutto, va detto che i tamponi rientrano nella nuova normativa REGOLAMENTO (UE) 2017/746 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro e che abroga la direttiva 98/79/CE. Nella normativa precedente abrogata, in generale bastava l'apposizione del marchio CE, che è un marchio relativo soprattutto alla sicurezza; e solo per alcuni dispositivi diagnostici in vitro elencati nell'Allegato II, e aventi a che fare con i virus già conosciuti (HIV 1 e 2, HTLV I e II e dell'epatite B, C e D), si richiede la valutazione tecnica e di efficacia da parte di un Organismo Notificato, ovvero un organismo di validazione riconosciuto dalla EU.

Ora, sappiamo dal Documento della Commissione Europea del 16 Aprile scorso che nessuno dei 78 modelli di test tampone in circolazione a quella data sono stati valutati o sottoposti a qualsiasi organismo di valutazione riconosciuto, e che addirittura ciò non sarebbe stato neppure possibile dato che quasi nessuno di quei 78 tamponi mette a disposizione una adeguata scheda tecnica, inclusa la specifica delle sequenze geniche utilizzate. Come è possibile? In fondo, il SARS Cov2 dovrebbe essere un virus anche più importante di quelli dell'epatite o dell'HIV, che non hanno mai portato alla chiusura dell'economia e della vita sociale di intere nazioni. E' possibile perché il Regolamento della Direttiva 98/79 CE elenca solo i virus suddetti, ed essendo il SARS Cov 2 un nuovo virus non è incluso.

Già, ma abbiamo appena visto che tale regolamento è stato abrogato dal regolamento del 2017, che a sua volta pone requisiti ancora più stringenti di quello precedente, richiedendo valutazioni preliminari di efficacia da parte di organismi di validazione riconosciuti per tutti i dispositivi diagnostici in vitro in cui rientrano anche i tamponi Covid-19. E allora perché sono stati autorizzati in commercio test tampone privi di qualsiasi validazione o anche solo valutazione preliminare, e addirittura privi delle specifiche sulle sequenze geniche utilizzate? Perché l'Italia ha fatto scuola, e il motto "fatta la legge trovato l'inganno" è diventato motto europeo: il Regolamento 2017/46 del 5 Aprile 2017 entrerà in vigore, per i dispositivi diagnostici in vitro, solo il 26 Maggio 2022! E con questo i tamponi Covid-19 hanno goduto dell'interregno, non essendo inclusi, in quanto relativi a un virus nuovo, nel Regolamento del '98; e non essendo ancora sottoposti a un Regolamento del 2017 che li avrebbe messi tutti fuori legge, ma che non entrerà in vigore se non a metà del 2022!

La domanda che occorre porsi, e che non può non avere rilevanza anche giuridica, è: questi tamponi sono del tutto privi di valutazione e validazione, e sono in circolazione solo grazie al fatto che si è creato un vuoto normativo tra Regolamento del 1998, che limitava la lista dei virus solo a quelli conosciuti (ma che per analogia dovrebbe applicarsi anche ai nuovi emergenti) e Regolamento del 2017, che abroga quello del '98 ma entra in vigore solo nel 2022; se insomma questi tamponi Covid-19 sono utilizzati solo grazie ad una anomalia legislativa, e nel 2022 sarebbero del tutto illegali; è ammissibile che a tali tamponi, in vita per puro miracolo o distorsione giuridica, si affidino le sorti di intere nazioni e dell'intera economia mondiale? Ovviamente no, non dovrebbe essere ammissibile, e se lo sarà, sarà solo perché la forma giuridica viene fatta prevalere sulla sostanza giuridica.

Veniamo però alla sostanza scientifica dei tamponi. Il primo argomento è che sono del tutto senza significato perché il virus non è mai stato isolato, e dunque non esiste nessun marker realistico che ne supporti l'azione. Questo è discorso che ho affrontato in dettaglio altrove; ma sembra che su questo punto le orecchie di chi dovrebbe intervenire tendono a restare chiuse (anche se noi continueremo a gridare la verità). Facciamo dunque finta che non sia questo il problema, che il virus sia stato isolato. Vedremo che anche da questo punto di vista, i tamponi restano del tutto inaffidabili e privi di significato.

La questione della mutazione del virus

Uno dei problemi fondamentali è la continua mutazione del virus. Come scrive lo stesso Istituto Superiore di Sanità (confermando quello che vado dicendo da sempre):

“...il virus infatti può mutare e nuove sequenze nucleotidiche depositate nelle banche dati possono rivelare se queste mutazioni possano a loro volta rendere un particolare test meno efficace o addirittura inefficace...È importante puntualizzare che per la diagnostica di questo virus emergente, con uno stato dell'arte in evoluzione, le reali prestazioni del dispositivo osservate possano differire rispetto a quelle determinate dallo studio iniziale delle prestazioni condotto dal fabbricante ai fini della marcatura CE, in uno stato dell'arte precedente.”

(Gruppo di Lavoro ISS Test Diagnostici COVID-19, Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 2: evoluzione del mercato e informazioni per gli stakeholder , Rapporto ISS COVID-19 n. 46/2020, 23 Maggio 2020, p. 8)

Come ho sempre sostenuto anch'io: se al GISAID, dove si raccolgono le sequenze geniche del SARS-Cov 2, ci sono oltre 100.000 sequenze diverse, e aumentano costantemente, che valore ha un tampone messo a punto nel febbraio 2020 e utilizzato nel Luglio 2020, quando il virus era certamente modificato? Per capire ciò, basterebbe dire che la gran parte dei tamponi in circolazione sono stati strutturati (se lo sono stati) sul virus sequenziato dai Cinesi a Wuhan.

