

DISCOVID

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

OTTOBRE-NOVEMBRE 2020

L'OMS venga indagata per falsa pandemia: la lettera dei medici belgi alle autorità

1/10/20

In Belgio, un numeroso gruppo di medici ed operatori sanitari [ha scritto una lunga lettera](#) alle autorità chiedendo che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) venga indagata per aver creato un Coronavirus infodemico per simulare una pandemia. [La lettera](#), che ripercorre tutta la gestione dell'emergenza, dall'inizio ad oggi, arriva ad una precisa conclusione: "L'attuale gestione della crisi è diventata del tutto sproporzionata e causa più danni che benefici – e proseguono i medici nella lettera – chiediamo la fine di tutte le misure e un ripristino immediato della nostra normale governance democratica e delle nostre strutture legali e di tutte le nostre libertà civili". Vi proponiamo il testo integrale della lettera che ha avuto immediatamente un forte impatto sull'opinione pubblica, non solo del Belgio ma di tutto il mondo. L'analisi proposta, infatti, potrebbe riferirsi a qualsiasi altro Stato che in questi mesi, e in parte ancora oggi, ha limitato alcune delle libertà fondamentali dei propri cittadini.

IL TESTO DELLA LETTERA DEI MEDICI BELGI

Noi, medici e operatori sanitari belgi, desideriamo esprimere la nostra seria preoccupazione per l'evoluzione della situazione negli ultimi mesi intorno allo scoppio del virus SARS-CoV-2. Chiediamo ai politici di essere informati in modo indipendente e critico nel processo decisionale e nell'attuazione obbligatoria delle misure per il coronavirus. Chiediamo un dibattito aperto, dove tutti gli esperti siano rappresentati senza alcuna forma di censura. Dopo il panico iniziale che circonda il Covid-19, i fatti oggettivi ora mostrano un quadro completamente diverso: non c'è più alcuna giustificazione medica per qualsiasi politica di emergenza. L'attuale gestione della crisi è diventata del tutto sproporzionata e causa più danni che benefici.

Chiediamo la fine di tutte le misure e chiediamo un ripristino immediato della nostra normale governance democratica e delle nostre strutture legali e di tutte le nostre libertà civili .

"Una cura non deve essere peggiore del problema" è una tesi più attuale che mai nella situazione attuale. Notiamo, tuttavia, che il danno collaterale ora causato alla popolazione avrà un impatto maggiore a breve e lungo termine su tutte le sezioni della popolazione rispetto al numero di persone ora salvaguardate dal coronavirus. A nostro avviso, le attuali misure per il coronavirus e le severe sanzioni per il loro mancato rispetto sono contrarie ai valori formulati dal Consiglio supremo della Sanità belga, che fino a tempi recenti, in qualità di autorità sanitaria, ha sempre assicurato una medicina di qualità nel nostro Paese: ["Scienza – Competenza – Qualità – Imparzialità – Indipendenza – Trasparenza"](#).

Riteniamo che la politica abbia introdotto misure obbligatorie che non sono sufficientemente fondate sulla scienza, dirette unilateralmente e che non ci sia spazio sufficiente nei media per un dibattito aperto in cui si ascoltino punti di vista e opinioni diverse. Inoltre, ogni comune e provincia ha ora l'autorizzazione ad aggiungere le proprie misure, fondate o meno.

Inoltre, la rigorosa politica repressiva sul coronavirus contrasta fortemente con la politica minima del governo quando si tratta di prevenzione delle malattie, rafforzando il nostro sistema immunitario attraverso uno stile di vita sano, un'assistenza ottimale con attenzione per l'individuo e l'investimento nel personale di assistenza.

Il concetto di salute

Nel 1948, l'OMS ha definito la salute come segue: *“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattie o altri danni fisici”*. La salute, quindi, è un concetto ampio che va oltre il fisico e si riferisce anche al benessere emotivo e sociale dell'individuo. Il Belgio ha anche il dovere, dal punto di vista della sottoscrizione dei diritti umani fondamentali, di includere questi diritti umani nel suo processo decisionale quando si tratta di misure adottate nel contesto della salute pubblica. Le attuali misure globali adottate per combattere la SARS-CoV-2 violano in larga misura questa visione della salute e dei diritti umani. Le misure includono l'obbligo di indossare una maschera (anche all'aria aperta e durante le attività sportive, e in alcuni comuni anche quando non ci sono altre persone nelle vicinanze), l'allontanamento fisico, l'isolamento sociale, la quarantena obbligatoria per alcuni gruppi e le misure igieniche.

La prevista pandemia con milioni di morti

All'inizio della pandemia, le misure erano comprensibili e ampiamente supportate, anche se c'erano differenze nell'attuazione nei paesi intorno a noi. L'OMS aveva originariamente previsto una pandemia che avrebbe causato il 3,4% di vittime, in altre parole milioni di morti, e un virus altamente contagioso per il quale non erano disponibili cure o vaccini. Ciò eserciterebbe una pressione senza precedenti sulle unità di terapia intensiva (ICU) dei nostri ospedali. Ciò ha portato a una situazione di allarme globale, mai vista nella storia dell'umanità: *“appiattire la curva”* era rappresentato da un lockdown che ha messo fuori uso l'intera società e l'economia e messo in quarantena persone sane. L'allontanamento sociale è diventato la nuova normalità in previsione di un vaccino di salvataggio.

I fatti sul Covid-19

A poco a poco, il campanello d'allarme è stato suonato da molte fonti: i fatti oggettivi hanno mostrato una realtà completamente diversa. Il Covid-19 ha seguito il corso di una normale ondata di infezione simile a una stagione influenzale. Come ogni anno, vediamo un mix di virus influenzali che seguono la curva: prima i rinovirus, poi i virus dell'influenza A e B, seguiti dai coronavirus. Non c'è niente di diverso da quello che vediamo normalmente. L'uso del test PCR non specifico, che produce molti falsi positivi, ha mostrato un'immagine esponenziale. Questo test è stato affrettato con una procedura di emergenza e non è mai stato auto-testato seriamente. Il creatore ha espressamente avvertito che questo test era destinato alla ricerca e non alla diagnostica. Il test PCR funziona con cicli di amplificazione del materiale genetico: un pezzo di genoma viene amplificato ogni volta. Qualsiasi contaminazione (ad es. Altri virus, detriti da vecchi genomi virali) può causare falsi positivi. Il test non misura quanti virus sono presenti nel campione. Una vera infezione virale significa una massiccia presenza di virus, la cosiddetta carica virale. Se qualcuno risulta positivo al test, ciò non significa che quella persona sia effettivamente infetta clinicamente, sia malata o che si ammalerà. Il postulato di Koch non è stato rispettato: *“L'agente puro trovato in un paziente con disturbi può provocare le stesse lamentele in una persona sana”*. Poiché un test PCR positivo non indica automaticamente infezione o infettività attiva, ciò non giustifica le misure sociali adottate, che si basano esclusivamente su questi test.

Confinamento

Se confrontiamo le ondate di infezione nei paesi con politiche di blocco rigorose con i paesi che non hanno imposto blocchi (Svezia, Islanda ...), vediamo curve simili. Quindi non esiste alcun collegamento tra il blocco imposto e il decorso dell'infezione. Il blocco non ha portato a un tasso di mortalità inferiore. Se guardiamo la data di applicazione dei blocchi imposti, vediamo che i blocchi sono stati impostati dopo che il picco era già terminato e il numero di casi è diminuito. Il calo non è quindi stato il risultato delle misure adottate. Come ogni anno, sembra che le condizioni climatiche (tempo, temperatura e umidità) e la crescente immunità abbiano maggiori probabilità di ridurre l'ondata di infezione.

Il nostro sistema immunitario

Per migliaia di anni, il corpo umano è stato esposto quotidianamente a umidità e goccioline contenenti microrganismi infettivi (virus, batteri e funghi). La penetrazione di questi microrganismi è impedita da un meccanismo di difesa avanzato: il sistema immunitario. Un forte sistema immunitario si basa sulla normale esposizione quotidiana a queste influenze microbiche. [Misure eccessivamente igieniche hanno un effetto dannoso sulla nostra immunità](#). Solo le persone con un sistema immunitario debole o difettoso dovrebbero essere protette da un'igiene approfondita o da un allontanamento sociale. L'influenza riemergerà in autunno (in combinazione con il Covid-19) e una possibile diminuzione della resilienza naturale potrebbe portare a ulteriori vittime. Il nostro sistema immunitario è composto da due parti: un sistema immunitario congenito, non specifico e un sistema immunitario adattativo. Il sistema immunitario aspecifico forma una prima barriera: pelle, saliva, succo gastrico, muco intestinale, cellule ciliate vibranti, flora commensale e impedisce l'attaccamento dei microrganismi ai tessuti. Se si attaccano, i macrofagi possono causare l'incapsulamento e la distruzione dei microrganismi. Il sistema immunitario adattativo è costituito da immunità della mucosa (anticorpi IgA, prodotti principalmente dalle cellule dell'intestino e dell'epitelio polmonare), immunità cellulare (attivazione delle cellule T), che può essere generata a contatto con sostanze estranee o microrganismi, e immunità umorale (IgM e anticorpi IgG prodotti dalle cellule B).

Ricerche recenti mostrano che entrambi i sistemi sono altamente intrecciati. Sembra che la maggior parte delle persone abbia già un'immunità congenita o generale, ad esempio, contro l'influenza e altri virus. Ciò è confermato dai risultati sulla nave da crociera Diamond Princess, che è stata messa in quarantena a causa di alcuni passeggeri morti di Covid-19. La maggior parte dei passeggeri era anziana e si trovava in una situazione di trasmissione ideale sulla nave. Tuttavia, il 75% non sembra essere infetto. Quindi, anche in questo gruppo ad alto rischio, la maggioranza è resistente al virus.

[Uno studio sulla rivista Cell](#) mostra che la maggior parte delle persone neutralizza il coronavirus mediante l'immunità della mucosa (IgA) e cellulare (cellule T), pur riscontrando pochi o nessun sintomo. [I ricercatori hanno trovato fino al 60% di reattività SARS-Cov-2 con le cellule T CD4 +](#) in una popolazione non infetta, suggerendo una reattività crociata con altri virus del raffreddore (corona). La maggior parte delle persone ha quindi già un'immunità congenita o crociata perché era già in contatto con varianti dello stesso virus. La formazione di anticorpi (IgM e IgG) da parte delle cellule B occupa solo una parte relativamente piccola del nostro sistema immunitario. Questo potrebbe spiegare perché, con una percentuale di anticorpi del 5-10%, potrebbe esserci comunque un'immunità di gruppo. L'efficacia dei vaccini viene valutata precisamente in base alla presenza o meno di questi anticorpi. Questa è una falsa dichiarazione. La maggior parte delle persone che risultano positive al test (PCR) non ha lamentele. Il loro sistema immunitario è abbastanza forte. Rafforzare l'immunità naturale è un approccio molto più logico. La prevenzione è un pilastro importante, non sufficientemente evidenziato: alimentazione sana e completa, esercizio all'aria aperta, senza maschera, riduzione dello stress e nutrienti contatti emotivi e sociali.

Conseguenze dell'isolamento sociale sulla salute fisica e mentale

[L'isolamento sociale e il danno economico hanno portato a un aumento di depressione, ansia, suicidi, violenza intrafamiliare e abusi sui minori. Gli studi hanno dimostrato che più le persone hanno impegni sociali ed emotivi, più sono resistenti ai virus.](#) È molto più probabile che l'isolamento e la quarantena abbiano conseguenze fatali. Le misure di isolamento hanno anche portato a inattività fisica in molte persone anziane a causa della loro costrizione a rimanere in casa. Tuttavia, un esercizio sufficiente ha un effetto positivo sul funzionamento cognitivo, riducendo i disturbi depressivi e l'ansia e migliorando la salute fisica, i livelli di energia, il benessere e, in generale, la qualità della vita. La paura, lo stress persistente e la solitudine indotti dall'allontanamento sociale hanno una comprovata influenza negativa sulla salute psicologica e generale.

Un virus altamente contagioso con milioni di morti senza alcun trattamento?

[La mortalità si è rivelata molte volte inferiore al previsto](#) e prossima a quella di una normale influenza stagionale (0,2%).²⁰ Il numero di decessi corona registrati sembra quindi ancora essere sovrastimato. C'è una

differenza tra la morte per coronavirus e la morte con coronavirus. Gli esseri umani sono spesso portatori di più virus e batteri potenzialmente patogeni allo stesso tempo. Tenendo conto del fatto che la maggior parte delle persone che hanno sviluppato sintomi gravi soffrivano di patologie aggiuntive, non si può semplicemente concludere che l'infezione corona fosse la causa della morte. Questo per lo più non è stato preso in considerazione nelle statistiche. I gruppi più vulnerabili possono essere chiaramente identificati. La stragrande maggioranza dei pazienti deceduti aveva 80 anni o più. La maggior parte (70%) dei deceduti, di età inferiore ai 70 anni, aveva un disturbo sottostante, come sofferenza cardiovascolare, diabete mellito, malattia polmonare cronica o obesità. La stragrande maggioranza delle persone infette (> 98%) non si è ammalata o non si è ammalata o si è ripresa spontaneamente. Nel frattempo, è disponibile una terapia economica, sicura ed efficiente per coloro che mostrano gravi sintomi di malattia sotto forma di HCQ (idrossiclorochina), zinco e azitromicina. L'applicazione rapida di questa terapia porta al recupero e spesso impedisce il ricovero. Quasi nessuno deve morire adesso. Questa terapia efficace è stata confermata dall'esperienza clinica di colleghi sul campo con risultati impressionanti. Ciò contrasta nettamente con la critica teorica (insufficiente fondatezza di studi in doppio cieco) che in alcuni paesi (ad esempio i Paesi Bassi) ha persino portato al divieto di questa terapia. Una meta-analisi in [The Lancet](#), che non poteva dimostrare un effetto di HCQ, è stata ritirata. [Le fonti di dati primarie utilizzate si sono rivelate inaffidabili](#) e 2 autori su 3 erano in conflitto di interessi. Tuttavia, la maggior parte delle linee guida basate su questo studio è rimasta invariata. Abbiamo serie domande su questo stato di cose. Negli Stati Uniti, un gruppo di medici sul campo, che vede i pazienti quotidianamente, si è unito in "America's Frontline Doctors" e ha tenuto una conferenza stampa che è stata seguita milioni di volte. Il professor Didier Raoult francese dell'*Institut d'Infectiologie de Marseille* (IHU) ha presentato questa promettente terapia combinata già ad aprile. Il GP olandese Rob Elens, che ha curato molti pazienti nel suo studio con HCQ e zinco, ha invitato i colleghi in [una petizione](#) per la libertà di terapia. La prova definitiva viene dal follow-up epidemiologico in Svizzera: tassi di mortalità rispetto e senza questa terapia. Dalle immagini mediche angoscianti dell'ARDS (sindrome da distress respiratorio acuto) in cui le persone stavano soffocando e ricevevano la respirazione artificiale in agonia, ora sappiamo che ciò era causato da una risposta immunitaria esagerata con coagulazione intravascolare nei vasi sanguigni polmonari. La somministrazione di fluidificanti del sangue e desametasone e l'eliminazione della ventilazione artificiale, che è stata [riscontrata causare ulteriori danni al tessuto polmonare](#), significa che anche questa temuta complicanza non è praticamente più fatale. Non è quindi un virus killer, ma una condizione ben curabile.

Propagazione

La diffusione avviene per gocciolamento (solo per pazienti che tossiscono o starnutiscono) e aerosol in stanze chiuse e non ventilate. La contaminazione non è quindi possibile all'aria aperta. Il tracciamento dei contatti e [gli studi epidemiologici](#) dimostrano che le persone sane (o portatori asintomatici testati positivamente) sono virtualmente incapaci di trasmettere il virus. Le persone sane quindi non si mettono a rischio a vicenda. Tutto ciò mette seriamente in discussione l'intera politica di allontanamento sociale e maschere orali obbligatorie per le persone sane – non c'è una base scientifica per questo.

Mascherine

Le mascherine appartengono a contesti in cui avvengono contatti con gruppi a rischio comprovati o persone con disturbi delle vie respiratorie superiori e in un contesto medico / ospedale-casa di riposo. Riducono il rischio di infezione da goccioline tramite starnuti o tosse. Le mascherine in individui sani sono inefficaci contro la diffusione di infezioni virali.

Indossare una mascherina [non è privo di effetti collaterali](#). La carenza di ossigeno (mal di testa, nausea, stanchezza, perdita di concentrazione) si verifica abbastanza rapidamente, un effetto simile al mal di montagna. Ogni giorno ora vediamo pazienti che lamentano mal di testa, problemi ai seni, problemi respiratori e iperventilazione dovuti all'uso di maschere. Inoltre, la CO₂ accumulata porta ad un'acidificazione tossica dell'organismo che influisce sulla nostra immunità. [Alcuni esperti avvertono addirittura di una maggiore trasmissione del virus](#) in caso di uso inappropriato della mascherina.

Il nostro Codice del lavoro (Codex 6) si riferisce a un contenuto di CO2 (ventilazione nei luoghi di lavoro) di 900 ppm, massimo 1200 ppm in circostanze speciali. Dopo aver indossato una mascherina per un minuto, questo limite di tossicità viene notevolmente superato a valori da tre a quattro volte superiori a questi valori massimi. [Chiunque indossi una mascherina si trova quindi in una stanza estremamente poco ventilata.](#) Pertanto, l'uso improprio di mascherine senza un file completo di test medico cardio polmonare non è raccomandato da specialisti della sicurezza riconosciuti per i lavoratori. Gli ospedali hanno un ambiente sterile nelle loro sale operatorie dove il personale indossa mascherine e c'è una regolazione precisa di umidità / temperatura con flusso di ossigeno opportunamente monitorato per compensare questo, soddisfacendo così severi standard di sicurezza.

Una seconda ondata di Coronavirus?

Una seconda ondata è ora in discussione in Belgio, con un ulteriore inasprimento delle misure di conseguenza. Tuttavia, un esame più approfondito dei [dati di Sciensano](#) mostra che, sebbene vi sia stato un aumento del numero di infezioni da metà luglio, non vi è stato alcun aumento di ricoveri ospedalieri o decessi in quel momento. Non si tratta quindi di una seconda ondata di corona, ma di una cosiddetta "chimica del caso" a causa di un maggior numero di test. Il numero di ricoveri ospedalieri o decessi ha mostrato un aumento minimo di breve durata nelle ultime settimane, ma nell'interpretarlo bisogna tener conto della recente ondata di caldo. Inoltre, la stragrande maggioranza delle vittime appartiene ancora alla fascia di popolazione > 75 anni. Ciò indica che la proporzione delle misure adottate in relazione alla popolazione attiva e ai giovani è sproporzionata rispetto agli obiettivi prefissati. La stragrande maggioranza delle persone "infette" positivamente testate appartiene alla fascia d'età della popolazione attiva, che non sviluppa alcun sintomo o si limita a sviluppare sintomi limitati, a causa del buon funzionamento del sistema immunitario. Quindi nulla è cambiato: il picco è finito.

Rafforzare una politica di prevenzione

Le misure per il coronavirus costituiscono un netto contrasto con la politica minima perseguita dal governo fino ad ora, quando si tratta di misure ben fondate con comprovati benefici per la salute come la tassa sullo zucchero, il divieto delle sigarette (elettroniche) e la produzione di cibo sano, esercizio e reti di sostegno sociale finanziariamente attraenti e ampiamente accessibili. È un'occasione persa per una migliore politica di prevenzione che avrebbe potuto portare a un cambiamento di mentalità in tutte le fasce della popolazione con evidenti risultati in termini di salute pubblica. Attualmente solo il 3% del budget sanitario è destinato alla prevenzione.

Il giuramento di Ippocrate

Come medico, abbiamo fatto il giuramento di Ippocrate: *"Mi prenderò cura soprattutto dei miei pazienti, promuoverò la loro salute e allevierò le loro sofferenze"*.

"Informerò correttamente i miei pazienti."

"Anche sotto pressione, non userò la mia conoscenza medica per pratiche che sono contro l'umanità".

Le misure attuali ci costringono ad agire contro questo giuramento. Altri professionisti sanitari hanno un codice simile. Il *"primum non nocere"*, che ogni medico e professionista della salute assume, è inoltre minato dalle misure attuali e dalla prospettiva della possibile introduzione di un vaccino generalizzato, che non è soggetto a test preventivi approfonditi.

Vaccino

Studi di indagine sulle vaccinazioni antinfluenzali mostrano che in 10 anni siamo riusciti solo tre volte a sviluppare un vaccino con un tasso di efficienza superiore al 50%. Vaccinare i nostri anziani sembra essere inefficace. Oltre i 75 anni di età, l'efficacia è [quasi inesistente](#).

A causa della continua mutazione naturale dei virus, come vediamo ogni anno anche nel caso del virus dell'influenza, un vaccino è al massimo una soluzione temporanea, che richiede ogni volta nuovi vaccini. Un vaccino non testato, che viene implementato mediante procedura di emergenza e per il quale i produttori hanno già ottenuto l'immunità legale da possibili danni, solleva seri interrogativi. Non desideriamo utilizzare i nostri

pazienti come cavie. Su scala globale, [si prevedono 700.000 casi di danno o morte a causa del vaccino](#). Se il 95% delle persone sperimenta il Covid-19 praticamente senza sintomi, il rischio di esposizione a un vaccino non testato è irresponsabile.