Ma in Italia sono stati sia lo Spallanzani che il San Raffaele a fornire sequenziamenti genici diversi, ed entrambi, oltre a pseudo-isolare il virus con le stesse metodiche farlocche che ho descritto altrove (<https://www.byoblu.com/2020/09/12/lo-studio-in-esclusiva-su-byoblu-virus-mai-isolato-una-dittatura-basata-su-tamponi-non-convalidati-stefano-scoglio-candidato-premio-nobel-per-la-medicina-nel-2018/>), hanno subito messo in chiaro che si trattava di virus modificati rispetto a quello isolato in Cina (Capobianchi M.R. et al.,

Molecular characterization of SARS-CoV-2 from the first case of COVID-19 in Italy, Clin Microbiol Infect, 2020 Jul;26(7):954-956.); e in uno studio organizzato da diversi centri medici italiani (Sacco, San Raffaele, etc.), quando hanno analizzato 59 campioni di liquido da pazienti Covid-19 da diversi centri del Centro e Nord Italia, hanno trovato una notevole mutazione, al punto da trovare :

“A mean of 6 nucleotide substitutions per viral genome was observed, without significant differences between synonymous and non-synonymous mutations, indicating genetic drift as a major source for virus evolution.”

(Lai A. et al., Molecular Tracing of SARS-CoV-2 in Italy in the First Three Months of the Epidemic, Viruses 2020, 12, 798; doi:10.3390/v12080798.)

“Una media di 6 sostituzioni nucleotidiche per ogni genoma virale, senza differenze significative tra mutazioni sinonime e non sinonime, delineando così una deriva genetica come importante fonte dell’evoluzione del virus.”

Da questo studio si evince che non solo il virus muta da continente a continente, da nazione a nazione, ma addirittura da provincia a provincia, e di fatto da persona a persona! Ci sono dunque 7 miliardi di virus diversi che solo si assomigliano? Esiste un virus talmente magico da incorporare 7 miliardi di mutazioni? E soprattutto: a cosa serve, in questo quadro, un test tampone universale, che ha solo una o al massimo 3 sequenze geniche? Come afferma lo stesso ISS, “...queste mutazioni possano a loro volta rendere un particolare test meno efficace o addirittura inefficace”, e tuttavia nessuno, tra le autorità politiche o giuridiche, si preoccupa di verificare se i tamponi che sostengono e mantengono la pseudo-pandemia, siano o no corrispondenti alle innumerevoli mutazioni di questo super-virus!

La costante mutazione del SARS-Cov2, tale da renderlo di fatto irricognoscibile, è stata confermata anche a livello internazionale: un articolo americano, che include anche Robert Gallo tra gli autori, ha riscontrato decine di mutazioni crescenti nel tempo in parallelo con la presunta diffusione del virus dall’Asia all’Europa agli USA (Pachetti M. et al., *Emerging SARS-CoV-2 mutation hot spots include a novel RNA-dependent RNA polymerase variant*, J Transl Med (2020) 18:179 <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02344-6>.); mentre un autore asiatico ha analizzato 85 diverse 6sequenze genomiche SARS-Cov2 disponibili presso GISAID, e ha trovato ben 53 diversi ceppi SARS-Cov2 provenienti da varie aree della Cina, dell’Asia, dell’Europa e degli Stati Uniti (Phan Tung, *Genetic diversity and evolution of SARS-CoV-2*, Infection, Genetics and Evolution, 81 (2020), 104260.). Insomma, se il virus muta costantemente, allora il test tampone è inutile, perché va a cercare un virus sempre precedente e sempre diverso rispetto a quello attualmente in circolazione. Basterebbe questo da solo per capire che il tampone Covid-19 il test è completamente, al 100%, fallace!

Questo è davvero ciò che accade nella realtà. Il “Drosten PCR Test” e il test dell’Institute Pasteur, i due test considerati i più affidabili (sebbene nessuno dei due lo sia stato convalidato esternamente), entrambi utilizzano un test del gene E, anche se il test di Drosten lo utilizza come test preliminare, mentre l’Institut Pasteur lo utilizza come test definitivo. Secondo gli autori del Drosten test, il test E-gene è in grado di rilevare tutti i virus asiatici, essendo così al contempo molto aspecifico (tutti i ceppi virali) e limitato ad un’area geografica (Asia). Ancora, il test Institut Pasteur, uno dei più adottati in Europa, utilizza il test E-Gene come test finale, anche se è ormai noto che il virus (o virus) SARS-Cov2 che si ritiene circolino in Europa sarebbero diversi da quelli asiatici. E poi ad aprile, l’OMS ha cambiato l’algoritmo “... raccomandando che da ora in poi un test può essere considerato positivo anche se solo il dosaggio del gene E (che probabilmente rileverà tutti i virus asiatici!) dà un risultato positivo”. Insomma, per OMS ed epigoni, tutto fa brodo pur di mantenere la tragica farsa della pandemia!

La questione dei cicli (runs) della RT-PCR

Un’altro grave problema dei tamponi, che utilizzano la metodica della RT-PCR, è che l’affidabilità di tale metodica dipende dal numero di cicli (replicazioni) che vengono usati per trovare il virus SARS-Cov2. Prof. Stephen Bustin, una delle autorità mondiali di PCR, ha scritto in un recente articolo relativamente alla identificazione della presenza di SARS-Cov 2:

“...the most widely used method is quantitative fluorescence-based reverse transcription polymerase chain reaction (RT-qPCR). Despite its ubiquity, there is a significant amount of uncertainty about how this test works, potential throughput and reliability.

(Bustin S.A, Nolan T., *RT-qPCR Testing of SARS-CoV-2: A Primer*, *Int. J. Mol. Sci.* 2020, 21, 3004; doi:10.3390/ijms21083004, p. 1).

“...il metodo più utilizzato è la Reazione a catena delle polimerasi quantitativa a trascrizione inversa basata sulla fluorescenza (RT-qPCR). Nonostante la sua ubiquità, c'è un significativo livello di incertezza su come funziona questo test, sulla sua potenziale produzione e affidabilità.“ Probabilmente questo è dovuto anche e soprattutto alla questione dei cicli di PCR che vengono normalmente effettuati coi tamponi. In una intervista al compianto David Crow, prezioso ricercatore canadese, Bustin afferma:

“...the cycle number per se is not a good measure...most instruments, when you get above a cycle number of 35, then you start worrying about the reliability of your result...so, you want to be sure that your results are within the 20 to 30 cycles...”

“...il numero di cicli di per sé non è una buona misura...la maggioranza degli strumenti, quando sali oltre il numero di 35 cicli, cominci a preoccuparti sull'affidabilità dei tuoi risultati...quindi, vuoi assicurarti che i tuoi risultati siano prodotti dai 20 a un massimo di 30 cicli...”. E dato che la maggioranza dei tamponi sale fino e oltre i 40 cicli, Crow domanda a Bustin:

“...if you get up to 40 cycles, you could get a ghost, the PCR could string bases together casually...”

“...se sali a 40 cicli, potresti produrre un fantasma, la PCR può iniziare a raccordare assieme basi nucleotidiche in modo casuale...”

E Bustin risponde: “I would be very unhappy about 40 cycles...”;(David Crow, *The Infectious Myth*: <https://infectiousmyth.podbean.com/e/the-infectious-myth-stephen-bustin-on-challenges-with-rt-pcr/>)

“Sarei molto scontento a 40 cicli...”. Vediamo quindi quanti cicli vengono normalmente usati nei tamponi. Forse vi ricordate della recente polemica, alimentata dal dr. Remuzzi del San Raffaele, per cui i tamponi che trovano il virus solo con un'alto numero di cicli si riferiscono a casi di bassissima viralità, considerata non infettiva:

“Remuzzi riferisce che la positività nei tamponi dello studio del Mario Negri emergeva solo dopo 34-38 cicli di amplificazione. Ma più si amplifica, più il segnale si fa debole e incerto, facendo pensare a tracce di Rna virale ormai residuali e inattive. Niente infezione, insomma.”

(Luca Carra, *Debolmente positivi: realtà o illusione?*, *Internazionale*, 23 Giugno 2020.).

Questo è in accordo con ciò che sostiene il Prof. Bustin: sopra i 35 cicli, l'affidabilità del tampone crolla, e al massimo, per salvare la baracca, si può sostenere che si tratta di presenza di virus talmente debole da non essere più infettivo.

La sostanza non cambia: che il virus venga creato dalla PCR come un “fantasma”, come sostengono Crow e Bustin, o che esso sia senza nessuna carica virale, perché si conti una a utilizzare questi risultati da tampone per terrorizzare la gente e prorogare vari tipi di lockdown? E che i tamponi utilizzino normalmente sopra i 35 cicli di PCR è confermato da questa tabella che riporta una serie di diversi tamponi e la media del loro numero di cicli:

8.	CerTest Blotec S.L.	VIASURE SARS-CoV-2 Real Time PCR Detection Kit	VS-NC0112L VS-NC0212L	ORF1ab	10-50	35.16
				N	1-10	35.46
9.	DAAN Gene Co. Ltd of Sun Yat-Sen University	Detection Kit for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) RNA (PCR-Fluorescence Probing)	DA0930-DA0932	ORF1	1-10	38.76
				N	1-10	36.97
10.	EUROIMMUN AG	EURORealTime SARS-CoV-2[ct]	MP 2606-0425	ORF1ab/N	1-10	37.88
11.	GeneFirst Ltd	The Novel Coronavirus (2019-nCoV) Nucleic Acid Test Kit	MPA-COVID19	ORF1	1-10	35.45
				N	1-10	36.72
12.	KH Medical Co. Ltd	RADI COVID-19 Detection Kit	RV008	S	1-10	37.94
				RdRP	10-50	36.74
13.	PerkinElmer Inc.	PerkinElmer® SARS-CoV-2 Real-time RT-PCR Assay[ct,d]	SY580	N	1-10	39,43
				ORF1	1-10	38,99

La tabella presenta un campione di 6 dei 22 tamponi analizzati da FIND (Foundation for Innovative New Diagnostics), la più autorevole organizzazione di valutazione degli strumenti diagnostici, presa come riferimento dallo stesso Istituto Superiore di Sanità italiano (per la tabella completa vedi: <https://www.finndx.org/covid-19/sarscov2-eval-molecular/>). Come si vede dalla tabella, i tamponi sono tutti sopra i 35 cicli; e si consideri che i numeri dati sono medie, il che significhi che nel 3-40% dei casi si sale anche sopra i 40 cicli! E la cosa è confermata anche per il test Xpert Xpress di Cepheid, che la FDA americana ha ritenuto così importante e affidabile da conferire a questo test un'autorizzazione di emergenza, saltando tutti i passaggi di verifica. Ebbene, anche questo test così importante, adotta un numero di cicli eccessivo:

Tabella 3. Concordanza del test Xpert SARS-CoV-2 con i risultati attesi per concentrazione del campione