Il ruolo dei media e il piano di comunicazione ufficiale

Negli ultimi mesi, i produttori di giornali, radio e TV sono sembrati quasi acriticamente dietro al pannello di esperti e al governo, lì, dove è proprio la stampa che dovrebbe essere critica e impedire la comunicazione unilaterale del governo. Ciò ha portato a una comunicazione pubblica nei nostri mezzi di informazione, che era più simile a propaganda che a reportage oggettivi. A nostro avviso, è compito del giornalismo portare le notizie nel modo più obiettivo e neutrale possibile, finalizzate a trovare la verità e controllare criticamente il potere, dando anche agli esperti dissenzienti un forum in cui esprimersi. Questa visione è supportata dai codici deontologici giornalistici. La versione ufficiale secondo cui era necessario un blocco, che questa era l'unica soluzione possibile e che tutti stavano dietro a questo blocco, ha reso difficile per le persone con una visione diversa, così come per gli esperti, esprimere un'opinione diversa. Le opinioni alternative sono state ignorate o ridicolizzate. Non abbiamo assistito a dibattiti aperti sui media, dove si potrebbero esprimere opinioni diverse. Siamo stati anche sorpresi dai numerosi video e articoli di molti esperti scientifici e autorità, che sono stati e sono tuttora rimossi dai social media. Riteniamo che questo non si adatti a uno Stato costituzionale libero e democratico, tanto più che porta a una visione a tunnel. Questa politica ha anche un effetto paralizzante e alimenta la paura e la preoccupazione nella società. In questo contesto, rifiutiamo [l'intenzione di censura dei dissidenti nell'Unione europea!](#)

Anche il modo in cui Covid-19 è stato interpretato dai politici e dai media non ha giovato alla situazione. I termini di guerra erano popolari e il linguaggio bellico non mancava. Si è spesso parlato di una "guerra" con un "*nemico invisibile*" che deve essere "*sconfitto*". L'uso nei media di frasi come "*eroi della cura in prima linea*" e "*vittime del coronavirus*" ha ulteriormente alimentato la paura, così come l'idea che abbiamo a che fare a livello globale con un "*virus killer*".

Il bombardamento implacabile di cifre, che si scatenavano giorno dopo giorno, ora dopo ora, sulla popolazione senza interpretare quelle cifre, senza confrontarle con morti per influenza in altri anni, senza paragonarle a morti per altre cause, ha indotto una vera e propria psicosi di paura nella popolazione. Questa non è informazione, questa è manipolazione. Deploriamo il ruolo dell'OMS in questo, che ha chiesto che l'infodemia (cioè tutte le opinioni divergenti dal discorso ufficiale, anche da esperti con opinioni diverse) sia messa a tacere da una censura mediatica senza precedenti. Chiediamo urgentemente ai media di assumersi le loro responsabilità qui! Chiediamo un dibattito aperto in cui tutti gli esperti siano ascoltati.

Legge di emergenza contro diritti umani

Il principio generale di buon governo richiede che la proporzionalità delle decisioni del governo sia valutata alla luce degli standard legali superiori: qualsiasi interferenza da parte del governo deve rispettare i diritti fondamentali tutelati dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU). L'interferenza da parte delle autorità pubbliche è consentita solo in situazioni di crisi. In altre parole, le decisioni discrezionali devono essere proporzionate a una necessità assoluta.

Le misure attualmente adottate riguardano l'interferenza nell'esercizio, tra le altre cose, del diritto al rispetto della vita privata e familiare, della libertà di pensiero, di coscienza e di religione, della libertà di espressione e della libertà di riunione e associazione, il diritto all'istruzione, ecc. , e deve quindi rispettare i diritti fondamentali tutelati dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU).

Ad esempio, ai sensi dell'articolo 8, paragrafo 2, della CEDU, l'interferenza con il diritto alla vita privata e familiare è consentita solo se le misure sono necessarie nell'interesse della sicurezza nazionale, della sicurezza pubblica, del benessere economico del paese , la tutela dell'ordine pubblico e la prevenzione dei reati, la tutela della salute o la tutela dei diritti e delle libertà altrui, il testo normativo su cui si basa l'interferenza deve essere sufficientemente chiaro, prevedibile e proporzionato agli obiettivi perseguiti.

La prevista pandemia di milioni di morti sembrava rispondere a queste condizioni di crisi, portando alla creazione di un governo di emergenza. Ora che i fatti oggettivi mostrano qualcosa di completamente diverso, la condizione di incapacità di agire diversamente (non c'è tempo per valutare a fondo se c'è un'emergenza) non è più in atto. Il Covid-19 non è un killer virus, ma una condizione ben curabile con un tasso di mortalità paragonabile all'influenza stagionale. In altre parole, non c'è più un ostacolo insormontabile alla salute pubblica. Non esiste lo stato di emergenza.

Danni immensi causati dalle politiche attuali

Una discussione aperta sulle misure per il coronavirus significa che, oltre agli anni di vita guadagnati dai pazienti con coronavirus, dobbiamo anche prendere in considerazione altri fattori che influenzano la salute dell'intera popolazione. Questi includono [danni nel dominio psicosociale](#) (aumento della depressione, ansia, suicidi, violenza intrafamiliare e abusi sui minori) e danni economici. Se si tiene conto di questo danno collaterale, l'attuale politica è sproporzionata, il proverbiale uso di una mazza per rompere una noce. Troviamo scioccante che il governo invoca la salute come motivo per la legge di emergenza.

Come medici e operatori sanitari, di fronte a un virus che, in termini di nocività, mortalità e trasmissibilità, si avvicina all'influenza stagionale, non possiamo che rifiutare queste misure estremamente sproporzionate.

- Chiediamo quindi la fine immediata di tutte le misure.
- Mettiamo in dubbio la legittimità degli attuali esperti di consulenza, che si incontrano a porte chiuse.
- Chiediamo un esame approfondito del ruolo dell'OMS e della possibile influenza dei conflitti di interesse in questa organizzazione. Era anche al centro della lotta contro "l'infodemia", cioè la censura sistematica di tutte le opinioni dissenzianti nei media. Ciò è inaccettabile per uno Stato democratico governato dallo Stato di diritto.

Distribuzione di questa lettera

Vorremmo fare un appello pubblico alle nostre associazioni professionali e ai nostri colleghi assistenti affinché esprimano la loro opinione sulle misure attuali. Attiriamo l'attenzione e chiediamo una discussione aperta in cui i tutti possano e osino parlare. Con questa lettera aperta, inviamo il segnale che il progresso sullo stesso piano fa più male che bene e invitiamo i politici a informarsi in modo indipendente e critico sulle prove disponibili, comprese quelle di esperti con opinioni diverse, purché basata su una solida scienza – quando si elabora una politica, con l'obiettivo di promuovere una salute ottimale.

Con preoccupazione, speranza e capacità personale.

STUDIO. Il latte materno aiuta ad uccidere il virus che causa il Covid-19

1/10/20 l'AntiDiplomatico

Un team di scienziati cinesi ha verificato l'effetto del latte materno sulle cellule infettate da SARS-CoV-2. Il latte è stato raccolto nel 2017, molto prima dell'inizio della pandemia, e i tipi di cellule analizzati andavano dalle cellule renali animali ai polmoni umani e alle cellule intestinali giovani. In tutti i casi, il risultato è stato lo stesso: il latte ha ucciso la maggior parte dei ceppi viventi del virus. Nello studio pubblicato su bioRxiv emerge come il latte materno sia riuscito a "bloccare l'adesione virale, l'ingresso e la replicazione virale post-ingresso", ha spiegato il team guidato dal professor Tong Yigang della Beijing University of Chemical Technology in un articolo sul South China Morning Post. Lo studio supporta la posizione ufficiale dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) secondo cui le madri dovrebbero allattare i loro bambini anche se sono infetti da coronavirus. Va ricordato che all'inizio della pandemia si credeva che l'allattamento al seno aumentasse il rischio di trasmissione virale, quindi a Wuhan, la città in cui il virus è stato rilevato per la prima volta, i neonati sono stati separati dalle madri risultate positive. Nella loro ricerca, Tong e i suoi colleghi hanno mescolato cellule sane nel latte materno umano e successivamente hanno esposto le cellule al virus, notando che non c'era quasi nessun legame virale o ingresso nelle cellule. Il trattamento ha anche fermato la replicazione virale nelle cellule già infettate. I ricercatori hanno concluso che l'infezione potrebbe essere inibita dal latte materno, i cui

effetti soppressivi su batteri e virus come l'HIV sono già noti. Un ruolo fondamentale in questo processo è stato svolto dal siero di latte, che è stato in grado di sopprimere i ceppi virali vivi di quasi il 100%, secondo lo studio. Inoltre, gli scienziati cinesi non hanno trovato segni di danni causati dal latte materno, che ha persino "promosso la proliferazione cellulare" mentre uccideva il virus.

L'International Medical Journal pubblica lo studio sull'idrossiclorichina promosso da IppocrateOrg

01.10.2020

Mauro Rango

Fondatore Movimento Ippocrate

Il 29 Settembre 2020 è stato pubblicato sull'International Medical Journal lo studio "Recovery trial and hydroxychloroquine" promosso dal Movimento IppocrateOrg e firmato dai migliori esperti di idrossiclorochina del mondo. Questo studio, approvato dal comitato etico dell'IMJ, è un'analisi che dimostra scientificamente l'inattendibilità del Recovery Trial, la grande sperimentazione clinica promossa a Marzo 2020 dalla University of Oxford, finanziata dalla fondazione Gates e condotta in 175 ospedali del Regno Unito, il cui obiettivo è stato la ricerca di farmaci efficaci per la cura del Covid19.

Vogliamo ricordare che sulla base dei risultati a cui è giunto lo studio Recovery, l'Oms ha formalizzato la decisione di sospendere, in tutto il mondo, l'uso dell'idrossiclorochina per la cura del Covid19. Lo studio critico promosso da IppocrateOrg e dai suoi firmatari ha messo in evidenza DUE aspetti fondamentali che rimettono completamente in discussione la decisione stessa dell'OMS:

Il primo aspetto è che il Recovery Trial NON ha dimostrato che l'idrossiclorochina non funziona in prima fase di malattia.

Il secondo è che Recovery, avendo utilizzato l'idrossiclorochina a dosaggio doppio rispetto agli standard, ne ha paradossalmente dimostrato la totale sicurezza anche a tali dosaggi.

Nonostante queste evidenze, l'OMS ha continuato a contrastare l'utilizzo clinico dell'idrossiclorochina nel mondo anche per le prime fasi di malattia Covid19, contribuendo a sostenere e diffondere ingiustificate credenze sull'inefficacia dello storico farmaco.

Lo studio pubblicato lo trovate qui:

<https://www.seronijihou.com/article/recovery-trial-and-hydroxychloroquine>

Il testo in italiano lo trovate in questo articolo di Affari Italiani di oggi:

<http://www.affaritaliani.it/cronache/idrossiclorochina-oms-coronavirus-studio.html>

Nicaragua – Il Paese che non ha ingoiato la pillola blu del Covid

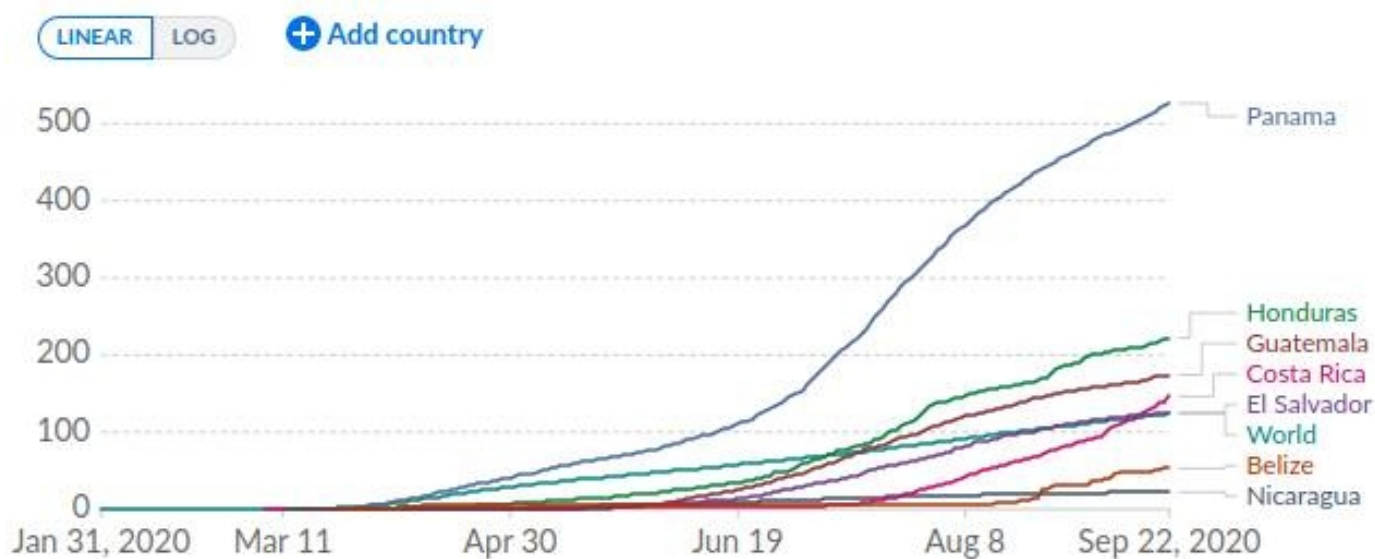
Jorge Capelán Off-guardian.org 1/10/20

Niente coprifuoco, niente serrata, niente "resta a casa", niente psicosi, niente covid-calamità. Si è parlato molto della strategia svedese sul coronavirus, ma la strategia del Nicaragua ha avuto molto più successo, con molti meno morti, nessun "salvataggio economico" per le grandi banche e solo danni limitati alle piccole e medie imprese. Nel bel mezzo della debacle economica mondiale causata dall'isteria da covid, l'impoverita Nicaragua, che ha autosufficienza alimentare, basata sulla piccola impresa, ha visto le sue esportazioni crescere di oltre il 10% negli ultimi 8 mesi perché non ha chiuso la sua economia. Proprio perché ha sostenuto la sua economia, non ha dovuto accendere enormi prestiti per far fronte all'emergenza. Il livello del debito estero rimane quindi entro un range facilmente gestibile, al di sotto del 50% del PIL. (D'altra parte, le economie dei paesi vicini come Costa Rica, El Salvador, Honduras e Guatemala, stanno soffrendo molto a causa dell'aumento del debito).

Total confirmed COVID-19 deaths per million people

Limited testing and challenges in the attribution of the cause of death means that the number of confirmed deaths may not be an accurate count of the true total number of deaths from COVID-19.

Our World
in Data



Source: European CDC - Situation Update Worldwide - Last updated 22 September, 10:35 (London time)
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Sono uscito domenica pomeriggio nel barrio dove vivo a Managua. Bar pieni di gente, anche piccoli ristoranti a conduzione familiare pieni di ospiti. Senza maschere. Il minimarket locale, che ha ancora l'insegna "ammessi-solo-clienti-con-maschera" appesa alla porta, non rifiuta più di far entrare persone senza maschera.

In Nicaragua non c'è una politica ufficiale che prevede l'uso della maschera, tranne la raccomandazione che solo i pazienti con problemi respiratori o il personale che si prende cura di loro debbano indossare le maschere. L'uso di guanti chirurgici da parte dei pazienti, invece, è fortemente sconsigliato in quanto comporta un grave rischio di contagio sia del coronavirus che di altre malattie respiratorie.

Negli ospedali e nelle unità sanitarie la maggior parte delle persone indossa le maschere, sia per precauzione che per semplice cortesia. Per il resto, negli uffici e nei negozi i prodotti per il lavaggio delle mani e i disinfettanti per le mani a base di alcool sono disponibili praticamente ovunque. Non sono state introdotte restrizioni per gli incontri pubblici e i campionati sportivi come il popolare campionato di baseball locale si sono svolti senza problemi, così come le decine di fiere locali e altre attività tradizionali che si svolgono settimanalmente. Poche attività di massa sono state cancellate a causa del Covid, soprattutto le processioni della Chiesa cattolica, in particolare le tradizionali celebrazioni di San Domenico a Managua, che durano 10 giorni, per le quali si riuniscono ogni anno migliaia di persone. La maggior parte della gente si è spostata, uscendo o andando in spiaggia come di consueto. Nelle ultime 3 settimane, secondo le autorità, un numero record di oltre 83 mila persone ha visitato il porto di Salvador Allende e il suo lungolago – un grande e popolare complesso pubblico per il tempo libero a Managua -.

Le scuole non hanno chiuso, il che è molto positivo per i bambini delle scuole del Paese, poiché forniscono un pasto nutriente al giorno a 1,2 milioni di bambini, una misura di sicurezza alimentare che contribuisce notevolmente a migliorare la salute pubblica delle famiglie di tutto il Nicaragua.

Eppure, con soli 2-3 decessi da covid-19 alla settimana nelle ultime due settimane (147 in totale al 22 settembre), il Nicaragua è di gran lunga il Paese meno colpito dell'America Centrale. Il Belize ha finora solo 19 morti, ma d'altra parte la sua popolazione è una frazione di quella del Nicaragua.

Come in Germania e in altri Paesi, il Ministero della Salute del Nicaragua fa una distinzione tra i decessi di pazienti "con covidio" e "da covidio". Cioè, una persona può essere affetta da covid-19 ma in ultima istanza muore per un attacco cardiaco acuto, mentre qualcun altro che ha il covid-19 può morire "per covid-19" a causa

di una condizione polmonare superiore tipica dei virus che causano la sindrome respiratoria acuta grave (SARS), come la SARS-CoV-2. Questa è la spiegazione ufficiale fornita dalle autorità in un libro bianco sulla risposta sanitaria pubblica del Nicaragua alla pandemia, pubblicato lo scorso maggio.

Sebbene sia stato notato un aumento della mortalità dovuta alla polmonite (la scorsa settimana sono stati segnalati il 26% di casi di polmonite in meno, ma con un aumento dell'8% dei decessi – collegati ma non direttamente causati dal covid), la situazione negli ospedali, nei centri sanitari, nelle pompe funebri e nei cimiteri è del tutto normale. Nessun crollo da nessuna parte.

Alla fine di aprile e all'inizio di maggio, quando è stata segnalata la maggior parte dei decessi covid, molte persone hanno perso conoscenti, parenti o amici con patologie, ma nemmeno allora la situazione ha raggiunto il tipo di scenari che si verificano in altri Paesi. Il sistema sanitario non si è mai nemmeno avvicinato al punto di saturazione. Nella stampa occidentale il Nicaragua è stato descritto come un paese che “non ha fatto nulla” per deviare la pandemia, il che è totalmente falso. Molto precocemente, il 21 gennaio, mentre i paesi ricchi del Nord America e dell'Europa si attardavano, il Nicaragua ha dichiarato un allarme epidemiologico nazionale. È stato il giorno dopo che le autorità cinesi hanno denunciato la terza morte del paese per covid-19. Alcune settimane dopo, il comitato nazionale di risposta al Covid del Nicaragua ha elaborato un protocollo dettagliato basato sul rafforzamento del sistema sanitario pubblico e sull'informazione della popolazione su larga scala. La strategia seguita dal governo nicaraguense si basava sull'informazione della popolazione, sulla cura degli anziani e dei fragili e sul rafforzamento del sistema sanitario pubblico, in particolare attraverso un maggiore controllo delle numerose malattie che già minacciano la popolazione come la zika, la malaria, e la chikungunya. Le normali campagne di salute pubblica non si sono mai fermate, con la disinfestazione delle aree ad alta prevalenza di zanzare e i programmi di vaccinazione annuale di routine per bambini e anziani.

Si raccomandava alla popolazione di intensificare le routine igieniche e ai gruppi ad alto rischio di evitare le folle. Ogni istituzione ha elaborato piani e protocolli per far fronte all'emergenza covid e nei complessi industriali come le zone di libero scambio sono stati concordati tra i datori di lavoro e i sindacati dei lavoratori per garantire che eventuali interruzioni della produzione non lasciassero le famiglie lavoratrici senza un reddito (fortunatamente, come si è scoperto, la maggior parte della produzione non è stata gravemente colpita dalla pandemia). Il Ministero della Salute ha assicurato fin dall'inizio la sorveglianza epidemiologica per le persone colpite da malattie epidemiche tipiche del periodo dell'anno: dengue, malaria (sia vivax che falciparum), chikungunya, zika, polmonite, tubercolosi, H1-N1, leptospirosi, malattia di chagas, oltre a garantire la cura di malattie croniche, come il trattamento del cancro, la dialisi renale o le patologie cardiologiche.

Le persone con problemi respiratori, tosse e influenza, sono oggetto di particolare attenzione e follow-up, per determinare se hanno bisogno di ulteriore monitoraggio a seconda della loro corrispondente condizione cronica: diabete mellito, malattie renali croniche, ictus, malattie ipertensive, malattie polmonari ostruttive croniche, polmonite, tra le altre. Un'iniziativa di grande successo in corso di realizzazione è il programma “My Hospital My Community”, con il quale tutti gli ospedali pubblici mobilitano le loro unità sanitarie specializzate nelle rispettive comunità per raggiungere attivamente le persone con varie patologie croniche che, per vari motivi, possono avere difficoltà a recarsi nel loro ospedale locale, tra cui le persone che hanno paura di essere affette da covid-19 se si recano in un ospedale. Come già detto, le scuole e le università sono rimaste aperte perché la formazione a distanza on-line non è un'opzione per le persone a basso reddito. Tuttavia, poiché alcuni genitori erano riluttanti a mandare i propri figli a scuola, è stata prodotta una serie di lezioni televisive appositamente studiate su tutte le materie, che sono state trasmesse sia sui canali televisivi pubblici che alla radio, in modo che i bambini potessero recuperare le lezioni perse.

Di fronte al rischio ricorrente di eruzioni vulcaniche, terremoti, uragani e di tutti i vari tipi di malattie tropicali, paesi come il Nicaragua hanno bisogno di sviluppare un sistema di routine per l'allarme tempestivo e la gestione delle emergenze, semplicemente perché questi eventi fanno parte della nostra realtà quotidiana. Il Nicaragua è tra i Paesi più minacciati dal riscaldamento globale ed è stato in grado di affrontare con semplicità e prontezza il covid in quanto ha sviluppato dal 2007 una filosofia integrale di protezione civile e di

sanità pubblica basata su un'ampia partecipazione popolare, un settore pubblico altamente operativo e un sistema addestrato e pronto ad articolare in modo coeso tutte le risorse disponibili.

Sia che si tratti di affrontare i disastri naturali o le sfide nazionali di salute pubblica, il Nicaragua nel corso degli anni ha costruito un'infrastruttura organizzativa senza pari che mobilita rapidamente migliaia di attivisti volontari e di dipendenti del settore pubblico. Quindi il covid non ha preso il paese alla sprovvista.

Nel corso degli ultimi 13 anni il Nicaragua ha conosciuto progressi drammatici. Nel 2006, prima che i sandinisti tornassero al potere, la povertà complessiva era del 48%. Oggi è del 24,6%. Il 54% delle persone non aveva elettricità. Oggi, il 98,5% ce l'ha. Il 70% non aveva acqua corrente. Oggi il 93% ce l'ha. La mortalità infantile è stata del 29 per 1000 bambini nati. Oggi è scesa a 12 su 1000 – una riduzione di oltre il 60%.

Quasi 9 nascite su 10 avvengono ora nei centri sanitari, mentre prima che la maggior parte dei bambini venisse partorita a casa. Nel 2006 il Paese aveva 2044 km di strade (solo il 30% in buone condizioni). Nel 2019 la rete stradale asfaltata era di 4590 km (tutti in buone condizioni). In questo periodo l'economia è cresciuta da 6,7 miliardi di dollari a 12,5 miliardi di dollari.

In mezzo a questo sviluppo in una regione maledetta dal neoliberismo, la salute pubblica ha avuto un ruolo centrale nelle politiche sandiniste. Fin dall'inizio, la privatizzazione dell'assistenza sanitaria è stata interrotta e retrocessa. È stato sviluppato un nuovo modello di salute preventiva, basato sulla comunità e sulla famiglia, utilizzando aree sanitarie territoriali settoriali che raggruppano comunità da 600 a 1.000 famiglie, equivalenti a 3.000-5.000 abitanti, a seconda che il settore sia rurale o urbano. In ciascuno di questi territori sono stati organizzati i cosiddetti "ambulatori per la famiglia, la comunità e la vita" che incorporano membri della società socialmente impegnati che controllano efficacemente la situazione sanitaria locale e sono in grado di affrontare non solo le questioni sanitarie e mediche, ma anche gli aspetti sociali della sanità pubblica, di particolare importanza. Ad esempio, il programma "Todos con Voz" ("Tutti con una voce") valuta la situazione complessiva di ogni persona con disabilità in una famiglia e assiste, non solo con sedie a rotelle o terapie, ma anche con il sostegno economico e la formazione per migliorare l'attività economica a disposizione di tutta la famiglia. Il programma "Amor para los más chiquitos" ("Amore per i più piccoli") promuove una migliore assistenza in famiglia per i bambini molto piccoli. Altri programmi sono volti ad aiutare le famiglie povere con bambini in età scolare, in modo che non debbano mandare i loro figli a lavorare e così via. Anche gli investimenti per la salute pubblica sono aumentati drasticamente da 32 a 70 dollari pro capite (2018). La spesa sanitaria totale è passata da 111,9 milioni di dollari a 468,6 milioni di dollari nel 2020. Nel 2006 gli operatori sanitari erano 22.083; nel 2020 sono 36.649, tra medici, infermieri e tecnici, molti dei quali hanno studiato a Cuba e in altri Paesi. Il governo sandinista ha costruito 18 nuovi ospedali e si prevede di costruirne altri 15, 6 dei quali sono già in costruzione. L'infrastruttura sanitaria totale del Paese comprende 143 centri sanitari; 1.333 posti medici; 178 case di maternità e 66 cliniche mobili – molto più avanti per popolazione dei suoi vicini centroamericani. Le autorità nicaraguensi ricevono un acceleratore lineare finanziato dal Giappone per il trattamento dei pazienti affetti da cancro. (Foto: Jeffrey Poveda)

Tutti questi investimenti hanno una forte componente tecnologica in quanto abbreviano i periodi di ricovero, in molti casi sono molto più sicuri e fanno un uso più razionale del personale sanitario disponibile. Tra i recenti investimenti ad alta tecnologia ci sono due acceleratori lineari per la cura dei tumori (uno è già stato messo in opera, uno sta per essere installato) e l'utilizzo diffuso della chirurgia laparoscopica e di altre tecniche moderne. Recentemente è stato inaugurato un laboratorio di biologia molecolare in grado di analizzare le evidenze di diverse malattie, tra cui COVID-19. Questo laboratorio è il secondo più avanzato della regione ed è stato riconosciuto dall'OMS come dotato di livello 3 di biosicurezza.

Inoltre, è stata inaugurata la fabbrica russa di medicina Mechnikov, che può produrre 12 milioni di vaccini antinfluenzali all'anno. Il farmaco cubano Interferone Alpha-2B (usato con successo per trattare i pazienti con COVID-19) dovrebbe essere prodotto in questo laboratorio, così come il vaccino russo Covid.

Tutti questi investimenti ad alta tecnologia non escludono l'uso diffuso della medicina tradizionale o naturale. È stata costruita una "Clinica del dolore" nel settore della sanità pubblica per fornire cure in agopuntura e molte

altre terapie tradizionali, e specialisti in questi trattamenti sono disponibili in molte strutture sanitarie in tutto il paese. Il Nicaragua è un paese in cui l'80% delle aziende agricole ha meno di 875 acri, lavorate da piccoli e medi produttori. È un paese in cui le piccole aziende a conduzione familiare guidano l'economia, controllando oltre il 60% del reddito disponibile, fornendo circa l'80% dell'occupazione del paese e producendo il 90% di tutto il cibo che consuma. Quindi, se da un lato non può permettersi di "chiudere" o "stare a casa", dall'altro non ha avuto bisogno di prendere "misure straordinarie" per affrontare l'emergenza covid, perché ha già un sistema immensamente resistente, progettato e sempre pronto ad affrontare ogni tipo di emergenza.

Per il Nicaragua, la "pillola blu" dell'isolamento o del "restare a casa" sarebbe stata il cianuro puro, e poiché la sua leadership da tempo ha preso la pillola rossa, è stata in grado di discernere i veri interessi dietro il falso discorso della pandemia dei paesi ricchi e la sua nascosta "grande agenda di riallestimento".

Fonte: <https://off-guardian.org/2020/09/30/nicaragua-the-country-that-didnt-swallow-the-covid-blue-pill/>

The Lancet: Covid-19 non è una pandemia, ma una sindemia di Edmondo Peralta

Il Periodista 1/10/20

"Covid-19 is not a pandemic": non una pandemia, ma una "sindemia". Per il direttore di The Lancet la gestione dell'emergenza, basata solo su sicurezza ed epidemiologia, non raggiunge l'obiettivo di tutelare la salute e prevenire i morti. Covid-19 non è la peste nera né una livella: è una malattia che uccide quasi sempre persone svantaggiate, perché con redditi bassi e socialmente escluse oppure perché affette da malattie croniche, dovute a fenomeni eliminabili se si rinnovassero le politiche pubbliche su ambiente, salute e istruzione. Senza riconoscere le cause e senza intervenire sulle condizioni in cui il virus diventa letale, nessuna misura sarà efficace. Nemmeno un vaccino

«All'avvicinarsi della quota di un milione di morti nel mondo, dobbiamo ammettere di aver adottato un approccio troppo limitato per gestire questa epidemia».

Esordisce così nel suo ultimo editoriale **Richard Horton, direttore** della celebre rivista scientifica **The Lancet**, tra le cinque più autorevoli al mondo. Horton in passato aveva sostenuto la necessità di un lockdown più tempestivo e localizzato (come [alcuni studi](#) riportati dal *Corriere della Sera* suggeriscono) in Italia e in altri Paesi come la Gran Bretagna.

Ora non lesina **critiche alla gestione dell'emergenza**, vista unicamente come **securitaria ed epidemiologica**.

E puntualizza: **non siamo in presenza di una pandemia, ma di una sindemia**.

« Abbiamo ridotto questa crisi a una mera malattia infettiva. Tutti i nostri interventi si sono concentrati sul taglio delle linee di trasmissione virale. La "scienza" che ha guidato i governi è composta soprattutto da epidemiologi e specialisti di malattie infettive, che comprensibilmente inquadrano l'attuale emergenza sanitaria in termini di peste secolare. Ma ciò che abbiamo imparato finora ci dice che la storia non è così semplice. Covid-19 non è una pandemia. È una sindemia».

Non chiamiamola pandemia, ma sindemia

I governi sarebbero colpevoli di aver trascurato la vera natura di Covid-19, soprattutto ora, a nove mesi dallo scoppio dell'emergenza. **Cos'è una sindemia?** A differenza della pandemia, che indica il diffondersi di un agente infettivo in grado di colpire più o meno indistintamente il corpo umano con la stessa rapidità e gravità ovunque, **la sindemia implica una relazione tra più malattie e condizioni ambientali o socio-economiche. L'interagire tra queste patologie e situazioni rafforza e aggrava ciascuna di esse. Questo nuovo approccio alla salute pubblica** è stato elaborato da Merril Singer nel 1990 e fatto proprio da molti scienziati negli ultimi anni. Consente di studiare al meglio l'evoluzione e il diffondersi di malattie lungo un contesto sociale, politico e storico, in modo di evitare l'analisi di una malattia senza considerare il contesto in cui si diffonde.

Per intenderci, **chi vive in una zona a basso reddito o altamente inquinata, corre un maggior rischio di contrarre tumori, diabete, obesità o un'altra malattia cronica**. Allo stesso tempo, la maggiore probabilità di

contrarre infermità fa salire anche le possibilità di non raggiungere redditi o condizioni di lavoro che garantiscano uno stile di vita adeguato, e così via, in un circolo vizioso.

La sindemia è quel fenomeno, osservato a livello globale, **per cui le fasce svantaggiate** della popolazione **risultano sempre più esposte alle malattie croniche** e allo stesso tempo **sempre più povere**.

«Ci sono due categorie di malattie in circolazione al momento: insieme al Covid-19, abbiamo una serie di patologie croniche non trasmissibili (MNT). Entrambe colpiscono determinati gruppi e settori della società».

Le malattie non trasmissibili e status sociale, i protagonisti dell'epidemia

Horton si riferisce a **obesità, diabete, malattie cardio-vascolari e respiratorie**. E al cancro. Il numero delle persone affette da queste patologie è in crescita in tutto il mondo. I **deceduti positivi al coronavirus** (più precisamente al "Sars-CoV-2") presentano caratteristiche e condizioni di salute particolari, che sempre più spesso sono correlate a determinate aree geografiche o classi sociali svantaggiate. **«Parlare solo di comorbilità è superficiale»**, ammonisce lo scienziato.

Se i programmi per contrastare il coronavirus non terranno in conto fenomeni come la crescita dell'**inquinamento, degli effetti della povertà** sulla salute psico-fisica e della mancanza di **investimenti in sanità pubblica** - conclude l'editoriale - questi programmi saranno **fallimentari**, perché non garantiranno **mai** la salute di tutti. E nemmeno la ricchezza, se consideriamo che **l'obesità da sola** provoca perdite triliardarie al prodotto interno lordo mondiale. Alcuni Stati, per esempio, nonostante le pressioni delle lobby alimentari, sono riusciti a mettere a punto alcune **leggi contro il "cibo spazzatura"**, allontanato quantomeno dalle mense scolastiche e dagli istituti. In Messico la popolazione ha volontariamente ridotto il proprio consumo di zucchero dopo solo due anni dalla riforma.

Pochi investimenti in ambito sanitario, mirati ed efficaci, destinati al miliardo di abitanti più povero del pianeta, potrebbero evitare la morte prematura di 5 milioni di persone, cioè cinque volte tanto i deceduti positivi al coronavirus. E la cifra potrebbe crescere, se si considerano anche gli eventuali contagiati da Covid-19, esposti automaticamente a un rischio di morte maggiore in presenza di malattie croniche non trasmissibili.

Il virus non è uguale per tutti, certifica Istat

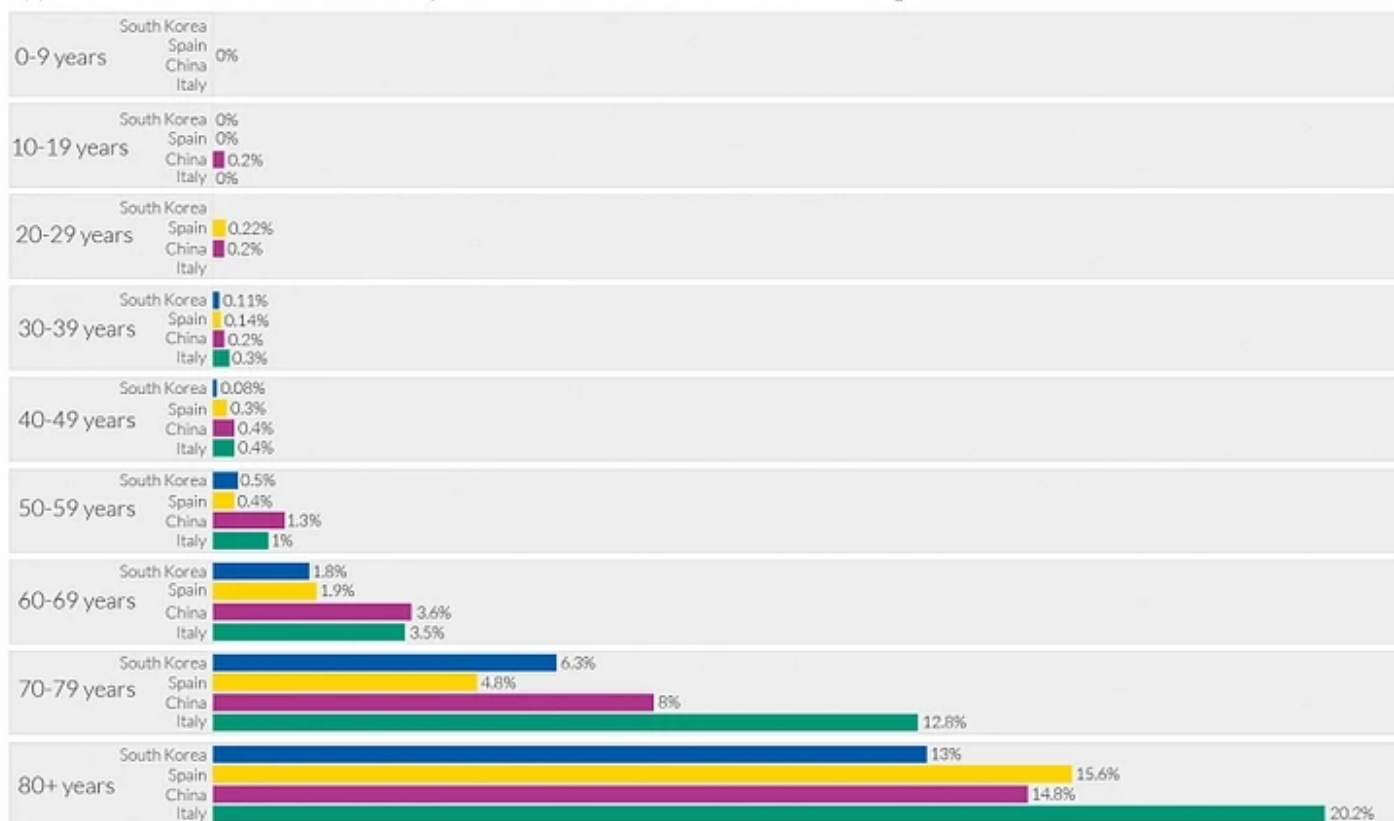
È ormai evidente a tutti che il coronavirus non è una livella. Salvo casi rari (nell'ordine di uno su mille-diecimila, a seconda dell'età, come si può rilevare ponderando con i contagi stimati il tasso di mortalità grezzo, basato invece solo sul rapporto morti/casi confermati) risparmia la vita dei giovani, di chi è in buona salute e di chi ha la possibilità di ricevere cure tempestive ed efficaci.

Coronavirus: case fatality rates by age

Case fatality rate (CFR) is calculated by dividing the total number of confirmed deaths due to COVID-19 by the number of confirmed cases.

Two of the main limitations to keep in mind when interpreting the CFR:

- (1) many cases within the population are unconfirmed due to a lack of testing.
- (2) some individuals who are infected will eventually die from the disease, but are still alive at time of recording.



Note: Case fatality rates are based on confirmed cases and deaths from COVID-19 as of: 17th February (China); 24th March (Spain); 24th March (South Korea); 17th March (Italy).

Data sources: Chinese Center for Disease Control and Prevention (CDC); Spanish Ministry of Health; Korea Centers for Disease Control and Prevention (KCDC).

Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. JAMA.

OurWorldinData.org - Research and data to make progress against the world's largest problems.

Licensed under CC-BY by the authors Hannah Ritchie and Max Roser.

(Grafico - Il tasso di mortalità va ricalcolato alla luce dei dati sui reali contagi. Nelle zone più colpite, dove si trova il 70% dei morti, si stimano oltre il decuplo di 'positivi occulti/sommersi', mai comparsi nei bollettini. Le stesse zone presentano tassi d'inquinamento tra i più alti d'Europa)

Il particolare svantaggio dei ceti meno abbienti e istruiti è stato certificato dalle analisi sui morti condotte negli Stati Uniti e in America Latina, dove decessi e contagi risultano prevalenti tra comunità afroamericane e minoranze. E anche dai dati dell'Istituto nazionale di statistica italiano: a partire dai mesi primaverili del 2020 è stato registrato un aumento dell'incidenza della mortalità tra le persone meno istruite rispetto a quelle più istruite. Nelle donne, il divario porta alla situazione per cui ogni 4 decedute meno istruite ne muoiono 3 con un grado di istruzione superiore, riporta l'Istat. Le misure restrittive decise dai governi inoltre possono creare un vero e proprio circolo vizioso che riduce i redditi già bassi, diminuendo contemporaneamente condizioni di lavoro e aspettative di vita dei più deboli. Lo schema qui sotto, [elaborato](#) dall'epidemiologo Giuseppe Costa e dal ricercatore dell'Università di Torino Michele Marra, mette in luce alcuni esempi di queste dinamiche.

Tabella 1. Motivi di salute disuguale in corso di pandemia

<i>Quando l'infezione può avere disuguali conseguenze dirette di salute</i>	Esposizione disuguale al rischio di infezione
	Quando le disuguali condizioni di salute pre-esistenti predispongono alle conseguenze della COVID-19
	Quando le disuguali barriere all'accesso e all'uso di risposte sanitarie alla COVID-19 di buona qualità limitano il successo della prevenzione e della cura
<i>Quando l'infezione può avere disuguali conseguenze indirette di salute</i>	Disuguale impatto del rinvio di cure per problemi di salute non COVID-19)
	Disuguale impatto della mancata ricerca di aiuto in caso di bisogno a causa della percezione del rischio e della paura di contagio
<i>Quando la pandemia e la risposta delle politiche possono avere disuguali conseguenze sui determinanti sociali di salute</i>	Disuguale impatto del lockdown sui determinanti sociali di salute
	Disuguale capacità di adattarsi alle sfide e alle opportunità dell'isolamento
	Disuguale impatto del lockdown scolastico
	Disuguale impatto di lockdown a livello di comunità locale
	Disuguale impatto del lockdown sulla assistenza sociale
	Disuguale impatto dell'esperienza di malattia sulla mobilità sociale discendente

Le cause non riconosciute

L'exploit di malattie cardio-circolatorie e respiratorie è ben noto ma non sottolineato dai decisori pubblici, né interpretato come un problema prioritario-urgente nelle politiche di prevenzione sanitaria. In Europa un deceduto ogni sette, in termini assoluti, è legato all'inquinamento dell'aria, in particolare a quello causato dalle polveri sottili e al diossido di azoto. Le soglie limite fissate dall'Organizzazione mondiale della sanità secondo molti scienziati sarebbero inadeguate e non garantirebbero la salute della popolazione esposta all'inquinamento. E l'Unione europea consente tassi d'inquinamento più che doppi rispetto a quelli consigliati dall'Oms. Tutto ciò dopo che dal 2009 al 2016 diverse case automobilistiche hanno prodotto e messo in circolazione veicoli che emettevano fino a 40 volte i contaminanti consentiti dalla legge. Era il *dieselgate*.

Dalla scoperta delle emissioni delle auto 'taroccate', la legislazione ha spesso tollerato le discrepanze tra i gas emessi realmente in strada e quelli dichiarati dopo i test 'farlocchi' condotti nelle officine. Dal 2015 non è stato varato un nuovo test valido e sempre efficace, ma il nuovo protocollo presentava numerose eccezioni. Lo stop alle vendite dei modelli di auto con emissioni falsificate è arrivato solo a fine 2018. Nel frattempo sono state emanate clausole di tolleranza - ancora in vigore - per consentire differenze fino a oltre il doppio tra le reali emissioni dei veicoli e quelle dichiarate permesse dalla legge, anche dopo il *dieselgate*. Insomma, eradicare le polveri sottili e il diossido di azoto - e i decessi che causano - non sembra un'urgenza. Diversi studi, inoltre, evidenziano anche i gravi effetti dell'inquinamento acustico, che nei grandi centri abitati è responsabile di morti premature per malattie cardio-circolatorie. Poi c'è il **diabete: un terzo dei morti positivi al coronavirus** in tutto il mondo conviveva con questa malattia. Il numero di malati è in crescita esponenziale in Italia, nei Paesi europei, ovunque: colpisce circa tre volte di più le fasce della popolazione a basso reddito e preoccupa la sua diffusione tra i giovanissimi. Circa il 10% della popolazione ha il diabete, che uccide 20mila persone all'anno soltanto in Italia. Anche l'**obesità** cresce di pari passo. Per quanto riguarda i **tumori**, alla situazione preesistente in cui i più poveri sopravvivono decisamente meno dei più ricchi, si aggiunge l'enorme mole di esami e

screening sospesi e rinviati per colpa dei "lockdown". I dati parlano di oltre 5 milioni di esami non eseguiti, con possibili conseguenze drammatiche su futuri aumenti di mortalità.