Concentrazione target	Numero di concordanti/numero di analizzati	Media Ct di E	Media Ct di N2	% concordanza [IC 95%]
2x LoD	20/20	35,4	38,4	100% [83,9% - 100%]
3x LoD	5/5	34,2	37,2	100% [NA*]
5x LoD	5/5	33,9	37,0	100% [NA*]
Negativo	30/30	NA	NA	100% [88,7% - 100%]

La media riferita al gene E, che è comunque aspecifico e tipico di tutti i coronavirus, è attorno ai 34-35 cicli; ma la media riferita al gene N2, che dovrebbe essere più specifico del SARS-Cov2 (vedremo che non è così neppure per questo gene), si attesa attorno a 37-38 cicli! Questo significa che nella maggioranza dei casi i tamponi danno o risultati fantasma, o se anche "beccano" il virus, lo trovano in uno stato talmente indebolito da

non costituire più nessun pericolo. Questo significa anche che dunque non c'è più nessuna motivazione per terrorizzare con lo spettro dei positivi asintomatici, perché come minimo si tratta di individui incapaci di infettare alcunché. Ma la verità, come stiamo per vedere, è che i tamponi producono risultati senza nessun significato, risultati fantasma o comunque non indicativi della presenza del SARS-Cov 2 .

La questione della cross-reattività, o mancanza di specificità.

Prendiamo i tre più importanti modelli di test-tampone, utilizzati da molti dei tamponi circolanti, quello della OMS, quello tedesco-europeo del gruppo di Drosten, e quello del CDC americano. Quello della OMS, come abbiamo già visto altrove, è talmente a rischio di aspecificità (ovvero di cogliere col tamponi virus o particelle simil-virali diverse dal SARS-Cov2) che in uno dei suoi 3 primers (le sequenze geniche con cui si va alla ricerca del virus) c'è addirittura una sequenza genica tipica del DNA umano, quella del cromosoma 8:

Primers and probes

Name	Sequences (5'-3')	Length (bases)	PCR product size	Ref.
RdRp gene / nCoV_IP2				
nCoV_IP2-12669Fw	ATGAGCTTAGTCCTGTTG	17	108 bp	1
nCoV_IP2-12759Rv	CTCCCTTTGTTGTGTTGT	18		
nCoV_IP2-12696bProbe(+)	AGATGTCTTGTGCTGCCGGTA [5']Hex [3']BHQ-1	21		
RdRp gene / nCoV_IP4				
nCoV_IP4-14059Fw	GGTAACTGGTATGATTTCCG	19	107 bp	1
nCoV_IP4-14146Rv	CTGGTCAAGGTTAATATAGG	20		
nCoV_IP4-14084Probe(+)	TCATACAAACCACGCCAGG [5']Fam [3']BHQ-1	19		
E gene / E_Sarbeco				
E_Sarbeco_F1	ACAGGTACGTTAATAGTTAATAGCGT	18	125 bp	2
E_Sarbeco_R2	ATATTGCAGCAGTACGCACACA	20		
E_Sarbeco_P1	ACACTAGCCATCCTTACTGCGCTTCG [5']Fam [3']BHQ-1	20		

1/ National Reference Center for Respiratory Viruses, Institut Pasteur, Paris.

2/ Corman et al. Eurosurveillance¹

Qui il rischio di far venire il tampone positivo anche senza nessun virus presente è ovviamente molto alta, visto che tutti gli esseri umani possiedono quella sequenza CTCCCTTTGTTGTGTTGT come parte del loro corredo genico. Il CDC americano utilizza invece altre sequenze geniche, relative al gene N del virus, quello del suo nucleocapside. Questa scelta di focalizzarsi sul gene N, nelle sue due versioni N1 e N2, è dovuto al fatto che il gene E "... also detects SARS-related coronaviruses" ("rileva anche altri SARS-coronavirus" : Wagginer J et al., *Triplex Real-Time RT-PCR for Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*, Research Letter, Volume 26, Number 7—July 2020). Questo mostra come il tampone OMS possa, in aggiunta a legarsi al genoma umano, identificare altri coronavirus scambiandoli per il SARS-Cov 2. Ma che garanzie ci sono che i geni N1 e N2 siano invece più specifici? Tutti i coronavirus hanno un nucleo-capside, e dunque geni del tipo N. Il CDC sostiene che il gene N2 è specifico del SARS-Cov2; ma anche su questo non c'è accordo, dato che per alcuni ricercatori non è così:

"...we found out that only one of them (RdRP_SARsP2) was almost specific for the new coronavirus and the other introduced probes would detect the other types of coronaviruses. In this regard, the false-positive test results may extend for COVID-19"

(Kakhki RK et al, *COVID-19 target: A specific target for novel coronavirus detection, Gene Reports 20 (2020) 100740.*)

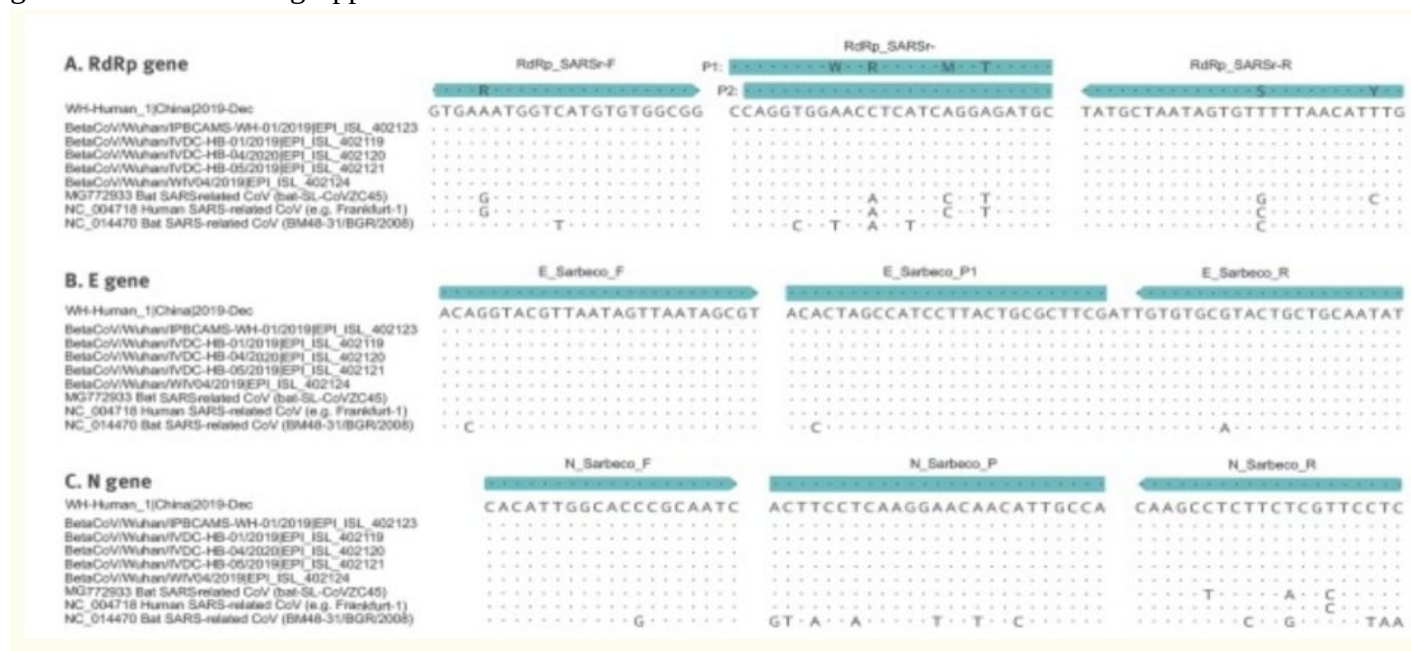
"...abbiamo trovato che solo uno di loro (il gene RdRP-SARsP2) è quasi specifico per il nuovo coronavirus, mentre le altre "sonde" (sequenze geniche) rilevano anche altri tipi di coronavirus. Sotto questo aspetto, i risultati con falsi positivi possono ampliarsi in rapporto al Covid-19." Ciò significa che non c'è alcuna sicurezza neppure sulla specificità del gene N2 usato dal modello della CDC, specie se si considera che appunto i geni N sono tipici di tutti i coronavirus. E si noti come gli autori, anche per il gene che ritengono specifico, lo definiscono "quasi" specifico, nel senso che anche quello non è completamente specifico!E quando veniamo al

test di Drosten, il test-tampone europeo, le cose diventano anche più evidenti. Innanzitutto, vediamo qui in modo apertamente dichiarato, che questi isolamenti e definizioni del virus sono tutte elaborazioni al computer, senza nessuna presenza fisica del virus:

“The present report describes the establishment of a diagnostic workflow for detection of an emerging virus in the absence of physical sources of viral genomic nucleic acid.”

(Corman V et al, *Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR*, *Euro Surveill.* 2020 Jan 23; 25(3): 2000045, p.10.)

“Il presente documento descrive la realizzazione di un processo diagnostico per il rilevamento di un virus emergente in assenza delle fonti fisiche degli acidi nucleici genomici virali”. Quindi qui l’astrazione dei tamponi dall’effettivo virus è dichiarata apertamente, e appare evidente anche dalla tabella delle sequenze geniche utilizzate dal gruppo di Drosten:



Come si vede, il tampone di Drosten utilizza tutti e 3 i geni, E, N e RdRP. Ma se confrontiamo la sequenza genica del SARS-Cov 2 con quella del SARS-Cov originario (al penultimo posto nella lista), vediamo che:

- il gene E del SARS-Cov 2 è identico al 100% a quello del SARS-Cov1, e probabilmente a quello di tutti i SARS coronavirus (nella penultima riga non ci sono variazioni di lettere);
- Il gene N ha una sola variazione, una C invece di una T, al 15° posto della sequenza del Reverse primer. Questa è una variazione di appena 1/64esimo, ovvero di appena l’1.5%. Le possibilità di confusione e cross-reattività (rilevare un SARS virus diverso dal SARS-Cov2) è molto elevata.
- Il gene RdRP è l’unico che ha 5 variazioni su 64, di nuovo non una grande differenza, anche se meglio degli altri due (e per questo gli autori sopra lo hanno definito “quasi” specifico).

Insomma, in totale abbiamo una differenza di soli 6 nucleotidi su 214, una percentuale di appena il 2.8%. E per questo anche quando autori indipendenti hanno testato l’efficienza del test Drosten hanno concluso che il test dimostrava:

“...a lot of cross-reactions with Coronavirus BtRs-BetaCoV (MK211374- MK211378), SARS coronavirus Urbani (MK062179-MK062184), Bat coronavirus (KY770858-KY770859), SARS coronavirus (AH013708-AH013709), and others”.

“...elevata cross-reattività con i Coronavirus BtRs-BetaCoV (MK211374- MK211378), SARS coronavirus Urbani (MK062179-MK062184), Bat coronavirus (KY770858-KY770859), SARS coronavirus (AH013708-AH013709, e con altri.”

E anche il gene RdRP, che dovrebbe essere più specifico

“...covers many coronavirus isolates, including Bat SARS-like Coronavirus (MG772904-MG772932), Rhinolophus pusillus Coronavirus (KY775091), Bat SARS-like Coronavirus (MG772903) and many others”

(Kakhki RK et al, COVID-19 target: A specific target for novel coronavirus detection, Gene Reports 20 (2020) 100740.)