Cambiare prospettiva

I governi dovrebbero quindi realizzare che siamo di fronte a un fenomeno epocale, e questo fenomeno epocale non è il virus, o meglio, non da solo. Il coronavirus ha dato il "colpo di grazia" a un trend già segnato. Nel 2019, la stessa *The Lancet*, [avvertiva](#): obesità, inquinamento e cambiamento climatico stanno cominciando a interagire tra loro e questa interazione costituisce una nuova minaccia per la salute globale. «*Il cambiamento climatico e gli eventi meteorologici estremi provocheranno ulteriore malnutrizione e insicurezza alimentare. Il fenomeno potrà influire sui prezzi, soprattutto di frutta e verdura. Aumenterebbe così il consumo di alimenti industriali*», certamente poco salutari e quindi pericolosi per la salute pubblica.

Mortalità in crescita anche in era pre-Covid

Per quanto riguarda l'Italia, **nel 2015 e nel 2017 si sono registrati dei veri e propri boom di mortalità**, che scienziati e statistici non sono riusciti a spiegare del tutto. Complici sono stati l'influenza, l'ondata di calore del luglio 2015 e l'invecchiamento della popolazione, ma la cifra totale non si spiega soltanto con queste cause. Diverse le ipotesi: dai tagli alla spesa pubblica all'inquinamento, fino alle crescenti disuguaglianze. La **Spagna**, uno dei Paesi più colpiti dal virus, **dal 2012 ha sofferto un epocale aumento di mortalità**, oggetto di studio di una Commissione nazionale nominata ad hoc e di un lungo dibattito sulle reali cause di questo boom. Le conclusioni del direttore di *The Lancet*, **Richard Horton**, sono perentorie:

*«La conseguenza più importante di inquadrare Covid-19 come una **sindemia** è sottolineare le sue **origini sociali**».*

«A meno che i governi non riconoscano questi problemi ed elaborino politiche e programmi per invertire le profonde disparità, le nostre società non saranno mai veramente al sicuro da Covid-19».

*«La vulnerabilità dei cittadini più anziani, delle comunità nere, asiatiche e delle minoranze etniche, e dei lavoratori di servizi essenziali mal pagati e senza protezioni sociali, mostra una verità finora appena riconosciuta: non importa quanto efficace sia la protezione fornita da un vaccino o da un farmaco. **Una soluzione puramente biomedica al Covid-19 fallirà**».*

- [QUI il link](#) all'editoriale completo.

- [il report](#) sulla sindemia globale del 2019.

Sul Covid e i vaccini transgenici

Silvia Ribeiro

03 Ottobre 2020

La narrazione tossica che alimenta da tempo le ossessive semplificazioni ansiose di etichettare (“complottisti”, “catastrofisti ambientali”, “negazionisti”, “adoratori acritici della scienza”, “no-vax” e un lungo eccetera), insieme al dilagare del trollismo da stadio sui social, hanno reso particolarmente difficile in Italia parlare di vaccini. La situazione si è naturalmente aggravata con la pandemia del Covid-19 e l’ansia messianica per una “soluzione finale” che farebbe finalmente tirare un sospiro di sollievo alle popolazioni stremate. D’altra parte, i media ci raccontano una specie di surreale corsa dei cavalli tra gli Stati per arrivare primi al traguardo sospirato con relativo sventolio di bandiere e orgoglio nazionale. Di contro, con molta meno enfasi, ogni tanto qualcuno ricorda che la ricerca scientifica sta ancora cercando un vaccino per l’AIDS, che dal 1981 ha provocato almeno 25 milioni di morti nel pianeta. Silvia Ribeiro – che vive in Messico e dirige la sezione latinoamericana di ETC Group, un gruppo di ricercatori indipendenti che ha sedi in tutto il Nordamerica e da un quarto di secolo monitora l’impatto delle tecnologie emergenti e delle strategie delle corporation sulla biodiversità, l’agricoltura e i diritti umani – ci mette in guardia sui rischi che comporta una ricerca sottoposta in modo così violento alla competizione e all’accelerazione dei tempi, sia dalle ragioni del business che da quelle geopolitiche. Il pericolo di valutare solo reazioni a breve a termine è reale e rilevante. Si stanno sviluppando a un ritmo accelerato vaccini altamente sperimentali, per la maggior parte transgenici, con

meccanismi d'azione nel nostro corpo sui quali ci sono grandi incertezze e molti rischi, scrive Ribeiro. Per le multinazionali impegnate nella sfrenata competizione, aggiunge, è naturalmente un'insolita fortuna poter sperimentare in modo massiccio, con copertura e denaro pubblico, tecnologie simili alle terapie geniche nell'uomo, la cui ricerca era stata limitata in via precauzionale dopo aver causato inizialmente gravi danni e persino alcuni casi di morte

Il persistere della pandemia di Covid-19 ha scatenato una corsa sfrenata per arrivare a un vaccino, cioè l'approccio più ristretto. Le epidemie sono sempre un momento di crescita per la vorace industria farmaceutica, iper-concentrata in 20 grandi multinazionali che controllano la maggior parte del mercato globale e che non sono interessate alla salute, ma ai loro profitti (si veda: "L'industria della malattia").

Queste imprese colgono l'opportunità dovuta al fatto che i governi, sollecitati a trovare una rapida via d'uscita dallo stato di crisi pandemica e di stanchezza della popolazione, sono disposti a conferire loro enormi risorse pubbliche – denaro, conoscenze e strutture pubbliche – e ad allentare le norme e la valutazione della sicurezza dei vaccini. Si stanno sviluppando ad un ritmo accelerato vaccini altamente sperimentali, per la maggior parte transgenici, con meccanismi d'azione nel nostro corpo sui quali ci sono grandi incertezze e molti rischi. Per le multinazionali, è un'insolita fortuna poter sperimentare in modo massiccio, con copertura e denaro pubblico, tecnologie simili alle terapie geniche nell'uomo, la cui ricerca è stata limitata dopo aver causato inizialmente gravi danni e persino casi di morte (si veda ad esempio il caso di Jesse Gelsinger).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, al 9 settembre c'erano 35 vaccini per il Covid-19 a livello di studi clinici (in fase da 1 a 3 di sperimentazione sull'uomo) e 145 a livello di studi pre-clinici. Dei primi 35 sottoposti a sperimentazione, 17 si basano su tecniche di ingegneria genetica non testate in precedenza sugli esseri umani. Questi vaccini transgenici hanno adottato per lo più tre approcci: uno che utilizza un plasmide (piccola molecola circolare di DNA) come vettore per introdurre DNA nelle nostre cellule, un secondo che introduce RNA direttamente nelle cellule, e un terzo che introduce DNA per mezzo di un virus, che a sua volta è stato geneticamente modificato in modo che non possa replicarsi.

I vaccini convenzionali si basano sull'inserimento di un virus morto o attenuato (che presumibilmente non infetta), il quale provoca una reazione del sistema immunitario che in tal modo impara a riconoscere quel tipo di virus e previene future infezioni. I vaccini transgenici invece introducono DNA o RNA estraneo nel nostro organismo, dove essi codificano per creare una proteina simile a quelle del SARS-CoV2, utilizzando le nostre risorse cellulari, ad esempio, per creare una proteina S o spike (le spine che formano una corona nel virus). Se la cosa funzionasse, questa proteina verrebbe riconosciuta come estranea dal nostro sistema immunitario, che produrrebbe anticorpi per prevenire future infezioni.

La modalità d'azione di questi vaccini di fatto ci rende transgenici, almeno temporaneamente, perché non si tratta di una proteina estranea alla quale il nostro sistema reagisce (come i precedenti vaccini), ma di una manipolazione del nostro organismo per creare il presunto nemico da attaccare.

Nel terzo gruppo di vaccini transgenici (vettori virali non replicanti) si trovano, tra gli altri, quelli di Johnson e Johnson (Stati Uniti), CanSino Biologics (Cina) e Sputnik V (Russia), tre imprese a cui il Messico si è impegnato a fornire volontari per la sperimentazione umana in fase tre. Su questa tecnica si basa anche il vaccino in fase di sviluppo di AstraZeneca, alla cui produzione di massa parteciperanno l'Argentina e il Messico, finanziati in parte dalla Fondazione Carlos Slim. Il governo messicano ha anche concordato di partecipare alla terza fase di sperimentazione con Walvax, Cina, che sta sviluppando un vaccino transgenico a base di RNA, e con la società Sanofi-Pasteur, che sta sviluppando un altro tipo di vaccino, basato sull'introduzione di piccoli frammenti (subunità) di proteine.

Come segnalano esperti di vaccini e biologi molecolari, ci sono seri rischi con questi prodotti transgenici. Per esempio, una volta introdotto il DNA o l'RNA nelle nostre cellule per creare la proteina S, non è chiaro come si arresterà la produzione di quell'antigene o quale effetto avrà sulle cellule la presenza continua del DNA/RNA sintetico, che per di più, nel caso delle cellule in cui si inserisce DNA, viene introdotto con un promotore genico molto attivo. Inoltre non è chiaro quali cellule saranno colpite, ben oltre le cellule bersaglio, se le

proteine o il DNA introdotti entrano nel sistema circolatorio e raggiungono altri organi. I recettori ACE2, che sono quelli che permettono alle proteine S di entrare nelle cellule, esistono nei reni, nei polmoni e nei testicoli, il che potrebbe provocare gravi risposte infiammatorie, reazioni autoimmuni o altri effetti sconosciuti. In esperimenti sugli animali, vaccini transgenici di questo tipo hanno prodotto gravi processi infiammatori e quella che viene chiamata risposta paradossale: l'organismo attacca altri virus presenti nel nostro corpo (tutti noi esseri viventi conviviamo in modo naturale con virus e batteri), producendo infiammazione e altri sintomi nocivi. I tempi di valutazione dei vaccini che si stanno elaborando non prevedono che si prenda in considerazione qualcosa di più dei rischi a breve termine, ma le reazioni avverse possono insorgere più avanti nel tempo, per cui i processi di approvazione dei vaccini richiedono diversi anni, cosa che ora non viene presa in considerazione. Nello stesso tempo, non vengono intraprese le azioni necessarie per intervenire sulle cause delle pandemie – dal sistema alimentare industriale alla distruzione della biodiversità (si veda: “Gestando la próxima pandemia”), anche se ci sono molteplici segnali d'allarme di altre pandemie in vista. Sembra che si tratti del più grande esperimento transgenico di massa sugli esseri umani, e chi ci guadagnerà sono le transnazionali farmaceutiche, che traggono profitto dalle cause e dalla continuazione delle pandemie.
Fonte: “Covid y vacunas transgénicas”, in La Jornada, 12/09/2020.

Mascherine obbligatorie all'aperto? Non ci sono i presupposti scientifici

Redazione AsSIS | 6 Ott 2020

Apprendiamo con sconcerto che il prossimo DPCM potrebbe disporre l'obbligo di uso continuativo di mascherine anche all'aperto. La decisione ha subito un'accelerazione in pochi giorni senza che la situazione epidemiologica nazionale lo giustifichi e senza che sul tema si sia sviluppato un serio dibattito scientifico, basato sulle prove oggi disponibili.

La posizione del Governo italiano (ispirata alle indicazioni OMS) è stata sinora ragionevole: obbligo di protezioni delle vie respiratorie, anche lavabili, in luoghi chiusi accessibili al pubblico compresi i mezzi di trasporto, e comunque quando non si possa garantire il mantenimento della distanza di sicurezza. In proposito l'OMS precisa utilmente “per un periodo consistente”, poiché l'avvicinamento fugace all'aperto di un soggetto anche infetto non configura rischi particolari. [NB: autorità politiche e sanitarie indicano in genere il tempo di ~15' perché il rischio di trasmissione da “contatto stretto” abbia ragionevoli possibilità di concretizzarsi, e l'app Immuni è impostata per segnalare un rischio di contagio in base a questa tempistica].

Riteniamo che tale posizione andrebbe mantenuta e fatta rispettare, senza forzature, nell'interesse della salute e della credibilità delle istituzioni, oltre al messaggio di non soffermarsi oltre al necessario in luoghi chiusi frequentati e poco ventilati. Purtroppo l'assenza di dibattito scientifico sul tema ha portato a vivere le mascherine in modo unilaterale come “*un piccolo discomfort per ottenere grandi benefici individuali e collettivi*”. Invece le prove disponibili mostrano che sono *un compromesso* anche per la salute, da spingere solo fin dove sia chiaro che i benefici sanitari prevalgono sui danni.

Oltre agli effetti protettivi delle maschere, indiscutibili in condizioni di alto rischio, [l'OMS indica 11 potenziali danni o svantaggi](#) delle maschere, ma non segnala quello che può essere il maggiore, a carico di infetti da SARS-CoV-2 non di rado inconsapevoli, perché a-/pre- o pauci-sintomatici (v. <https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m2003.full.pdf> e <https://repo.epiprev.it/index.php/download/mascherine-chirurgiche-in-comunita-allaperto-prove-di-efficacia-e-sicurezza-inadeguate/>).

Infatti la resistenza all'espiazione di una maschera tenuta a lungo aumenta la ri-inalazione dei propri virus, in un circolo vizioso che aumenta la carica, che può così raggiungere gli alveoli, dove le difese immunitarie innate sono carenti. Lì il virus si può moltiplicare molto e quando, a 10-12 giorni dall'infezione, arrivano gli anticorpi delle difese adattative, trovando grandi quantità di virus scatenano una violenta infiammazione e possono aggravare la Covid-19.

Le revisioni sistematiche hanno finora identificato un solo RCT sull'efficacia delle maschere (soprattutto) all'aperto nel prevenire infezioni respiratorie, in pellegrini Australiani alla Mecca, e il bilancio netto per i gruppi randomizzati a indossarle è stato in tendenza sfavorevole. In attesa prove ulteriori, una corretta applicazione del principio di precauzione dovrebbe sconsigliare di norma l'uso di mascherine all'aperto, salvo per brevi periodi dove sia inevitabile restare a meno di un metro da altri per tempi non trascurabili.

Si chiede dunque di evitare obblighi non supportati da prove scientifiche né da un ragionamento bilanciato, auspicando invece l'apertura di un ampio dibattito che consideri le migliori prove oggi disponibili e programmi le ulteriori ricerche necessarie.

Ciò non mette in discussione l'opportunità di mantenere le distanze fisiche (e l'igiene delle mani), e di non derogare a questa regola chiave per periodi consistenti.

In generale le misure di sanità pubblica, ancor più se vincolanti, andrebbero precedute da ricerche valide (studi randomizzati controllati pragmatici, o studi con disegni assimilabili) indipendenti, che stabiliscano un equilibrato bilancio netto tra benefici attesi e possibili danni.

- *Alberto Donzelli, Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva e Scienza dell'Alimentazione, già Direttore Servizio Educazione Appropriata ed EBM ex ASL Milano – Consiglio Direttivo e Comitato Scientifico Fondazione Alineare Sanità e Salute*
- *Donato Greco, Medico specialista in Malattie Infettive e Tropicali, Igiene e Medicina Preventiva e Statistica Sanitaria, già Direttore Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità e poi Direttore Generale Prevenzione Sanitaria Ministero Salute*
- *Adriano Cattaneo, Medico Epidemiologo, già Ricerca su Servizi Sanitari e Salute Internazionale, Centro Collaboratore OMS per Salute Materno Infantile, Istituto per l'Infanzia, Trieste – membro Gruppo di Coordinamento NoGrazie*
- *Fiorella Belpoggi – Direttrice Scientifica –Istituto Ramazzini – Bologna*
- *Paola Zambon, Medico specialista in Medicina del Lavoro e in Allergologia, già Direttore Registro Tumori Veneto, ricercatore senior Università Padova, membro del Comitato Scientifico ISDE Italia*
- *Antonio Bonaldi, Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva, già Direttore sanitario di Aziende Ospedaliere/Universitarie (Verona, ICP Milano, Monza, Bergamo)*
- *Monica Sutti, Medico di Medicina Generale, specialista in Medicina Interna, Presidente della Fondazione Alineare Sanità e Salute*

Il Premio Nobel inventore del tampone (PCR): “Non ti dice che sei malato” David James

Off-guardian.org 6/10/20

In media mainstream hanno fatto di tutto per far finta che questo non sia mai successo, ma a quanto pare è successo.

Ci sono state molte polemiche sulle affermazioni secondo cui Kary Mullis, il creatore della tecnologia PCR che viene ampiamente utilizzata per testare i cosiddetti “casi” di COVID-19, non credeva che la tecnologia fosse adatta a rilevare una presenza significativa di un virus. Coloro che hanno fatto queste [affermazioni](#) sono stati attaccati e “*fact-checked*” (ritenuti inopportuni dai propagandisti) dalle [testate giornalistiche che sostenevano che i commenti](#) di Mullis erano stati presi fuori contesto. Così, [quando un video viene fuori con Mullis che parla dell'efficacia della tecnologia](#), vale la pena di prestare molta attenzione a ciò che dice. È morto l'anno scorso, quindi è il miglior “*fact check*” disponibile. Nel video, Mullis parla dell'AIDS. Per prima cosa si occupa di una critica da parte del pubblico, secondo cui la tecnologia PCR viene usata in modo improprio [timestamp – 48:40].

Non credo che si possa abusare della PCR, dei risultati, della sua interpretazione, se riescono a trovarti questo virus – e con la PCR, se lo fai bene, puoi trovare quasi tutto in chiunque.

Mullis non dice esplicitamente che la tecnologia PCR non è adatta a rilevare una presenza significativa di COVID-19. Come potrebbe, visto che è morto prima che venisse alla luce? Ma una tale conclusione può essere tranquillamente dedotta:

Questa cosa comincia a farti credere in una sorta di concetto buddista pre cui tutto è contenuto in tutto il resto. Se si può amplificare una singola molecola fino a qualcosa che si può davvero misurare, cosa che la PCR può fare, allora ci sono solo pochissime molecole di cui tu non ne abbia almeno una nel tuo corpo.

Mullis affronta poi la questione di ciò che dovrebbe essere considerato significativo, che è la questione centrale con l'uso dei test PCR. Hanno davvero un significato i numeri dei "casi" utilizzati in tutto il mondo dai governi per imporre stati di polizia e un blocco massiccio della popolazione, soprattutto nel mio stato, Victoria, in Australia? La risposta sembra essere "no":

Si potrebbe pensare a questo come a un uso improprio: sostenere che [un test PCR] è significativo. Ti dice qualcosa sulla natura e su ciò che c'è. Testare quell'unica cosa e dire che ha un significato speciale è, credo, il problema. La sua misurazione non è esatta; non è buona come quando si contano le mele. I test si basano su cose che sono invisibili e i risultati sono dedotti in un certo senso. Permette di prendere una quantità minuscola di qualsiasi cosa, di renderla misurabile e poi di parlarne.

Mullis affronta anche, implicitamente, un'altra domanda sull'incidenza dei "casi". Se il vostro test è positivo – e la [Therapeutic Goods Administration](#) australiana ha ammesso di non sapere se questo significa che siete infetti o meno – siete effettivamente malati? In passato questo è ciò che la parola "casi" ha significato: qualcuno malato a causa di una malattia. La posizione di Mullis è chiara [corsivo aggiunto – timecode 51:49]:

La PCR è solo un processo che permette di fare un sacco di cose partendo da qualcosa. Non ti dice che sei malato, o che la cosa che ti è capitata ti può fare del male o qualcosa del genere.

I commenti di Mullis non sono sorprendenti per chiunque abbia prestato attenzione al comportamento delle autorità durante la catastrofe del COVID-19. La tecnologia si basa sull'amplificazione dei risultati molte volte. Se [vengono amplificati meno di 35 volte](#), nessuno risulterà positivo. Se vengono amplificati 60 volte, tutti risulteranno positivi. La falla nel ragionamento è abbastanza ovvia. Perché c'è un tale sforzo per silenziare chiunque esponga problemi con l'uso della tecnologia? Non c'è dubbio che questi attacchi sono progettati per ingannare (compreso l'uso prevedibile di quella scadente frase ad hominem "teoria della cospirazione", un trucco retorico per insultare le persone piuttosto che affrontare le loro argomentazioni).

Guardate bene il "*fact-check*". L'articolo di Reuters usa un misto di un'argomentazione da uomo di paglia e una falsa pista. Afferma che era sbagliato affermare che Mullis ha detto questo: "I test PCR non sono in grado di rilevare alcun virus infettivo libero". Si tratta ovviamente di una falsa rappresentazione deliberata, intesa a caratterizzare erroneamente l'argomentazione degli avversari per poi "smascherarla" come falsa.

Poi si arriva alla fregatura. L'articolo della Reuters lo sostiene: "La citazione è in realtà tratta da un articolo scritto da John Lauritsen nel dicembre 1996 sull'HIV e l'AIDS, non da COVID-19 ([qui](#))". Un bel trucco. Affermare che i tuoi avversari hanno sbagliato le loro fonti, e poi respingerli a causa delle loro scarse ricerche. È trasparentemente non veritiero, ma perché queste notizie spingono una tale propaganda?