“...copre molti altri isolati di coronavirus, inclusi Bat SARS-like Coronavirus (MG772904-MG772932), Rhinolophus pusillus Coronavirus (KY775091), Bat SARS-like Coronavirus (MG772903), e molti altri.”
Insomma, tutti i principali test-tamponi mancano di specificità, e sono affetti da un'elevata cross-reattività, ovvero producono un'elevata quantità di falsi positivi. Questa verità, che dovrebbe porre immediatamente fine alla follia della pseudo-pandemia spinta da questi tamponi farlocchi, è da ultimo, *last but not least*, apertamente confermata dallo stesso Istituto Superiore di Sanità, organismo del governo italiano.

ISS del Governo Italiano: in questa situazione epidemica, i test-tampone danno fino al 91% di falsi positivi!

Nel documento Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 2: evoluzione del mercato e informazioni per gli stakeholder, del 23 Maggio 2020, l'Istituto Superiore di Sanità fa una analisi approfondita dei dispositivi test-tampone in circolazione, sottolineando la tensione esistente tra sensibilità, la capacità di rilevare quanto più RNA virale possibile, e la specificità, ovvero la necessità che tale RNA virale si riferisca solo al virus che si sta cercando, in questo caso il SARS-Cov2.

“Un test molto sensibile nel rilevare il bersaglio di interesse ha maggiori probabilità di rilevare anche bersagli correlati ma distinti che non sono di interesse, vale a dire che può essere meno specifico.”

Gruppo di Lavoro ISS Test Diagnostici COVID-19, Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 2: evoluzione del mercato e informazioni per gli stakeholder, Rapporto ISS COVID-19 n. 46/2020, 23 Maggio 2020, p. 6).

L'ISS spiega poi che tale tensione è modulata da un altro fattore, ovvero quello di “prevalenza”. In ambito epidemiologico, la prevalenza descrive la percentuale di popolazione affetta da una certa patologia. Nel caso di una patologia presuntivamente virale come il Covid-19, la prevalenza indica quanti malati attuali di Covid-19 ci sono sul totale della popolazione. Perché questo dato è importante in rapporto alla affidabilità dei test-tampone? Perché maggiore è la percentuale di popolazione affetta, maggior è la circolazione del virus, e quindi maggiore è la probabilità che il test-tampone rilevi effettivamente quel virus anziché altri, riducendo così il gap tra sensibilità e specificità. L'ISS riprende una tabella che considera l'effetto della prevalenza sull'efficacia dei tamponi. La tabella è stata pubblicata da FIND, autorevole organizzazione internazionale già vista sopra; e così, il dato che emerge dalla tabella FIND, accettato e riproposto dall'ISS, ha valore non solo per l'Italia, ma per tutto il mondo. Scrive l'ISS a introduzione della Tabella:

“Nella tabella che segue, tratta dal documento Rapid diagnostic tests for COVID-19 (FIND, *Rapid Diagnostic Tests for Covid-19*: https://www.finddx.org/wp-content/uploads/2020/05/FIND_COVID-19_RDTs_18.05.2020.pdf), viene mostrato con un esempio numerico come la capacità di identificare correttamente i positivi (colonna PPV) sia correlata sia alla sensibilità e specificità del test, sia alla prevalenza del marcatore nella popolazione target, esemplificata da quattro coorti di 1.000 individui con quattro diversi valori di prevalenza: 2%, 5%, 10% e 30%. “

Quindi, la capacità del test di rilevare correttamente la presenza del virus dipende da 3 fattori, tutti considerati nella tabella, ovvero sensibilità e specificità, ma alla luce della prevalenza; e la Tabella prende in considerazione 4 livelli di prevalenza: 2%, 5%, 10% e 30%. Prima di vedere la Tabella, vediamo a quale dei quattro gruppi appartiene la situazione Italiana (e di riflesso anche quella degli altri paesi, in cui il livello di prevalenza non si discosta molto da quello italiano). Quello che segue è la situazione Covid-19 in Italia al 25 Settembre 2020:



Il numero da considerare è quello degli attuali positivi, ovvero 47,718, che rappresenta appena lo 0.079% della popolazione italiana, assai distante persino dal livello più basso del 2%. Anche se volessimo esagerare, e prendere in considerazione il totale dei casi che ci sono stati dall'inizio a oggi, avremmo che il numero di 306,235 è pari allo 0.5% della popolazione italiana. Utilizzare questo secondo numero è statisticamente del tutto errato, ma l'ho fatto per sottolineare come neppure prendendo tutti i casi Covid-19 ufficiali (cioè CON Covid e non PER Covid) emersi dall'inizio della pseudo-pandemia ad oggi, si arriverebbe neppure lontanamente al 2% della popolazione. Vediamo finalmente la Tabella:

Cohort	Pre-test probability (prevalence)	Sensitivity	Specificity	Cases	Non-cases	True positive (TP)	False negative (FN)	True negative (TN)	False positive (FP)	PPV	NPV
High performance											
1,000	2.0%	95%	98%	20	980	19	1	960	20	49.2%	100%
1,000	5.0%	95%	98%	50	950	48	2	931	19	71.4%	100%
1,000	10.0%	95%	98%	100	900	95	5	882	18	84.1%	99%
1,000	30.0%	95%	98%	300	700	285	15	686	14	95%	98%
Mid performance											
1,000	2.0%	85%	90%	20	980	17	3	882	98	14.8%	100%
1,000	5.0%	85%	90%	50	950	43	8	855	95	30.9%	99%
1,000	10.0%	85%	90%	100	900	85	15	810	90	48.6%	98%
1,000	30.0%	85%	90%	300	700	255	45	630	70	78%	93%
Low performance											
1,000	2.0%	75%	85%	20	980	15	5	833	147	9.3%	99%
1,000	5.0%	75%	85%	50	950	38	13	808	143	20.8%	98%
1,000	10.0%	75%	85%	100	900	75	25	765	135	35.7%	97%
1,000	30.0%	75%	85%	300	700	225	75	595	105	68%	89%