In un certo senso, si potrebbe dire che è tutto come al solito. Per quelli di noi che hanno lavorato nelle redazioni, soprattutto nella finanza e negli affari, essere sottoposti a propaganda è una cosa di routine come le tazze di caffè quotidiane. Le tecniche sono infinite: menzogne, fatti fuorvianti ma veri, mezze verità, quarti di verità, mancanza di contesto, mancanza di memoria aziendale, gergo ingannevole, false statistiche, pressioni da parte di organizzazioni di astro-turf, minacce di azioni legali, minacce di lamentarsi con l'editore o il proprietario, minacce di rimozione dell'accesso a fonti importanti, promesse di ottenere il primo accesso a storie importanti, sottili richieste di assistenza da parte di ex colleghi e, naturalmente, i miei preferiti – pranzi gratuiti in ristoranti costosi e viaggi regalo.

La situazione, sempre negativa, è peggiorata con la distruzione del modello di business dei media da parte di Facebook e Google, che si sono presi metà delle entrate pubblicitarie mondiali. Ciò ha costretto le redazioni, ormai vuote, ad [affidarsi maggiormente ai notiziari esterni](#). E, [come ha notato Matt Taibbi](#), le organizzazioni dei media mainstream non sono più interessate, per ragioni commerciali, a “*vendere una visione della realtà che percepiscono come accettabile per un mezzo ampio*”. Al contrario, seminano deliberatamente divisione e si rivolgono solo alle nicchie. Dimenticate i fatti; l’incitamento al pregiudizio viene prima di tutto. Ma nulla di tutto ciò spiega perché ci sia una propaganda così intensa sul COVID-19.

L’infinita rotazione inflitta alle organizzazioni dei media è collegata in modo trasparente alla soddisfazione dell’avidità o al rafforzamento del potere, ma qual è il motivo? È vero, il sistema sanitario statunitense è uno dei più grandi esercizi di profitto del mondo, che corrompe la salute ovunque. La salute rappresenta il 16% del PIL degli Stati Uniti, che è circa il doppio di, diciamo, Australia o Regno Unito (paesi che hanno un’assistenza universale). Questo otto per cento in più equivale a 1,6 trilioni di dollari di profitto, ovvero circa il due per cento dell’economia globale – una truffa a occhi chiusi condotta da aziende farmaceutiche, conglomerati ospedalieri, compagnie di assicurazione, avvocati, consulenti e così via. Questi avvoltoi cercheranno di controllare i media per trarre profitto da un vaccino e chissà cos’altro. Ma saranno solo un gruppo di attori e probabilmente non i principali. La domanda più importante è chi finanzia la “falsa notizia” che il COVID-19 è una minaccia esistenziale e qual è la loro agenda? La maggior parte dei paesi sono stati gravemente danneggiati. Ne è risultata una dittatura medica che ha fatto chiudere Victoria; i burocrati della sanità possono, assurdamente, essere dotati di [poteri di polizia](#).

C’è un’agenda internazionale molto sinistra in questo caso, ma il profilo di essa è, per ora, solo confuso.

Fonte: <https://off-guardian.org/2020/10/05/pcr-inventor-it-doesnt-tell-you-that-you-are-sick/>.

ESCLUSIVA CDC: In Toscana mai nessuna emergenza Covid-19, lo studio che lo rivela

Filippo Della Santa, ComeDonChisciotte.org 6/10/20

Da ormai sette mesi, siamo in uno stato di allerta permanente. Prima di arrendersi alla paura per quel che è successo a Wuhan e New York, e per quello che sta capitando oggi a Parigi o Madrid, pensiamo sia fondamentale guardare a quello che si è verificato nei nostri territori, per poi cercare risposte più ampie e globali. Abbiamo provato ad andare in profondità, studiando ciò che ci circonda, dal basso verso l’alto: statistiche ufficiali e cifre istituzionali, partendo da uno specifico ambito locale senza mai perdere di vista la situazione nazionale, variegata e non uniforme, e quella internazionale, per capire l’emergenza. Quale emergenza? Per cercare di comprenderlo, procediamo a campione e proviamo ad esaminare ciò che ha affrontato una delle venti regioni italiane. Immediatamente, il linguaggio burocratico, farraginoso e ripetitivo della sua massima istituzione, ci dimostra come anche la Toscana tremi dal terrore e navighi a vista nella tempesta scatenata dal Covid-19. Essa “*si conferma al 10° posto in Italia come numerosità di casi, con circa 388 casi per 100.000 abitanti a fronte di una media italiana di circa 507 casi per 100.000 abitanti. Il tasso grezzo di mortalità è pari a 31,0 x 100.000 abitanti, rispetto alla media italiana di 59,2 x 100.000 abitanti*” [1]. Come possiamo decifrare questi dati ufficiali in eventi reali? In data 30 settembre, il totale dei decessi attribuiti al Sars-Cov-2 è stato di 1164 (a fronte di 14827 casi positivi), mentre i guariti complessivi erano 10261. Il picco massimo di ricoveri in terapia intensiva (1 aprile 2020) risultava essere di [297 pazienti](#), a fronte di 447 posti disponibili e con altri 220 attivabili [in caso di necessità](#). L’andamento si era poi normalizzato nelle settimane successive (Figura 1).

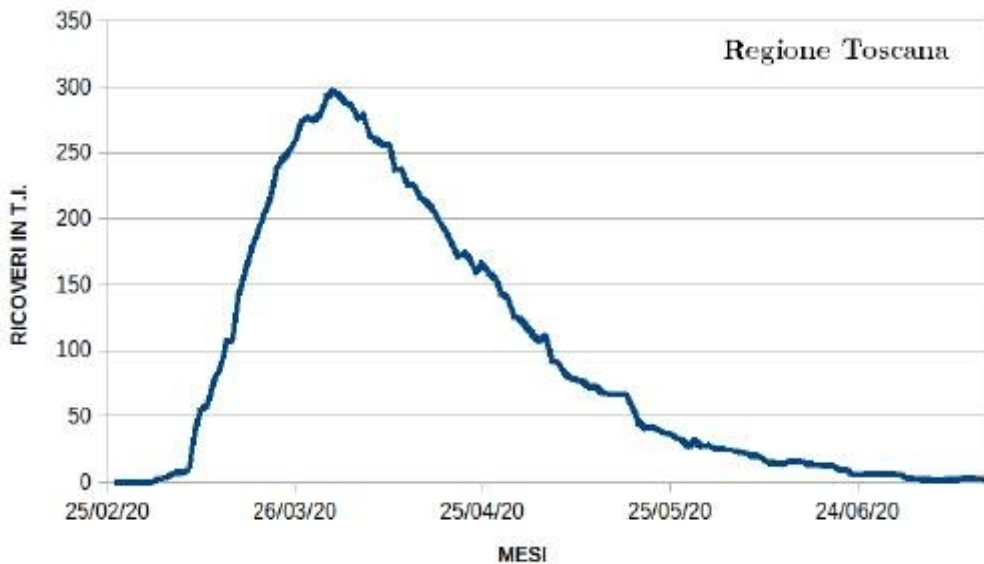


Figura 1: Ricoveri giornalieri in terapia intensiva per Covid-19, marzo-giugno – Elaborazione CDC su dati [A.R.S.](#)

Ripercorriamo ciò che è già Storia, fino alla “nuova normalità” che viviamo: l’Italia ha subito uno stato di blocco totale dal 10 marzo al 18 maggio, giorno in cui è avvenuta la cosiddetta “riapertura”, mentre a partire dal 3 giugno è stato possibile viaggiare di nuovo a livello interregionale.

Con la fine delle misure di contenimento, contrariamente a [quegli studi](#) che, per metà giugno, prevedevano migliaia di nuovi ricoveri in terapia intensiva ([in realtà, sono state 207](#)), la situazione toscana non è peggiorata dal punto di vista sanitario, anzi si è avuto un progressivo e costante miglioramento sia per quanto riguarda il numero dei decessi, sia per quanto riguarda lo stato clinico dei pazienti positivi al tampone, come reso noto dall’Agenzia Regionale di Sanità (A.R.S.) [Figura 2, Figura 3].

N° Decessi giornalieri

Numero - Anno 2020 - Totale

Fonte: Protezione Civile

● Toscana

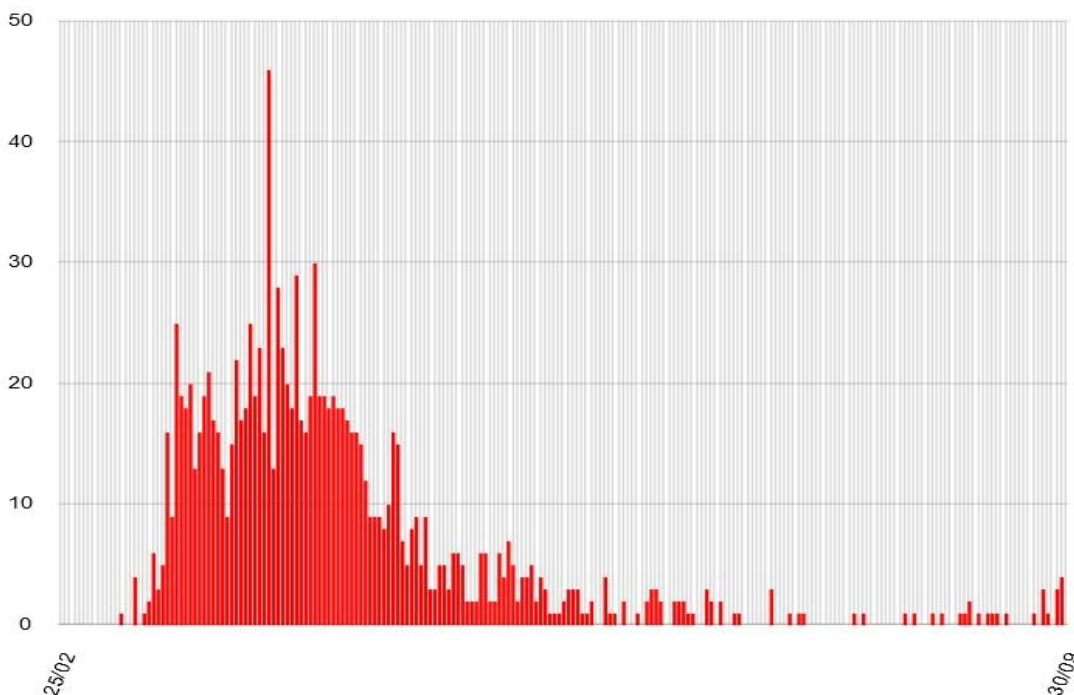


Figura 2: Andamento decessi giornalieri per Covid-19, fonte: Protezione Civile e A.R.S.

Dal grafico sottostante (Figura 3), possiamo osservare come solo il 2,67% dei casi positivi individuati nel mese di settembre appena trascorso, abbiano presentato uno stato clinico che va da *severo* a *critico*, contro il 43,21% del mese di marzo.

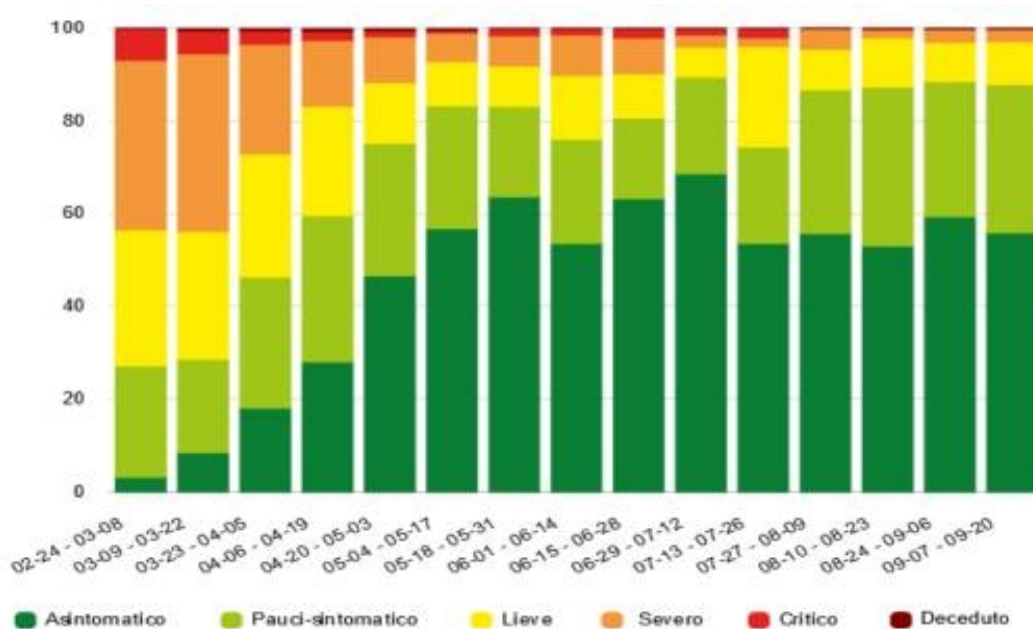


Figura 3: Stato clinico al tampone (rapporto x 100), periodo 24/02 – 20/09, fonte: A.R.S.; [ISS](#)

Nonostante questi dati più che rassicuranti, Enrico Rossi, allora presidente, andò in controtendenza varando una [serie di provvedimenti](#) (ad integrazione dei [DPCM nazionali](#)), tra cui l’Ordinanza n.71 del 4 luglio (in vigore fino alla fine dello stato di emergenza) che prevede la possibilità di isolamento in albergo sanitario per i soggetti positivi [2]. Non possiamo dimenticare l’Ordinanza n.26 del 6 aprile, con la quale si imponeva l’obbligo di mascherina anche all’aperto, in grandissimo anticipo rispetto al provvedimento nazionale che sarebbe [poi arrivato ad agosto](#). Durante il mese di settembre, abbiamo avuto un incremento di casi positivi, che non si è fortunatamente tradotto in un proporzionale aumento di ricoveri.

Nella [Tabella 1](#), da noi elaborata tramite i [dati forniti dalla Regione Toscana](#), si nota il picco dei tamponi effettuati nell’ultimo periodo, rispetto ai primi mesi dell’anno; nonostante l’aumento dei test, abbiamo avuto il crollo del numero dei soggetti positivi e dei ricoverati nelle terapie intensive.

Tabella 1: Elaborazione CDC su dati A.R.S.

Periodo 15 marzo – 30 aprile

Totale casi positivi	8722
Totale tamponi	137254
Rapporto casi positivi/tamponi [%]	6,35
Rapporto ricoveri terapie intensive/casi attivi (media periodo)	6,07 %

Periodo 15 agosto – 30 settembre

Totale casi positivi	4066
Totale tamponi	276775
Rapporto casi positivi/tamponi [%]	1,47
Rapporto t.i./casi attivi (media periodo)	0,60 %

Possiamo osservare l'andamento dei ricoveri in terapia intensiva per tutto il periodo che va dall'inizio dell'emergenza al 30 settembre (Figura 4). A seguito della già menzionata normalizzazione dei ricoveri, è possibile dedurre che l'attuale incremento di casi positivi sia semplicemente dovuto ad un netto aumento del numero di tamponi effettuati.

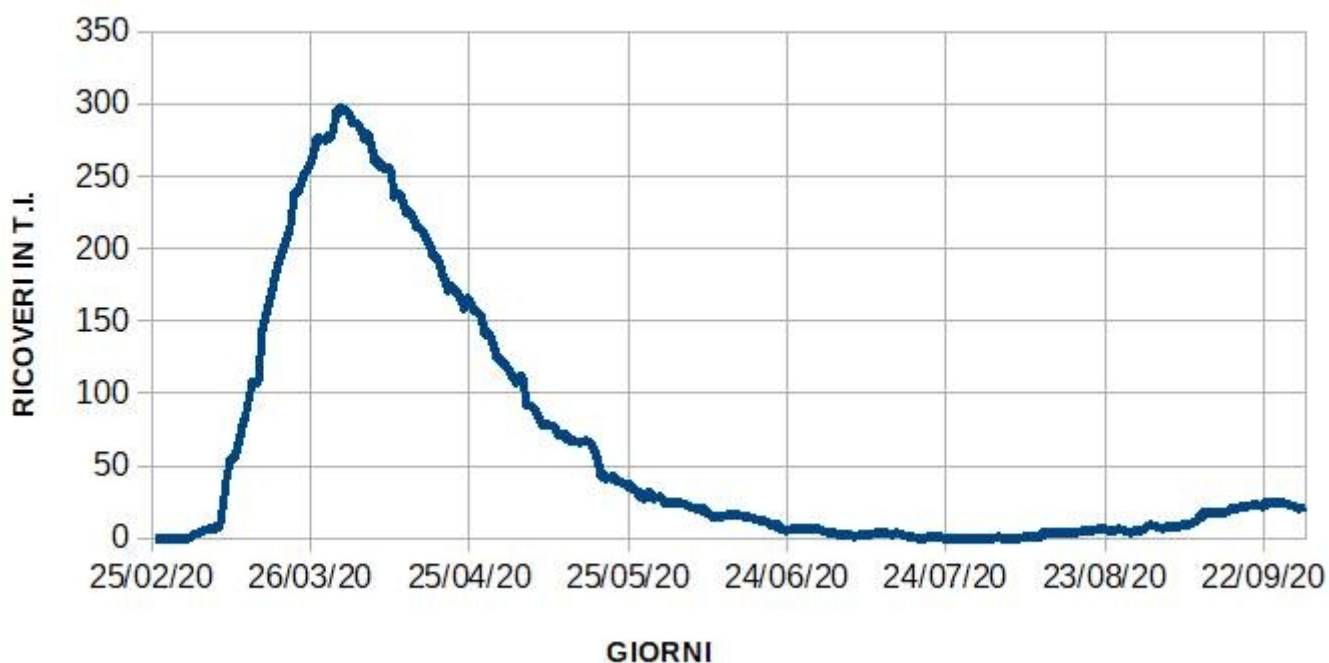


Figura 4: Andamento ricoveri in terapia intensiva per Covid-19, 25/02 – 30/09 – Elaborazione CDC su dati [A.R.S.](#)

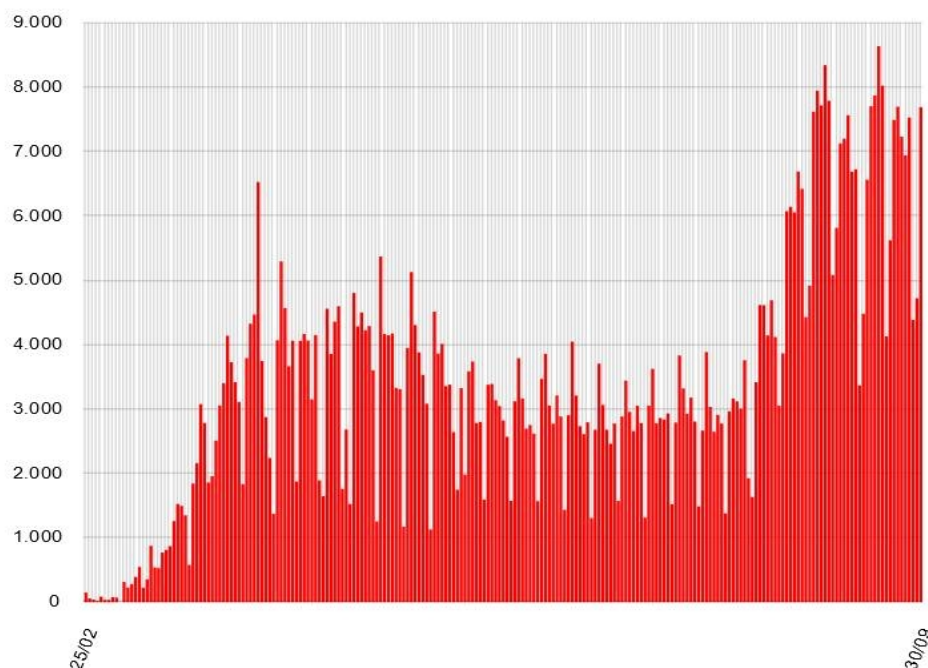
N° Tamponi - Toscana

Numero - Anno 2020 - Totale

Fonte: Protezione Civile

Tale incremento, pur tralasciando i dubbi relativi alla classificazione dei malati Covid [3], è più che evidente. Non stiamo certo svelando un mistero, ce lo mostra – tramite il suo sito – [la stessa Regione Toscana](#) (Figura 5).

Figura 5: Tamponi giornalieri effettuati, fonte: Protezione Civile e Regione Toscana



Quello che però manca [nel sito](#) dell’A.R.S., alla sezione “*I dati del Covid-19 in Toscana e in Italia*“, è una contestualizzazione più ampia degli eventi. Proviamo a fare chiarezza su questo punto, considerando il periodo semestrale che va da gennaio a giugno, comprendente quindi anche i mesi di marzo e aprile, e per tale periodo ricaviamo le statistiche relative alle persone decedute per ogni tipo di causa, con riferimento agli anni che vanno dal 2015 al 2020 ([dati ISTAT](#)).

Iniziamo dal basso, da un piccolo comune della lucchesia, Borgo a Mozzano (*Figura 6*).