Il numero decisivo è il PPV, ovvero la capacità del test di rilevare effettivamente il virus. I numeri che ci interessano sono quelli legati al livello del 2%, che nel caso dell'Italia è in realtà molto più basso, assestandosi attorno allo 0.1%. Questo significa che i numeri di questa Tabella sono addirittura ottimisti, anche al livello del

2%, e più avanti faremo anche la proiezione della Tabella sul livello dello 0.1%. Intanto, qui vengono considerati 3 modelli di tampone: quelli ad alta performance, a media performance, e a bassa performance. Al livello di prevalenza del 2%. Quindi, nella migliore delle ipotesi, i tamponi danno il 50% di falsi positivi, e nella peggiore delle ipotesi danno quasi il 91% di falsi positivi! Mediamente, possiamo dire che i tamponi danno l'85,2% di falsi positivi! In tutti i casi, l'Istituto Superiore di Sanità certifica che i tamponi sono del tutto inaffidabili! Ci sarà qualche politico che avrà voglia di ascoltare questa verità ufficiale, che più ufficiale non si può? Qual'è il numero più probabile tra il 50% e il 91% di falsi positivi? Avendo visto in precedenza la inaffidabilità delle sequenze geniche dei principali tamponi, e soprattutto il fatto che tutti utilizzano più di 35 cicli di PCR, e dunque che i tamponi non possono che essere a bassa performance, il numero più realistico è il 91% di falsi positivi! Ma se anche fossero una via di mezzo, ad esempio il risultato della "media performance" dell'85%, le cose non cambierebbero. I tamponi sono del tutto inaffidabili, lo afferma lo stesso Istituto Superiore di Sanità e un'organizzazione autorevole internazionalmente come FIND: cosa si aspetta a far cessare la tragica farsa dei tamponi e dei positivi asintomatici? E qui veniamo all'ultima considerazione, anche se non sarebbe neppure necessaria. I numeri che abbiamo visto si riferiscono al livello di prevalenza del 2%; ma in Italia oggi il livello è dello 0.1%. Un adeguato aggiustamento statistico richiederebbe un lavoro ad hoc. Ma se consideriamo che nel passaggio dal 30% di prevalenza al 2% (riduzione di 15 volte) i valori si riducono dal 95% al 49.3%, ovvero di circa la metà (50%); possiamo ragionevolmente valutare che passando dal 2% allo 0.1% (riduzione di 20 volte), i valori subiscano come minimo lo stesso dimezzamento. Questo significa che il range dei falsi positivi passa dal 50.3 al 75% nella migliore delle ipotesi; e dal 90.7 al 95% circa nella peggiore delle ipotesi. Una ragione ancora più convincente per gridare con forza: BASTA CON LA TRUFFA DI QUESTA FALSA PANDEMIA, che genera una prevalenza di appena lo 0,1% (mentre i modelli parlano di prevalenze fino al 30%!); e che si regge su tamponi che, secondo l'autorevole opinione di FIND ripresa dallo ISS italiano, producono fino al 95% di falsi positivi!

Covid: cremati i morti, cancellate le prove. E 400 anni di metodo scientifico

Daniele Tedeschi *Cheventochetira.altervista.org* 30/09/20

Il Dott. Daniele Tedeschi denuncia le colpe del comitato tecnico scientifico che, imponendo la cremazione dei corpi morti durante i primi drammatici mesi di covid, non ha dato la possibilità alla comunità scientifica di affrontare la questione con la trasparenza che dà credito al metodo scientifico. Il rischio di analizzare pazienti deceduti potenzialmente pericolosi è ben conosciuto dagli scienziati, ed è gestibile, oltre che fondamentale per comprendere l'accaduto.

Gli asintomatici nelle "attività virali" sono una norma di cui nessuno si accorge se non effettuando eventualmente un esame diagnostico che ne riveli la presenza o la risposta anticorpale. Migliaia di virus quotidianamente ci colpiscono e non portano a malattia (asintomatico significa senza sintomi: senza malattia), questo è ciò che accade da millenni. Ad oggi non c'è mai stato un "accanimento diagnostico" nel cercare quante persone siano asintomatiche ai coronavirus ed ai vari virus dell'influenza se non con SARS-CoV-2. L'errore che viene commesso quotidianamente durante i vari "quesiti diagnostici" su soggetti assolutamente sani è considerarli "Covid positivi": Covid significa Corona Virus Disease ovvero Malattia da Coronavirus che di fatto e per assioma della medicina e della biologia non è presente nell'asintomatico.

La diffusione di un virus è assolutamente normale così come le sue mutazioni che vengono replicate continuamente se e solo se l'ospite vive (non malato mortalmente) inducendo così l'immunità di gregge e ciò avviene proprio grazie agli asintomatici ed agli ammalati. Un virus che uccide non potrà più replicarsi dato che l'ospite non c'è più, un virus mutato che non uccide più si replicherà e farà sì che l'immunità di gregge si completi naturalmente, questo è nella natura delle cose (di medicina e di biologia) da sempre. Se un parassita uccide l'ospite non potrà andare avanti, se un parassita mutando non uccide più l'ospite, sarà la specie (virale batterica etc...) che continuerà ad essere presente su questa Terra. L'accanimento diagnostico sugli asintomatici

è una scelta politica (ovviamente non sta a me né giudicare né valutare una scelta politica) che non ha un fondamento scientifico soprattutto se, come dimostrato negli ultimi mesi, esistono terapie adeguate anche a persone con diverse comorbidità (altre malattie).