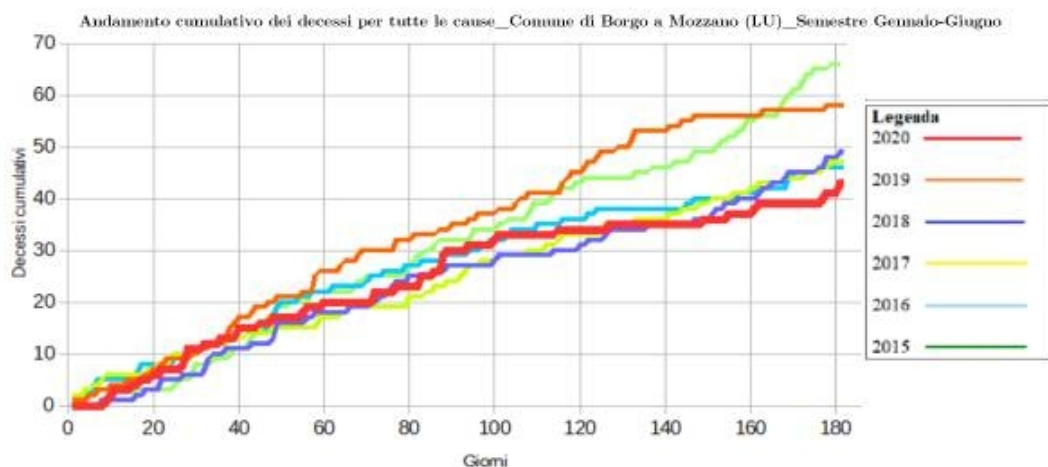


Figura 6: Andamento decessi, Comune di Borgo a Mozzano (LU)-, Elaborazione CDC su dati Istat

Nei primi sei mesi del 2020, possiamo osservare un numero di decessi inferiore rispetto

a quello degli ultimi cinque anni. Estendendo lo studio e sommando i valori parziali relativi ai singoli comuni, ricaviamo la situazione per l’intera provincia, sintetizzata nei grafici sotto riportati (*Figura7, Figura 8*): la curva relativa al primo semestre del 2020 (*di colore rosso*) non evidenzia significative differenze in termini di andamento rispetto al semestre gennaio-giugno degli ultimi sei anni. Quindi, ciò significa che il numero totale dei decessi è inferiore rispetto al passato.

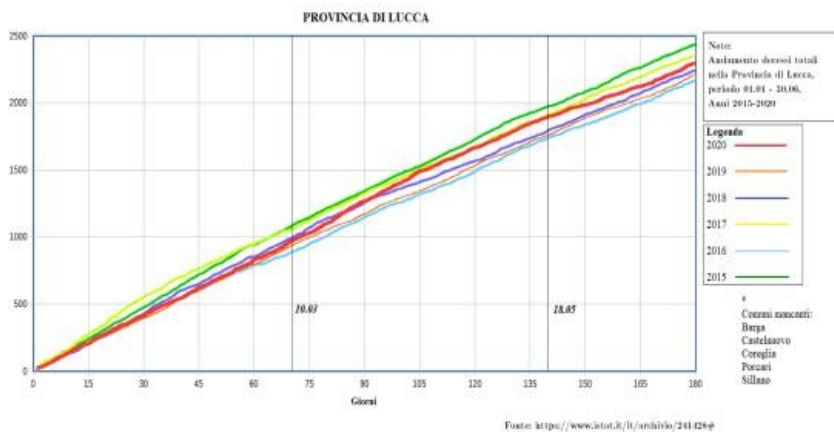


Figura 7: Andamento decessi, Provincia di Lucca – Elaborazione CDC su dati Istat

Decessi totali semestre Gennaio-Giugno_Provincia di Lucca_Periodo 2015-2020

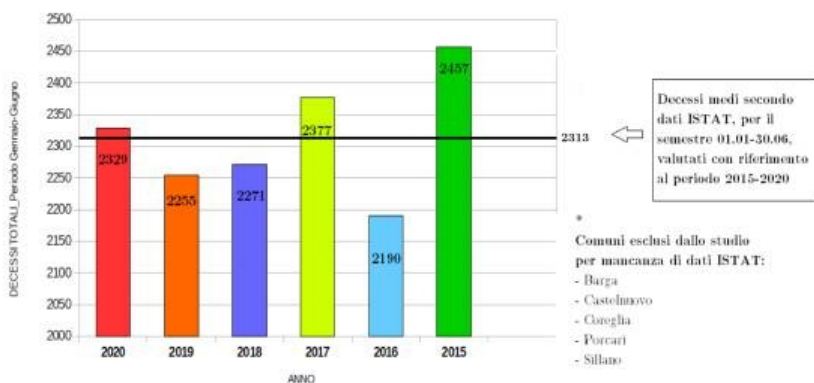


Figura 8: Decessi totali, semestre gennaio-giugno, anni 2015-2020, Provincia di Lucca – Elaborazione CDC su dati Istat

Fonte: <https://www.istat.it/it/archivio/241428#>

Nel grafico di *Figura 8* sono evidenziati i valori finali, al 30 giugno, relativi alle persone decedute per ogni tipo di causa in provincia di Lucca. Possiamo osservare, come il totale relativo al 2020 sia prossimo alla media calcolata con riferimento al periodo 2015-2020 (in particolare abbiamo avuto 16 decessi in più rispetto alla media, su un totale di oltre 2300). Inoltre, i valori risultano inferiori rispetto a quelli raggiunti negli anni 2015 e 2017. Al fine di ampliare lo studio, per osservare eventuali differenze con le altre zone della Toscana, abbiamo quindi esteso la ricerca alle città vicine, ed infine alla regione nel suo insieme.

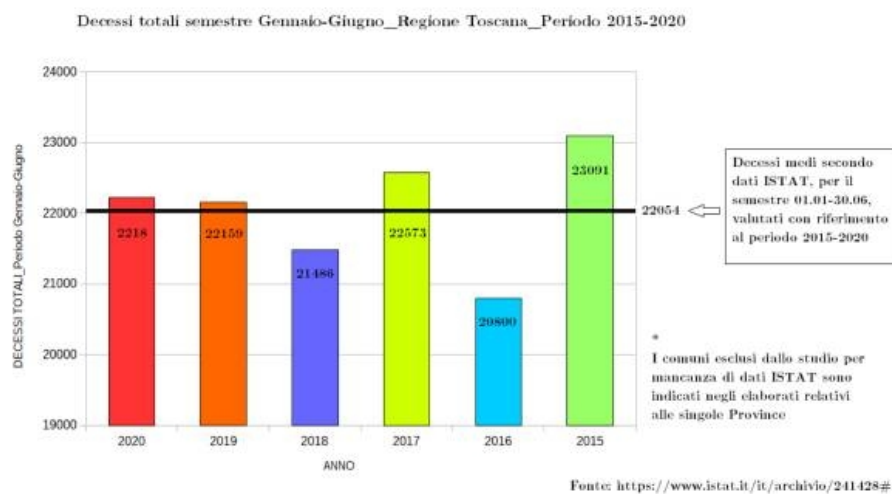


Figura 9: Decessi totali, semestre gennaio-giugno, anni 2015-2020, Elaborazione CDC su dati Istat

Da tale lavoro, sintetizzato nell'elaborato riportato in figura 9, si ricava come in ogni provincia e nell'intera regione, i decessi complessivi verificatisi nei primi sei mesi dell'anno siano perfettamente inquadrabili in una situazione in linea con quanto avvenuto nei 5 anni precedenti (in particolare abbiamo avuto circa 164 decessi in più rispetto alla media del periodo 2015-2020, su un totale di oltre 22.200). Addirittura si evidenziano numeri inferiori agli anni 2015 e 2017, fatto riscontrabile sia in ogni singola provincia, sia a livello regionale.

Visto quanto osservato in questo studio, eventuali e localizzati episodi di emergenza sanitaria verificatisi negli ospedali toscani, non sarebbero quindi da addebitarsi alla qualità dell'emergenza Sars-Cov-2, ma alla gestione politica e organizzativa del comparto Sanità: mancanza di strutture, di personale, di mezzi, di linee guida chiare e coerenti. Guardando invece al contesto nazionale, non possiamo dimenticare le [autopsie sconsigliate dal Ministero della Salute](#) [4] e tutte le altre problematiche relative a quelle cure che sono state ostacolate [5]: ciò ha indubbiamente contribuito all'aggravamento della situazione. Nonostante tale contesto, i nostri medici ed i nostri infermieri, sempre in prima linea, hanno dimostrato il loro grande valore all'intera comunità.

Alla luce di quanto descritto in questo report, dati alla mano, possiamo affermare che la Toscana non ha vissuto e non sta vivendo un'emergenza Covid-19. Proprio per queste considerazioni, è ancora più importante, oggi, capire quali siano le scelte politiche più opportune da compiere per salvaguardare la salute e la vita civile. Prima della paura, del panico e delle notizie dai focolai di Parigi e Madrid, sarebbe importante capire veramente cosa è successo e cosa sta accadendo nei nostri territori.

Tutto questo, per il rispetto che dobbiamo a chi non c'è più e a chi ha subito e sta subendo i danni più gravi da tutta questa triste, preoccupante ed epocale vicenda. L'Italia intera attende risposte serie e responsabili, per il futuro di tutti.

Di Filippo Della Santa, ComeDonChisciotte.org 05.10.2020

Filippo Della Santa. Ingegnere, appassionato di musica. Insofferente alla mancanza di logica e agli abusi di potere, trascorre le sue giornate immerso nell'attualità, cercando rifugio nelle "Terre dell'Eterno Inverno" per ricaricare le energie.

PER APPROFONDIRE SCARICA LA DOCUMENTAZIONE ELABORATA PER LO STUDIO:

[ELABORATI GRAFICI – Comune, Province toscane, Regione Toscana](#)

[FOGLI DI CALCOLO – Archivio storico dei Comuni toscani su base provinciale](#)

NOTE:

[1]= https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dati-sintesi-sintcovid-aggiornamenti-e-novita-sul-numero-dei-casi-deceduti-tamponi-per-provincia-e-per-asl-della-regione-toscana-e-confronto-con-italia-con-quant-sono-i-decessi-per-comune?provenienza=home_ricerca&dettaglio=ric_geo_covid&par_top_geografia=090

[2]= *“Ordina di dare mandato ai Dipartimenti della Prevenzione delle Aziende sanitarie di effettuare, per ogni nuovo caso positivo, una valutazione puntuale dell’ambiente domiciliare per l’isolamento domiciliare del caso positivo e, in caso di sovraffollamento o di situazione logistica sfavorevole che non permetta una gestione in sicurezza di tale provvedimento, e di contestuale rifiuto all’isolamento volontario in albergo sanitario, di proporre al Sindaco, in qualità di Autorità Sanitaria Locale, l’emissione di un’ordinanza contingibile e urgente a tutela della salute pubblica che prescriva, ai sensi dell’articolo 50 del D.lgs. 18 agosto 2000, n. 267 (TUEL), l’isolamento in albergo sanitario”*

[3]

- <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>
- <https://www.nytimes.com/2007/01/22/health/22whoop.html>
- <https://archive.is/YTAqF>
- Dott. Stefano Scoglio – <https://www.nogeoingegneria.com/effetti/salute/i-tamponi-covid-19-producono-fino-al-95-di-falsi-positivi-confermato-dallistituto-superiore-di-sanita/>

[4]= *“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.”* – fonte:

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73832&parte=1%20&serie=null>

[5] =

- <https://www.ilsecoloxix.it/levante/2020/04/23/news/lo-studio-del-cardiochirurgo-spagnolo-e-l-embolia-la-causa-di-morte-ma-l-allarme-resta-inascoltato-1.38752298>
- <https://www.greenme.it/vivere/salute-e-benessere/coronavirus-terapia-plasma-novara/>
- <https://www.ilgiornale.it/news/politica/virus-mistero-sulla-clorochina-scientziati-sbugiardano-loms-1867140.html>
- <https://www.startmag.it/innovazione/chi-frena-lozonoterapia-contro-covid-19-parla-il-prof-garofolo/>

SITOGRAFIA:

Sito ufficiale ISTAT

Sito ufficiale Istituto Superiore di Sanità

Sito ufficiale Regione Toscana

Sito Il Sole 24 ore, sezione”*Coronavirus in Italia, i dati e la mappa*“.

Mascherine all'aperto, l'ennesimo conflitto orizzontale creato ad arte

di Fabrizio Verde 6/10/20

Ci risiamo. I contagi da Covid-19 aumentano e l’Italia rischia di farsi trovare ancora una volta impreparata come nel marzo scorso quando tante morti potevano essere evitate semplicemente prestando le cure dovute ai contagiati. Per fortuna adesso ci troviamo in una fase dove la maggior parte dei soggetti contagiati non presenta sintomi, perché da marzo ad oggi per quel che riguarda la prevenzione e gli investimenti sulla sanità non si è fatto nulla e scrive ieri a tal proposito il Sole 24 Ore: «Per evitare un nuovo tsunami nelle corsie come accadde la scorsa primavera nella prima ondata del Covid che mise in ginocchio tante strutture sanitarie sono pronti a partire 1.044 cantieri in 457 ospedali e 176 aziende sanitarie. L’obiettivo è aggiungere 3.443 posti letto in terapia intensiva e 4.123 in sub-intensiva, con la metà di questi trasformabili se necessario in terapia intensiva:

una dote dunque di 5.500 posti in più da destinare ai pazienti più gravi». Incredibilmente dopo mesi dallo scoppio della pandemia siamo ancora a questo. Un sistema sanitario devastato e reso impotente di fronte allo scoppio un'emergenza. Imprevedibile solo in parte. Perché da alcuni anni si parla del possibile scoppio di una pandemia. Ma l'Italia, per adempiere agli obblighi di bilancio imposti dal sacro verbo europeo, ha dovuto procedere ad effettuare tagli in tutti i campi. Sanità compresa. Quindi adesso il paese non può reggere all'emergenza creata dallo scoppio di una pandemia. Al contrario, ad esempio, della Germania. Berlino ha infatti retto tutto sommato bene l'ondata montante dei contagi. Ma non si tratta di un destino cinico e baro. Oppure di una maggiore bravura dei medici teutonici rispetto ai colleghi italiani. Semplicemente in Germania erano ben preparati per affrontare l'emergenza. Basta un dato semplice per capire la differenza: la Germania è il Paese con più posti per terapia intensiva e intermedia: 29,2 ogni 100mila abitanti. Seguono il Lussemburgo e l'Austria, rispettivamente con 25 e 21 posti. L'Italia ne conta 12,5, mentre la Francia conta 11,5 posti letto, la Spagna 9,7 e la Gran Bretagna appena 7. Secondo i dati riportati da Milano Finanza nello scorso mese di aprile. Emerge con evidenza che nei paesi dove vige quel sistema che potremmo definire come 'neoliberismo reale'. In questi paesi la vita umana è ridotta alla stregua di un sacrificio da immolare sull'altare del profitto. Questi non sono in grado di preservare la salute dei loro cittadini perché importanti sono solo economia e finanza. Ripagare il debito invece che investire i fondi necessari in sanità e prevenzione. Con queste voci ridotte a semplici costi da tagliare brutalmente per far quadrare i bilanci. Sul versante opposto troviamo i paesi socialisti con la Cina in testa. In questi sistemi diametralmente opposti al 'liberismo reale' la vita viene prima del profitto e per questo motivo i necessari investimenti in sanità e prevenzione non sono visti come costi da tagliare, ma bensì come spese prioritarie da affrontare per difendere la popolazione e innalzarne la qualità della vita. Si tratta dunque di paesi preparati ad affrontare nuove eventuali emergenze quindi la vita può riprendere. A Pechino già si ragiona sul post-pandemia mentre la vecchia Europa e gli Stati Uniti restano ancora impantanati. Proprio oggi Speranza ha presentato alla Camera il nuovo Dpcm che rende obbligatorio l'uso delle mascherine all'aperto in tutt'Italia, mentre non si fa nulla per gli investimenti sulla Sanità e la logica è molto semplice, alimentare l'elemento conflitto orizzontale per cui il fallimento della gestione verrà addebito all'irresponsabilità di alcuni cittadini che non hanno seguito le indicazioni del governo per frenare i contagi. I primi 'untori' irresponsabili sono stati i cosiddetti runner, poi si è passati ai vacanzieri e infine ad accusare i giovani e la movida. In tutti i casi parliamo di campagne mediatiche e politiche montate ad arte per coprire le enormi falle nel sistema sanitario causate da decenni di scellerate politiche economiche portate avanti da tutti i governi senza distinzione di colori politici.

La dittatura è sociale, non sanitaria di Sebastiano Isaia 6/10/20 sinistrainrete.info

Da più parti, ma soprattutto negli ambienti politico-culturali della "destra" e tra i cosiddetti "negazionisti", si parla sempre più spesso di dittatura sanitaria, cioè di un regime autoritario imposto ai cittadini dal governo con la scusa della crisi sanitaria, e con l'attivo supporto degli "esperti": virologi, infettivologi, medici, statistici, scienziati di varia natura. Non pochi in Occidente considerano il Covid una bufala pianificata a tavolino dal "sistema" (o dai "poteri forti") per dare un'ulteriore stretta alle nostre già anoressiche e boccheggianti libertà individuali: la mascherina come metafora e simbolo di un bavaglio politico, ideologico, esistenziale. La paura del contagio come strumento di controllo e di governo: Foucault parlava di disciplinamento dei corpi e, quindi, delle menti. Qualche giorno fa il Presidente della Repubblica francese ha dichiarato a proposito della "crisi sanitaria" che in Francia ha subito un'inaspettata escalation: «È vero, stiamo comprimendo la vostra libertà in aspetti molto importanti della vostra vita, ma siamo costretti a farlo per tutelare la vostra salute». Prendiamo per buona l'intenzione di Macron e riflettiamo sul contenuto "oggettivo" di quella dichiarazione: che realtà sociale ne viene fuori? La dittatura di cui intendo parlare qui è in primo luogo un fatto, ossia una realtà che prescinde da qualsivoglia intenzione, da qualsiasi progettualità politica, da qualsiasi tipo di volontà; e come sempre al fatto segue il diritto, ossia la formalizzazione politica e giuridica di ciò che ha prodotto la società. Naturalmente

la politica cerca di approfittare in termini di potere e di consenso (due facce della stessa medaglia) della situazione, ma questo è l'aspetto che appare ai miei occhi il meno interessante, almeno in questa sede, anche perché esso mostra la superficie di un fenomeno, si muove nella contingenza, mentre ciò che ha significato è la radice, la dinamica e la tendenza dei fenomeni sociali.

«Siamo in una dittatura sanitaria? È un discorso che non sta in piedi. Con il virus non si può fare una trattativa, né politica né sindacale»: affermando questo l'ormai noto infettivologo Massimo Galli dà voce a quello che mi piace definire, lo ammetto con scarsa originalità di pensiero, feticismo virale. Attribuire al virus una "crisi sanitaria" che ha una natura squisitamente sociale. Condizioni sociali considerate su scala planetaria hanno trasformato un virus in un vettore di malattie, di sofferenze, di contraddizioni sociali, ecc. Credere insomma che il problema sia il Virus, e non la società che l'ha trasformato in una fonte di malattia, di sofferenze e di crisi sociale (che coinvolge l'economica, la sanità, la politica, le istituzioni, la salute psicosomatica delle persone): ecco spiegato in estrema sintesi il concetto di feticismo virale. Pensare che la nostra vita sia minacciata da un invisibile organismo vivente, il quale avrebbe il potere di tenere sotto scacco l'economia e le istituzioni di interi Paesi: ebbene questa assurda idea la dice lunga sulla nostra impotenza sociale, sulla nostra incapacità di dominare con la testa e con le mani fenomeni che nulla o poco hanno a che fare con la natura, mentre hanno moltissimo a che fare con la prassi sociale capitalistica. Nella nostra società l'apprendista stregone lavora senza sosta, H24. È vero, verissimo: la potenza che ci tiene sotto scacco è invisibile, e in un certo senso la sua natura può benissimo essere considerata come virale, ma in un'accezione particolarissima che non ha nulla a che vedere con la natura. Si tratta, infatti, degli impalpabili (ma quanto concreti!) rapporti sociali capitalistici, i quali realizzano un mondo che noi per l'essenziale non controlliamo e che subiamo come se fosse un'intangibile e imm modificabile realtà naturale.

«Se tutto è connesso, è difficile pensare che questo disastro mondiale non sia in rapporto con il nostro modo di porci rispetto alla realtà, pretendendo di essere padroni assoluti della propria vita e di tutto ciò che esiste. Non voglio dire che si tratta di una sorta di castigo divino. E neppure basterebbe affermare che il danno causato alla natura alla fine chiede il conto dei nostri soprusi. È la realtà stessa che geme e si ribella»: così ha scritto Papa Francesco nella sua ultima Enciclica Fratelli tutti. Oggi ciò che connette tutto e tutti sono appunto i rapporti sociali di produzione capitalistici, i quali fanno del Capitale un Moloch che domina sulle nostre vite e sulla natura. Siamo tutti fratelli sottoposti alle disumane leggi della dittatura capitalistica. Si tratta di una dittatura sociale, oggettiva, sistemica, che si realizza giorno dopo giorno in grazia delle nostre molteplici attività sottoposte al dominio del calcolo economico.

Apro una piccola parentesi. Come ormai abbiamo imparato in questi mesi, se nella gestione della "crisi sanitaria" va tutto bene è merito del governo, se qualcosa invece va male, è colpa di quei cittadini irresponsabili che sono più inclini ai piaceri della movida che alla salute della comunità. Non solo siamo costretti a subire le conseguenze di una prassi sociale che non sbagliamo affatto a considerare complessivamente irrazionale proprio perché è informata dalle logiche economiche (capitalistiche), e non dal calcolo umano; ma chi ci amministra è pronto a infliggerci multe, punizioni di vario genere e una colata di stigma sociale e di sensi di colpa se nostro malgrado infrangiamo le ultime disposizioni governative in materia di sicurezza e di distanziamento asociale e dovessimo trasformarci, non sia mai, in "untori"! Non solo il danno, ma anche la beffa! Per favore, datemi un martello! «Che cosa ne vuoi fare?» Sono affari miei! Chiudo la parentesi.

Il Papa ovviamente non va oltre il solito (banale?) e ingenuo discorso intorno all'uomo astrattamente considerato che pretende di farsi Dio non avendone le capacità, ed essendo piuttosto vittima della demoniaca brama di profitti, mentre bisognerebbe «sviluppare una nuova economia più attenta ai principi etici, e una nuova regolamentazione dell'attività finanziaria speculativa e della ricchezza virtuale». Il "neoliberista" scuote la testa, il "progressista" applaude come da copione. Massimo Cacciari, dall'alto della sua filosofia katechontica, nicchia: «Il discorso di Bergoglio è un grande appello alla fraternità universale che resterà, lo sappiamo, purtroppo inascoltato. Egli sviluppa temi ormai classici nelle encicliche della Chiesa. Insomma è naturale che Bergoglio parli delle tragedie del mondo in questi termini» (La Repubblica). Io invece penso che il

mondo creato dal capitalismo non possa che essere disumano e disumanizzante, e che per questo esso non debba conoscere altra “riforma” che non sia la sua radicale distruzione in vista di un assetto autenticamente umano della Comunità dei fratelli e delle sorelle – finalmente affrancati dalla divisione classista. Ma questa è solo una mia bizzarra opinione che impallidisce al cospetto del buon samaritano di cui parla il Santissimo Padre nella sua Enciclica dedicata «alla fraternità e all’amicizia sociale». La nostra minorità politica in quanto cittadini, così ben esemplificata dall’affermazione macroniana di cui sopra (vi amministriamo per il vostro bene), si può a mio avviso comprendere in tutta la sua tragica portata solo se considerata alla luce della dittatura sociale che qui mi sono limitato a richiamare all’attenzione di chi legge, e sul cui fondamento è possibile ogni tipo di “involuzione autoritaria”. Inclusa quella dei nostri giorni, di queste ore.

«Con il virus non si può fare una trattativa, né politica né sindacale», ci dice il saggio Galli pensando di infilzare con la sua “pungente ironia” i teorici del “negazionismo” (no virus, no mask, no vaccino); e infatti non si tratta di raggiungere un compromesso di qualche tipo con il virus: si tratta (si tratterebbe!) di farla finita una buona volta con una società che ci espone a ogni genere di rischio (da quello pandemico a quello idrogeologico, da quello ecologico a quello bellico, da quello economico a..., fate un po’ voi), a ogni sorta di preoccupazioni e sofferenze. «Se qualcuno pensa che si trattasse solo di far funzionare meglio quello che già facevamo, o che l’unico messaggio sia che dobbiamo migliorare i sistemi e le regole già esistenti, sta negando la realtà» (Fratelli tutti). È quello che ho detto

Covid-19, adesso l’OMS dà i numeri reali: il tasso mondiale di letalità è dello 0,14%

Emanuele Canta ByoBlu 7/10/20

Centinaia di migliaia di morti, anzi no, oltre un milione a livello globale. E poi in Italia, decine di migliaia le vittime, tutte da Covid, anzi no, forse in parte per il Covid, forse avevano altre patologie ma non sappiamo quanto abbiano inciso sul decorso divenuto fatale. Nel dubbio, le autopsie non le facciamo, neghiamo, così capire davvero cosa sia accaduto rimane un mistero, se magari l’utilizzo di quel protocollo terapeutico è stato sbagliato lo sapremo in un’altra vita. Nel dubbio, sempre nel dubbio, chiudiamo tutto e chiudiamo tutti, mettiamo le mascherine anche all’aperto, anche se siamo da soli. Qualcuno in macchina, psicologicamente provato da numeri e notizie catastrofiche, continua a guidare con mascherina e guanti, anche se da solo. Concentratissimo. Anche perché, numeri alla mano, è più facile morire per un incidente stradale. La sintesi, fatta così, sembra grottesca. È vero. Forse tragicomica, se non fosse che le misure di contenimento ci sono ancora, addirittura adesso inasprite con l’utilizzo tornato obbligatorio della mascherina anche all’aperto. Tragicomica, sì, se non fosse che commercianti e imprenditori sono allo stremo mentre qualche presidente di Regione ritiene necessario fargli abbassare la saracinesca nelle ore di punta, la sera, nei weekend. Politica e politicanti ai tempi del Covid-19.

I DATI MONDIALI VANNO RIVISTI

Ma cosa dicono i numeri? Cerchiamo di analizzarli insieme. A livello globale i casi ufficiali di persone che hanno contratto questo coronavirus sono quasi 36 milioni, poco più di un milione il numero di morti. Stando a queste cifre, il tasso di letalità sfiora il 3%. Alto, altissimo. Ma attenzione, la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità adesso dichiara per bocca di uno dei suoi massimi esperti, Mike Ryan, che “le migliori stime attuali ci dicono che circa il 10% della popolazione mondiale potrebbe essere stata infettata da questo virus”. Bene, rifacciamo allora i conti. I dati, quelli che la stessa Oms ritiene più verosimili, parlano di circa 770 milioni di casi totali nel mondo, a questo punto il tasso di letalità crolla allo 0,14%. In Italia, tanto per fare un esempio, l’influenza stagionale lo scorso anno ha avuto una letalità dello 0,11%. Non stiamo dicendo che il Covid-19 è una semplice e normale influenza, saremmo tacciati di negazionismo ancor prima di finire la frase, stiamo però evidenziando un aspetto importante: i numeri sono altri e quindi la dimensione di questa malattia non può non essere rivista, almeno nel suo risvolto più preoccupante, cioè riguardo letalità. E quindi, ancora in conseguenza di ciò, i provvedimenti da adottare non possono non tenere conto dei numeri reali e non si possono nemmeno

ignorare le conseguenze di certe misure restrittive se i benefici dal punto di vista sanitario non bastano per bilanciare il disastro economico, sociale e psicologico che viene apportato.

E IN ITALIA?

Nel nostro Paese i dati ufficiali forniti dalla Protezione Civile parlano, ad oggi, di circa 330 mila casi con poco più di 36 mila morti. Il tasso di letalità, stando a questi numeri, è del 10,91%. Una carneficina.

Allora, che i dati siano fuorvianti pare a tutti evidente, sarà sbagliato il metodo di acquisizione, saranno errati i parametri presi in considerazione ma ipotizzare che più di una persona su 10 muore se positivo al Covid-19 ci sentiamo di poter affermare che sia totalmente distante dalla realtà. Ed infatti, anche per il nostro Paese, i numeri sono altri, come gli stessi studi sierologici hanno testimoniato. Le indagini effettuate con criteri statistici hanno evidenziato che la popolazione colpita dal virus sarebbe intorno al 5%. Per cui, rifacendo i conti, su una base di 3 milioni di persone venute a contatto con il Covid-19, il tasso di letalità dal 10,9% scende all'1,2%. Le misure di contenimento, ed è questa la domanda che non possiamo non fare, sono proporzionate? In Lombardia, stando ancora ai numeri ufficiali forniti dalla Protezione Civile, il tasso di letalità è addirittura del 15,6%. A cosa serve continuare a dare numeri di questa portata così evidentemente distanti dalla realtà? Domande che continuano a non trovare risposta, forse anche azzardato tentare di farle.

La seconda ondata è cominciata

08 Ottobre 2020

Comune-info.net

Quello di duecentocinquanta accademici, scienziati, professionisti della salute è un vero grido sulle conseguenze economiche e psicosociali della gestione politica e sanitaria della crisi Covid. Il nuovo disastro appena cominciato non è virale ma economico e sociale e non colpisce le élite privilegiate ma categorie sociali molto più vulnerabili. L'appello nasce in Francia e risuona in molti paesi di tutto il mondo.

LA SECONDA ONDATA NON È VIRALE MA ECONOMICA E SOCIALE - Appello di 250 intellettuali

Nel parere del 22 settembre 2020 sul “controllo rafforzato dell'epidemia”, il consiglio scientifico del Covid-19 ha messo in dubbio le misure politiche da adottare. Ha precisato di “affrontare queste questioni privilegiando un punto di vista sanitario”, ha riconosciuto che “gli aspetti economici più generali sono indicati per la loro importanza”, ma ha ritenuto che questo “non sia di sua competenza” (pag. 27). Ci chiediamo quindi a cosa servano l'antropologo e il sociologo che sono tra i suoi membri. Quattro giorni dopo, i due vincitori del Premio Nobel 2019 Abhijit Banerjee ed Esther Duflo hanno chiesto sul quotidiano Le Monde un generale ricontenimento della popolazione per “salvare il Natale”. Il giorno successivo (27 settembre), il ministro della Solidarietà e della Salute, Olivier Véran, ha dichiarato ai media che “non bisogna aver paura del telelavoro”. Infine alcuni giornalisti (Liberation, L'Express) hanno inventato in questi giorni una nuova etichetta da attaccare al cassetto in cui vorrebbero rinchiudere coloro che non condividono l'opinione di chi difende il governo: “rassicurazione” opposto a “responsabile”.

Un declino senza precedenti dalla seconda guerra mondiale

Tutte queste parole testimoniano la visione del mondo delle élite francesi, almeno di quelle che controllano il discorso pubblico. Purtroppo, durante questo periodo, altre realtà sono loro invisibili. A rischio di non “rassicurare”, dobbiamo infatti avvertire che il prossimo disastro non sarà virale ma economico e sociale, e che non riguarderà queste élite privilegiate ma altre categorie sociali molto più vulnerabili. Secondo [i calcoli INSEE](#), la gestione della pandemia farà perdere alla Francia una decina di punti di prodotto interno lordo (PIL), un calo senza precedenti dalla seconda guerra mondiale. Per fare un confronto, la crisi del 2008 ha causato l'anno successivo un calo inferiore al 3% del PIL. Il tasso di disoccupazione dovrebbe anche superare il 10% alla fine dell'anno, quando sono attesi più di un milione di disoccupati secondo il direttore dell'Osservatorio francese delle congiunture economiche (OFCE). Ciò implica un aumento complessivo delle disuguaglianze e della povertà, avverte il direttore dell'Osservatorio delle disuguaglianze, il quale rileva inoltre che “un gran numero di dipartimenti ha osservato a fine agosto un aumento di circa il 10% dei destinatari di RSA rispetto a all'inizio del 2020”. Non è un caso che il 30 settembre Secours populaire abbia avvertito del forte aumento

delle richieste di aiuti alimentari dopo il parto. Questo declino storico non riguarda tutte le professioni; mentre alcuni non hanno sentito passare la crisi, al contrario, colpisce pesantemente i settori del commercio e dell'artigianato, dei servizi alle imprese e delle famiglie, nonché degli artisti. Obiettivi privilegiati delle misure vincolanti del governo, il settore degli eventi, hotel e ristoranti pagano un prezzo pesante, soprattutto le frange più precarie dei loro dipendenti: temporanei e stagionali.

Le aziende e i dipendenti più vulnerabili sono i più colpiti dalla gestione della crisi

Essendo la Francia il paese più turistico al mondo, nel 2018 questo settore ha rappresentato quasi 3 milioni di posti di lavoro e circa il 7,5% del PIL. Ciò ha colpito in particolare la capitale e le regioni del Mediterraneo dipendenti dal turismo estivo. Grazie alla parziale disoccupazione dei loro dipendenti e agli aiuti di Stato, queste aziende dipendenti dal turismo sono sopravvissute quando il loro flusso di cassa ha consentito loro un anno in perdita. Gli altri (tante piccole imprese familiari) hanno già chiuso i negozi. E la maggior parte sparirà se il 2021 assomiglia al 2020. Alla fine, sono le aziende e i dipendenti più vulnerabili ad essere i più colpiti dalla gestione della crisi. Non a caso l'INSEE conta un numero significativamente maggiore di morti per Covid tra gli stranieri e gli immigrati e rileva che il dipartimento con il più alto aumento della mortalità a marzo-aprile 2020 è Seine-Saint-Denis, dipartimento più povero della Francia continentale. Come ha scritto il DREES nel suo dossier di luglio, "le disuguaglianze cumulative di fronte all'epidemia e di fronte alla reclusione rendono quindi l'attuale crisi sanitaria un forte indicatore delle disuguaglianze sociali".

La salute non è solo assenza di malattie

Inoltre, la combinazione di disagio economico e sociale oggettivo e la paura provata dalle persone più vulnerabili a causa di comunicazioni politiche e mediatiche particolarmente ansiogene ha già e avrà conseguenze per la salute fisica e mentale per molto tempo a venire: aumento consumo di tabacco, alcol e probabilmente altri farmaci e farmaci psicotropi, ansia, insonnia e altri disturbi del sonno, depressione, suicidio, sindrome da scivolamento degli anziani, ecc. Per non parlare degli effetti della paura della morte, del senso di colpa e di possibili sindromi post-traumatiche e sintomi ossessivi nelle persone infette e in altri casi "positivi" rilevati. Per quanto riguarda i bambini e gli adolescenti, non sappiamo ancora come vivranno tutto questo e le tracce che lascerà su di loro. Né è stato misurato con precisione l'impatto della chiusura delle scuole la scorsa primavera sull'abbandono scolastico e sull'insuccesso scolastico. Chi non capisce che tutto questo è però estremamente importante?

Chiediamo di porre fine alle decisioni prese nel sé

Tutti concordano sul fatto che il primo dovere del governo e di ogni cittadino è quello di proteggere chi è "a rischio", ma è tempo di considerare che la vulnerabilità è tanto psicosociale quanto fisiologica. È tempo di ricordare che la stessa OMS, nel preambolo della sua costituzione, definisce la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale [che] non consiste solo nell'assenza di malattia o infermità". Trascurare persone fragili diverse dagli anziani rischia di provocare altre malattie, i cui effetti si faranno sentire per molti anni. Infine, è ancora la costituzione dell'OMS a dichiarare che "l'opinione pubblica informata e la cooperazione attiva da parte dei cittadini sono di fondamentale importanza per il miglioramento della salute delle popolazioni". Per questo chiediamo di porre fine alle decisioni prese al centro di un "Consiglio scientifico" o di un gabinetto ministeriale, per aprire in cambio un vero dibattito democratico sulla politica sanitaria. [Qui la versione in francese dell'appello e i primi 250 firmatari](#)

Appello segnalato e tradotto da Turi Palidda

L'immunità di gregge avrebbe potuto salvare più vite del lockdown

Università di Edimburgo 8/10/20

Il lockdown in primavera potrebbe aver reso il Regno Unito più vulnerabile e aver determinato un numero di morti maggiori nel lungo periodo per Covid. A rivelarlo è uno studio dell'università di Edimburgo, che ha invocato "strategie diverse per i diversi gruppi di età con maggiore attenzione alla protezione delle persone

anziane e vulnerabili". Lo studio, finanziato in parte con fondi governativi, segue la dichiarazione di oltre 12.000 medici ed esperti medici - la "Dichiarazione di Great Barrington" - che sostiene il ritorno alla normalità, la tutela massima per anziani e i più vulnerabili della società e la cosiddetta immunità di gregge.

Lo studio dell'Università di Edimburgo ha esaminato il cosiddetto Report 9, il lavoro del professor Neil Ferguson e dei colleghi dell'Imperial College di Londra che predicavano centinaia di migliaia di morti senza un blocco per fermare la diffusione. I ricercatori hanno utilizzato lo stesso modello del Report 9 per esaminare i vari interventi possibili per le autorità governative, tra cui l'allontanamento sociale degli ultracinquantenni, l'allontanamento sociale dell'intera popolazione, la chiusura di scuole e università e l'isolamento a casa delle persone che sviluppano sintomi - per sette giorni e 14 giorni. Graeme Ackland, professore di simulazione al computer presso la School of Physics and Astronomy dell'Università di Edimburgo che ha condotto lo studio, ha dichiarato: "A breve termine, la chiusura delle scuole ha contribuito a ridurre la gravità della prima ondata, ma la decisione ci ha resi più vulnerabili alle successive ondate di infezione". I ricercatori hanno scritto nello studio: "I risultati di questo studio suggeriscono che gli interventi tempestivi si sono dimostrati altamente efficaci nel ridurre il picco della domanda di letti in unità di terapia intensiva (ICU), ma anche nel prolungare l'epidemia, in alcuni casi maggiori morti nel lungo periodo". Il documento conclude che il modello originale avrebbe fornito una buona previsione se basato su un numero di riproduzione per il virus di 3,5. (Il rapporto dell'Imperial del 16 marzo si basava sulla "R" compresa tra 2,2 e 2,4.) Il risultato controintuitivo del modello è che questo suggerisce che "la chiusura delle scuole e l'isolamento dei giovani ha aumentato il numero totale di morti, seppur rimandato a una seconda e successive ondate". Commentando lo studio, Mark Woolhouse, professore di epidemiologia delle malattie infettive presso l'Università di Edimburgo, ha dichiarato: "Forse la lezione chiave che si dovrebbe trarre da questo studio è l'avvertimento che se permettiamo al pensiero a breve termine di dettare la nostra risposta a COVID-19, allora potremmo non prendere le decisioni migliori per ridurre al minimo il carico di salute pubblica a lungo termine." L'alternativa al lockdown - proteggere solo gli anziani e le persone vulnerabili e consentire ai giovani di tornare alla normalità - avrebbe potuto ridurre l'impatto di morti. "La mia opinione generale", ha dichiarato Ackland, "è che gli esperti del governo abbiano prodotto previsioni migliori in modo affidabile rispetto agli "esperti dei giornali". In conclusione, gli autori scrivono: "La strategia ottimale per salvare vite umane in un'epidemia di Covid-19 è diversa da quella prevista per un'epidemia di influenza con un diverso profilo di età di mortalità". Per lo meno, dice Ackland, le scuole avrebbero potuto rimanere aperte facendo tutto il possibile per proteggere i gruppi più vulnerabili. La priorità assoluta era tenere la malattia fuori dagli ospedali e dalle case di cura. Non sorprende, scrive il giornalista Rob Lyons a commento dello studio, che questo era esattamente il messaggio dominante prima dell'attuazione il 16 marzo del lockdown nel Regno Unito. Il 13 marzo il professor Graham Medley, presidente di SPI-M e membro di SAGE, dichiarava infatti alla BBC Newsnight: "Questo virus rimarrà con noi per molto tempo, avremo un'epidemia e poi diventerà endemico e si unirà a tutti gli altri coronavirus che tutti abbiamo sempre, ma non disperiamo. Dovremo generare quella che chiamiamo immunità di gregge, una situazione in cui la maggior parte della popolazione è immune all'infezione. E l'unico modo per svilupparlo in assenza di un vaccino è che la maggior parte della popolazione venga infettata". "Il trucco è garantire che le persone più colpite dalla malattia ne siano protette, cosa che, nonostante il lockdown, il governo britannico non è riuscito a fare", osserva Lyons.

Il medico di Napoli che sfida la censura di De Luca: "I pazienti positivi non sono in terapia intensiva per il Covid" di Francesco Santoianni 9/10/20 l'Antidiplomatico

Covid: siamo al delirio generale. Oltre centomila tamponi al giorno pur di scovare fantomatici "focolai di Covid" che altro non sono che persone, sanissime, nelle quali i nuovi tamponi ad elevata amplificazione RT-PCR riescono a scovare rimasugli di un virus in fase calante. Media che strombazzano di ospedali al collasso e reparti di terapia intensiva strapieni. [Romani in fila per 13 ore](#) per effettuare il tampone. 205 scuole chiuse al primo studente scoperto "positivo". E un [De Luca](#) che, urgentemente, va a chiedere al governo e alla Protezione

civile “medici per seguire gli asintomatici destinati all’isolamento domiciliare” senza che nessuno gli chieda cosa mai dovrebbero fare questi medici, dovendo essi assistere degli asintomatici. Del resto, nessuno gli ha chiesto quante truffe ci saranno a seguito [della sua direttiva](#) di affidare ai laboratori privati l’effettuazione di tamponi e, quindi, di rilasciare un “certificato di negatività al virus SARS-Cov-2”, grazie al quale, si evita una quarantena (che dura almeno quindici giorni) e la chiusura, a tempo indeterminato, di un esercizio commerciale. Intanto la verità stenta a venire a galla. Praticamente ignorata dai media la [dichiarazione](#) (vedi da 1:15:34) di un medico, il dott. Alessandro Perrella dell’ospedale Cotugno di Napoli, che, sfidando [il divieto di de Luca](#) ci rivela che i soggetti in “terapia intensiva per Covid” non sono in terapia intensiva per Covid ma, giunti in ospedale per altre patologie e sottoposti a tampone, sono stati trovati positivi pur se asintomatici rispetto al Covid-19. E nessuno riferisce del reale tasso di letalità del virus SARS-Cov-2: l’Organizzazione mondiale della Sanità attesta che oggi, in tutto il mondo, il [10% della popolazione mondiale](#) risulta essere già infettato dal virus e, considerando il numero ufficiale di “morti per Covid”, il tasso di letalità del virus SARS-Cov-2 risulta essere [sostanzialmente uguale](#) a quello delle annuali influenze. Ma allora da dove nasce questo terrore che (a differenza di altri paesi che stanno tornando alla normalità) sta attanagliando l’Italia? Siamo costretti a ripeterci. A marzo, quando il governo, impose il lockdown (una “misura di cieca disperazione” come, oggi – e solo oggi - [afferma oggi Walter Ricciardi](#)), per convincere milioni di italiani a restare chiusi a casa per due mesi ricorse - oltre ad una terroristica informazione - ad un fraudolento espediente: considerare contagiati SOLO coloro che risultavano positivi ai pochi tamponi disseminati qua e là dalle Regioni e considerare come "morti per Covid" TUTTI coloro che, prima o dopo la morte, risultavano positivi al tampone. Presentando così per il virus SARS-Cov-2, uno spaventoso, quanto falso, tasso di letalità. Questo faceva collassare il sistema sanitario impedendo visite al domicilio di persone, positive al tampone, le quali, spesso, venivano spedite in ospedali, dove già si registrano ogni anno circa 10.000 morti per infezioni ospedaliere e dove venivano “curate” con terapie sbagliate (considerando che una sciagurata circolare del ministero della Salute, sconsigliando le autopsie, impediva di scoprire che il Covid uccideva per la creazione di trombi). Risultato: 35.000 “morti per Covid” contro i seimila registrati in Cina (un miliardo e mezzo di abitanti).