E' altresì una scelta politica (ribadisco che non ho da giudicare) ma non scientifica far sì che i decessi (ogni giorno muoiono persone perché l'immortalità non fa parte dell'essere vivente) vengano registrati come Covid qualora, indipendentemente dalla vera causa di morte (incidente stradale, cancro, patologie dell'apparato cardio-vascolare) il paziente deceduto non abbia effettuato alcuna diagnostica per SARS-CoV-2 o sia risultato positivo al contatto con SARS-CoV-2. Se queste scelte sono indirizzate al governo dal comitato tecnico scientifico è opportuno che vengano giustificate scientificamente e non politicamente da tale comitato "scientifico" (che però è stato selezionato dalla politica, sigh!): in medicina ed in biologia si chiama "razionale" ovvero il motivo (scientifico, né amministrativo né politico) per il quale si giustifica un accanimento diagnostico o una terapia.

Inserisco una nota di rammarico rispetto ai nostri connazionali cremati durante il trimestre orribilis^{oo}: in scienza se un fatto non è immediatamente spiegabile o dimostrabile va spiegato secondo il criterio del "metodo scientifico" (Galileo Galilei) da circa 400 anni. Il metodo scientifico si basa su alcuni presupposti, ad esempio che gli eventi naturali osservati hanno delle cause precise ed identificabili, che ci sono degli schemi utilizzabili per descrivere quanto accade in natura, che se un evento si verifica con una certa frequenza alla base c'è la stessa causa, che ciò che una persona percepisce può essere percepita anche da altri, che si applicano le stesse leggi fondamentali della natura, indipendentemente da dove e quando si verificano determinati eventi. Il metodo scientifico o sperimentale si articola in due fasi:

- Fase induttiva (cioè dallo studio di dati sperimentali si giunge alla formulazione di una regola universale)
- Fase deduttiva

La fase induttiva si divide inoltre in:

- Osservazioni e misure (in questa fase si utilizza la strumentazione opportuna e si raccolgono i dati)
- Formulazione di un'ipotesi, si tenta cioè di spiegare il fenomeno, mediante la "lettura" dei dati sperimentali.

La fase deduttiva si distingue in:

- Verifica dell'ipotesi (si sottopongono i dati ad una verifica rigorosa, si fanno delle controprove, ecc.)
- Formulazione di una teoria, nel caso in cui l'ipotesi venga confermata.

In pratica il metodo scientifico è un modo di conseguire informazioni sul meccanismo di eventi naturali proponendo delle risposte alle domande poste: per determinare se le soluzioni proposte sono valide si utilizzano dei test (esperimenti) condotti in maniera rigorosa. La rigidità del metodo scientifico risiede nel fatto che una teoria NON è MAI DEFINITIVA MA È SUSCETTIBILE DI MODIFICHE E SOSTITUZIONI, qualora vengano alla luce nuovi aspetti non ancora considerati. Il metodo scientifico richiede una ricerca sistematica di informazioni e un continuo controllo per verificare se le idee preesistenti sono ancora supportate dalle nuove informazioni. Se i nuovi elementi di prova non sono favorevoli, gli scienziati scartano o modificano le loro idee originarie. Il pensiero scientifico viene quindi sottoposto ad una costante critica, una modifica ma anche ad una rivalutazione: è questo che lo rende così grande ed universale. (Bibliografia: Enger – Ross – Concepts in biology – McGraw Hill 2002 — Lilia Alberghini – Franca Tonini – Biologia – Arnoldo Mondadori Scuola 2005 (ISBN 88-247-2452-3) — Isaac Asimov – Breve storia della biologia – Zanichelli 2005 (ristampa) (ISBN 88-08-02472-5))

^{oo}Far "sparire" cremandole, le persone decedute durante il trimestre orribilis ha di fatto cancellato 400 anni di storia dell'umanità riguardo al metodo scientifico sul quale ci si basa per ogni scoperta scientifica in qualsiasi ambito. Non mi permetto quindi di giudicare la politica, ma di certo un comitato tecnico scientifico, che ha consigliato tutto questo alla politica, è tutto fuorché scientifico nelle sue risultanze e decisioni.

Nel 2020 e non ai tempi del colera: rispondo già adesso riguardo i "rischi che avrebbero comportato i pazienti

deceduti”: il <<Biorischio di livello 4>> e gli agenti di rischio biologico <<Categoria A UN 2814 >> sono previsti nelle attività di ricerca (in questo millennio e non nel secolo della peste quando si bruciava tutto). Cancellare con la cremazione ha significato eliminare la possibilità di capire cosa stesse succedendo, è stata eliminata la possibilità di utilizzare correttamente il metodo scientifico da parte di chi, ancora oggi, NEGA l’evidenza di ciò che oggi, e non tre mesi fa, stia succedendo. Negare l’evidenza degli errori commessi e molti ancora in corso NON fa parte del metodo scientifico checché il nome, e solo questo, del comitato resti ancora oggi “tecnico scientifico”.

Daniele Tedeschi BSc PhD, Biologo iscr. albo ONB AA_043982, Dottore di Ricerca e post-Doc, Direttore Scientifico Progetto Genobioma. Fonte: <https://cheventochetira.altervista.org/asintomatici-un-accanimento-diagnostico-da-giustificare/>