La rabbia per questa, evitabile, ecatombe e per la miseria prodotta dal lockdown avrebbe travolto il governo se questo, (utilizzando i milioni di ipocondriaci, disposti a subire qualsiasi cosa, creatisi durante il lockdown) non avesse procrastinato il terrore arrivando a proclanare un nuovo Stato di emergenza. Nel quale, tanto per dirne una, decine di migliaia di persone, perdurando la psicosi del "contagio" non possono ricoverarsi negli ospedali, o effettuare (se non a pagamento) indispensabili screening medici.

Ci sarebbe da scendere in piazza. Domani ci sarà a Roma la [Marcia della Liberazione](#) che, finalmente, sconfitti [opportunismi](#), dovrebbe avere al primo posto la mobilitazione contro la gestione dell’emergenza Covid. Speriamo non finisca come l’iniziativa di [Piazza Bocca della Verità](#).

Oxfam: Covid d'oro, 109 miliardi dollari di extra-profitti

10/09/20

Per 32 multinazionali da Apple a Facebook. Agli azionisti l'88%

(ANSA) - ROMA, 10 SET - Le 32 multinazionali più grandi al mondo stanno realizzando 109 miliardi di dollari in extra-profitti, nel 2020, rispetto alla media dei 4 anni precedenti, secondo il rapporto di Oxfam 'Potere, profitti e pandemia'. Da Google, Apple, Facebook, Amazon fino ai giganti farmaceutici, queste realtà hanno visto crescere i loro utili a livelli da "capogiro" e, secondo le stime della ong, destineranno l'88% dei loro profitti in eccesso agli azionisti, "arricchendo in gran misura chi è già ricco" mentre 400 milioni di posti di lavoro sono andati persi nel primo semestre per il Covid e 430 milioni di piccole imprese sono a rischio chiusura. "Il Covid-19 ha avuto conseguenze tragiche per molte persone in tutto il mondo, ma ha anche beneficiato chi si trova all'apice della piramide distributiva", commenta il policy advisor su giustizia economica di Oxfam Italia, Misha Maslennikov, spiegando che il "tema non è tanto la creazione degli utili, quanto il loro mancato reinvestimento nella produzione e nel lavoro". "È sconcertante come nel bel mezzo di questa

gravissima crisi sanitaria queste imprese destinino i loro utili quasi esclusivamente alla distribuzione dei dividendi agli azionisti o ad operazioni di buyback azionari, a discapito di investimenti produttivi e del miglioramento delle condizioni retributive dei dipendenti. Questo ha l'inevitabile risultato di ampliare le disuguaglianze". (ANSA).

La “Dichiarazione di Great Barrington” medici ed epidemiologi contro le attuali misure anti-Covid

Da Davide Donateo

12 Ottobre 2020

Il 4 ottobre 2020 negli Stati Uniti e più precisamente a Great Barrington nello stato del Massachusetts, è stata firmata una dichiarazione contro le attuali misure Anti-Covid. A firmarla epidemiologi e scienziati della salute pubblica i quali nutrono gravi preoccupazioni per gli impatti dannosi sulla salute fisica e mentale derivanti dalle politiche COVID-19 prevalenti. I medici raccomandano e chiedono invece un approccio di Protezione mirata. Una petizione che ha avuto e sta avendo un'enorme successo, oltre 230.000 firme e oltre 6000 i medici che hanno aderito.

La Dichiarazione

Provenienti sia da sinistra che da destra e da tutto il mondo, abbiamo dedicato la nostra carriera alla protezione delle persone. Le attuali politiche di blocco stanno producendo effetti devastanti sulla salute pubblica a breve e lungo termine. I risultati (solo per citarne alcuni) includono tassi di vaccinazione infantile più bassi, peggioramento degli esiti delle malattie cardiovascolari, meno screening per il cancro e deterioramento della salute mentale – che porterà a una maggiore mortalità in eccesso negli anni a venire, con la classe lavoratrice e i membri più giovani della società che portano il peso più pesante. Tenere gli studenti fuori dalla scuola è una grave ingiustizia. Mantenere queste misure in atto fino a quando un vaccino non sarà disponibile causerà danni irreparabili, con danni sproporzionati ai meno privilegiati. Fortunatamente, la nostra comprensione del virus sta crescendo. Sappiamo che la vulnerabilità alla morte da COVID-19 è più di mille volte maggiore negli anziani e negli infermi rispetto ai giovani. In effetti, per i bambini, COVID-19 è meno pericoloso di molte altre infezioni o malattie, compresa l'influenza. Man mano che l'immunità aumenta nella popolazione, il rischio di infezione per tutti, compresi i vulnerabili, diminuisce. Sappiamo che tutte le popolazioni alla fine raggiungeranno l'immunità di gregge – cioè il punto in cui il tasso di nuove infezioni è stabile – e che questo può essere aiutato da (ma non dipende da) un vaccino. Il nostro obiettivo dovrebbe quindi essere quello di ridurre al minimo la mortalità e i danni sociali fino a raggiungere l'immunità del gregge. L'approccio più compassionevole che bilancia i rischi e i benefici del raggiungimento dell'immunità del gregge, è quello di consentire a coloro che sono a minimo rischio di morte di vivere normalmente la loro vita per costruire l'immunità al virus attraverso l'infezione naturale, proteggendo meglio coloro che sono al massimo rischio. Chiamiamo questa protezione mirata. L'adozione di misure per proteggere i vulnerabili dovrebbe essere l'obiettivo centrale delle risposte di salute pubblica al COVID-19. A titolo di esempio, le case di cura dovrebbero utilizzare personale con immunità acquisita ed eseguire frequenti test PCR come tutto il personale e tutti i visitatori. La rotazione del personale dovrebbe essere ridotta al minimo. I pensionati che vivono a casa dovrebbero farsi consegnare generi alimentari e altri generi di prima necessità. Quando possibile, dovrebbero incontrare i membri della famiglia all'esterno piuttosto che all'interno. È possibile implementare un elenco completo e dettagliato di misure, compresi gli approcci alle famiglie multigenerazionali, che rientra nell'ambito e nelle capacità dei professionisti della sanità pubblica. Coloro che non sono vulnerabili dovrebbero essere immediatamente autorizzati a riprendere la vita normalmente. Semplici misure igieniche, come lavarsi le mani e restare a casa quando ci si ammala, misure che dovrebbero essere praticate da tutti per ridurre la soglia di immunità del gregge. Le scuole e le università dovrebbero essere aperte all'insegnamento di persona. Le attività extracurricolari, come gli sport, dovrebbero essere riprese. I giovani adulti a basso rischio dovrebbero lavorare normalmente, piuttosto che da casa. Dovrebbero aprire ristoranti e altre attività. Le arti, la musica, lo sport e altre attività culturali dovrebbero

riprendere. Le persone più a rischio possono partecipare se lo desiderano, mentre la società nel suo insieme gode della protezione conferita ai più vulnerabili da coloro che hanno costruito l'immunità di gregge.

Il 4 ottobre 2020, questa dichiarazione è stata redatta e firmata a Great Barrington, Stati Uniti, da:

- Martin Kulldorff , professore di medicina presso l'Università di Harvard, biostatista ed epidemiologo con esperienza nella rilevazione e nel monitoraggio di epidemie di malattie infettive e nella valutazione della sicurezza dei vaccini.
- Dr. Sunetra Gupta , professore all'Università di Oxford, un epidemiologo con esperienza in immunologia, sviluppo di vaccini e modelli matematici di malattie infettive.
- Dr. Jay Bhattacharya , professore presso la Stanford University Medical School, medico, epidemiologo, economista sanitario ed esperto di politiche per la salute pubblica che si occupa di malattie infettive e popolazioni vulnerabili.

Co-firmatari

Scienziati e medici di medicina e sanità pubblica

Dr. Rajiv Bhatia , medico, epidemiologo ed esperto di politiche pubbliche presso la Veterans Administration, USA

Dr. Stephen Bremner , professore di statistica medica, Università del Sussex, Inghilterra

Dr. Anthony J Brookes , professore di genetica, Università di Leicester, Inghilterra

Dott.ssa Helen Colhoun , professore di informatica medica ed epidemiologia e medico di salute pubblica, Università di Edimburgo, Scozia

Dr. Angus Dalgleish , oncologo, esperto di malattie infettive e professore, St.George's Hospital Medical School, Università di Londra, Inghilterra
Dott.ssa Sylvia Fogel , esperta di autismo e psichiatra presso il Massachusetts General Hospital e istruttrice presso la Harvard Medical School, USA

Dr. Eitan Friedman , professore di medicina, Università di Tel Aviv, Israele

Dr. Uri Gavish , consulente biomedico, Israele

Dr. Motti Gerlic , professore di microbiologia clinica e immunologia, Università di Tel Aviv, Israele
Dott.ssa

Gabriela Gomes , matematica che studia epidemiologia delle malattie infettive, professore, Università di Strathclyde, Scozia

Dr. Mike Hulme , professore di geografia umana, Università di Cambridge, Inghilterra
Dr. Michael Jackson , ricercatore, School of Biological Sciences, University of Canterbury, Nuova Zelanda
Dott.ssa Annie Janvier , professoressa di pediatria ed etica clinica, Université de Montréal e Sainte-Justine University Medical Center, Canada

Dr. David Katz , medico e presidente, True Health Initiative, e fondatore del Centro di ricerca sulla prevenzione della Yale University, USA
Dr. Andrius Kavaliunas , epidemiologo e assistente professore presso il Karolinska Institute, Svezia
Dott.ssa

Laura Lazzeroni , professore di psichiatria e scienze comportamentali e di scienza dei dati biomedici, Stanford University Medical School, USA

Dr. Michael Levitt , biofisico e professore di biologia strutturale, Stanford University, USA.

Destinatario del Premio Nobel per la Chimica 2013.

Dr. David Livermore , microbiologo, epidemiologo di malattie infettive e professore, Università di East Anglia, Inghilterra
Dr. Jonas Ludvigsson , pediatra, epidemiologo e professore presso il Karolinska Institute e medico senior presso l'Örebro University Hospital, Svezia
Dr. Paul McKeigue , medico, modellatore di malattie e

professore di epidemiologia e salute pubblica, Università di Edimburgo, Scozia
Dr. Cody Meissner , professore di pediatria, esperto di sviluppo, efficacia e sicurezza dei vaccini. Tufts University School of Medicine, USA

Dr. Ariel Munitz , professore di microbiologia clinica e immunologia, Università di Tel Aviv, Israele

Yaz Gulnur Muradoglu , professore di finanza, direttore del Behavioral Finance Working Group, Queen Mary University of London, England

Dr. Partha P. Majumder , professore e fondatore del National Institute of Biomedical Genomics, Kalyani, India

Dr. Udi Qimron , professore di microbiologia clinica e immunologia, Università di Tel Aviv, Israele

Dr. Matthew Ratcliffe , professore di filosofia, specializzato in filosofia della salute mentale, Università di York, Inghilterra
Dr. Mario Recker , ricercatore sulla malaria e professore associato, Università di Exeter, Inghilterra
Eyal Shaha , medico, epidemiologo e professore (emerito) di sanità pubblica, Università dell'Arizona, USA

Dr. Karol Sikora , medico, oncologo e professore di medicina presso l'Università di Buckingham, in Inghilterra
Dr. Matthew Strauss , medico di terapia intensiva e assistente professore di medicina, Queen's University, Canada
Dr. Rodney Sturdivant , scienziato in malattie infettive e professore associato di biostatistica, Baylor University, USA
Dr. Simon Thornley , epidemiologo e biostatistico, Università di Auckland, Nuova Zelanda

Dr. Ellen Townsend , professore di psicologia, capo del Self-Harm Research Group, Università di Nottingham, Inghilterra

Dott.ssa Lisa White , professoressa di modellazione ed epidemiologia, Università di Oxford, Inghilterra

Dr. Simon Wood , biostatistico e professore, Università di Edimburgo, Scozia.

“Nuove misure ingiustificate! Guardate la Svezia: più restrizioni non significano più sicurezza” ► Prof. Minelli

13 Ottobre 2020

“Bloccare tutto, e per tutto intendo persino i rapporti domestici, con una chiusura indiscriminata e per molti versi non giustificata dai numeri, non collima con il paradigma automatico di una maggiore sicurezza”. Lo ha scritto in una nota lo specialista in Immunologia clinica Mauro Minelli, commentando così le misure decretate con il nuovo Dpcm. Disposizioni che limitano di molto la socialità, quelle contenute nel documento. A partire dalle occasioni di incontro all'aperto, per finire con i “suggerimenti” rispetto ai contatti dentro casa.

Lo scopo sarebbe quello di evitare una seconda ondata e di allontanare il più possibile l'ipotesi di lockdown o semi-lockdown, ma non tutti, anche e soprattutto tra gli specialisti, sono d'accordo sull'effettiva correlazione tra misure restrittive e benefici per fronteggiare l'emergenza sanitaria. Stefano Molinari e Luigia Luciani hanno intervistato Mauro Minelli proprio per saperne di più sulla sua nota. Ecco cosa ha detto.

“Non venga letto come un tentativo di irresponsabile negazionismo. Probabilmente potrebbe essere utile a fronte di una nuova chiusura, deleteria per molte ragioni, immaginare delle misure che possano essere definite di ‘protezione focalizzata’. Come è stato verificato negli altri paesi, la gestione è stata finalizzata a proteggere le categorie più a rischio come gli over 65 alle prese con malattie croniche.

Quando parlo di chiusura non giustificata dai numeri non intendo sottostimare i numeri del Coronavirus, ma mi riferisco all'attuale pericolosità del Coronavirus. Rispetto a marzo individuo una percentuale di tamponi positivi più bassa rispetto a quella che si rilevava all'epoca, individuo un numero di soggetti in terapia intensiva assolutamente più basso rispetto a quelli precedenti. Anche di ricoverati, di decessi... Sicuramente sono stati messi a punto, nella comprensione della malattia, delle metodiche particolari che ci consentono di comprendere meglio le dinamiche della patologia. Inoltre si sta in qualche modo realizzando questo processo di immunizzazione collettiva che deve essere monitorato ma non considerato deleterio. Quella che è nota come immunità di gregge, non può non essere preso in considerazione, è un processo fisiologico di immunizzazione collettiva. Il processo va sicuramente seguito, monitorato, ma non deve essere letto come un fenomeno negativo. Ci sono voci discordanti, a fronte di questo la gente si perde. Viene a mancare un messaggio di sintesi che risenta di una visione che non sia esclusivamente virologica del problema ma che in qualche modo includa delle visioni multidisciplinari. Io riporto il modello svedese che è stato preso di mira ma che ha avuto una visione più ampia della problematica. Gli ultimi numeri danno ragione a questo modello: 657 nuovi casi e appena 5 decessi. Prima di sparare le solite cose basate su concetti generici, è il caso di avere numeri precisi”.

Covid: cosa stiamo raccontando? - Olivier Turquet 14.10.2020

Quando mi sveglio la mattina cerco di capire in che mondo sto vivendo. Sono un tipo curioso e credo che questa sia una buona caratteristica per fare il giornalista, anche per diletto, come faccio io. In più a farlo per diletto, senza nessun interesse economico, non subisco molti di quei condizionamenti che limitano spesso le possibilità di parlare di alcuni temi con libertà. Così tutte le mattine leggo i giornali, guardo un po' di news in TV, ascolto la radio, navigo sui socials e cerco di capire in che mondo siamo finiti e, soprattutto, come lo stanno raccontando i media. Quindi, negli ultimi giorni, mi sono imbattuto in alcune notizie, sicuramente poco riportate, che hanno destato la mia attenzione e che spero destino anche l'attenzione dei lettori.

Cinesi

Ieri [La Gazzetta del mezzogiorno](#), citando l'ANSA riportava il fatto che “a Qingdao sono stati fatti tamponi su 4,32 milioni di persone, poco meno della metà dei 9,4 milioni di residenti della città portuale dello Shandong”; questo a fronte del rilevamento nello scorso fine settimana di una dozzina tra positivi e malati. Contano di terminare lo screening della popolazione intera della città in una settimana. E' esattamente la stessa procedura adottata qualche tempo fa a Pechino ed è simile a quella adottata a suo tempo a [Wuhan](#).

Data la situazione assolutamente sotto controllo esistente attualmente in Cina (per approfondimenti consultare le ultime notizie sul portale [ANSA](#)) viene da chiedersi perché una tale strategia non venga rapidamente adottata nel resto del mondo. Costa caro fare i test? A me risulta che i prezzi di costo siano piuttosto contenuti, magari c'è un problema organizzativo: i test in Cina li fanno le istituzioni sanitarie e li forniscono industrie di stato senza fini di lucro. Succede solo in Cina: no, succede anche a Cuba, in Venezuela, a Mauritius, che io sappia ma, sicuramente, succede anche in altri paesi. Ma non sembra abbia molto spazio sui media.

L'ultimo video di Mauro Rango e i report dell'Istituto Superiore di Sanità

Ieri ho guardato l'[ultimo video di Mauro Rango](#) fondatore di [IppocrateOrg](#), movimento di cui abbiamo già parlato su [Pressenza](#) e con cui collaboriamo nella diffusione di una corretta ed attenta informazione sulla pandemia. Nel video Rango mette l'accento sul fatto che le conoscenze sviluppate in questi mesi ci permettono di mettere in campo strategie di cura del virus anche prima dell'arrivo dei vaccini e suggerisce l'opportunità di adottare misure di protezione che si concentrino sui soggetti a rischio. Rango commenta anche l'ultimo recente studio dell'Istituto Superiore di Sanità intitolato “[Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia](#)” con dati aggiornati ai primi di Settembre, sottolineando il fatto che la stragrande maggioranza di decessi è di persone “con covid” (i morti senza altra patologia sono 158 pari al 3,8% del totale) e, soprattutto, come sia la concomitanza con alcune patologie che aumenta sensibilmente le possibilità di un decorso grave e di decesso (malattie cardiovascolari, ipertensione, diabete), delineando in modo evidente le categorie a rischio. La proposta dunque, da più parti, sembra quella di concentrarsi prioritariamente sulla protezione e la cura dei soggetti a rischio: malati e anziani. In tal senso viene anche dagli Stati Uniti la proposta di alcuni prestigiosi immunologi sintetizzata nella [Dichiarazione di Great Barrington](#), anch'essa pubblicata da poco su Pressenza, sottoscritta da numerosi medici, scienziati, intellettuali e persone comuni.

Priorità ambientali

E' finita domenica la [settimana di ribellione](#) in Italia di Extinction Rebellion; settimana svoltasi, è bene sottolinearlo, nel più rigoroso rispetto delle norme anti-covid; lunedì i militanti hanno ulteriormente protestato denunciando che nel decreto sviluppo ci sono ben pochi punti significativi verso la decarbonizzazione e verso norme efficaci nel combattere la crisi ecologica. L'emergenza covid ha dimostrato, se ce n'era bisogno, che si possono prendere provvedimenti anche radicali (come il prolungato lockdown che abbiamo vissuto in Italia) che hanno avuto la concreta conseguenza di migliorare alcuni dati di inquinamento portando gli scienziati che calcolano l'[overshoot day](#) a spostarlo, per la prima volta da quando è calcolato, indietro rispetto all'anno precedente. Cosa voglio dire: che il movimento ecologista (venerdì scorso i Fridays for Future hanno fatto il loro [sciopero globale](#)) sta sottolineando come la vera emergenza non è quella sanitaria ma ecologica e che il

contrasto alla pandemia e le risorse corrispondenti dovrebbero essere dedicate e coordinate con riforme strutturali tese alla soluzione dei gravi problemi ecologici ed energetici che stanno arrivando.

La gratuità dei farmaci

Ieri abbiamo pubblicato l'interessante comunicato di [Medici senza Frontiere](#) che sottolinea l'istanza portata avanti dai governi dell'India e del Sudafrica affinché in sede ONU si vieti di brevettare qualunque cura, farmaco o vaccino utile al contrasto del Covid-19 almeno finché non termini la pandemia. Un'istanza minima ma significativa che ricorda come sia inconcepibile e moralmente indecente pensare di fare soldi sulla salute delle persone. Il Movimento Umanista porta avanti da almeno 40 anni la rivendicazione che la sanità debba essere pubblica, gratuita di eccellente qualità e di accesso a tutti; qualcosa che ai tempi è stata accolta con sorrisetti dedicati agli utopisti centomila volte ma ora vediamo che, nel corso del tempo, altre persone, movimenti, istituzioni e associazioni si sono unite a questa richiesta e che questa è giunta all'opinione pubblica anche se, non sempre all'opinione che si pubblica" (come direbbe Chomsky). Il tema della gratuità e dell'accessibilità dei farmaci è stato più volte sollevato da numerose istanze, dagli stessi [Medici Senza Frontiere](#), dalla [campagna internazionale umanista #salutedirittouniversale](#), dalla [lettera al Segretario Generale](#) promossa dall'Agorà degli abitanti della Terra, in Italia da [Medicina Democratica](#) e ora da questa iniziativa presso l'ONU.

Quali sono le notizie rilevanti?

Ho citato alcune recenti notizie che non mi pare abbiano avuto molto rilievo nella narrazione mediatica di questi ultimi giorni. Si suppone che i media dovrebbero pubblicare notizie rilevanti. Banale ma è così. Non sono rilevanti? Non affrontano il serio problema globale in cui ci stiamo trovando? Meglio parlare dei calciatori infetti, delle gaffes del il Ministro della Salute a una nota trasmissione televisiva, ripetere dati senza darne il contesto, la portata, senza paragonarli con altri dati, a volte senza nemmeno controllarne la veridicità? Mi pare che sia in corso una divergenza globale tra due tendenze: quella di chi si preoccupa della salute delle persone e quella di chi si preoccupa del profitto a qualunque costo: queste due tendenze coinvolgono in egual misura persone, associazioni, movimenti istituzioni, governi e organi di informazione. Forse qualcuno cade nella trappola senza neanche rendersene conto, qualcuno lo fa coscientemente, qualcuno sa a chi deve rendere conto. Non siamo riusciti a proibire in televisione la pubblicità agli alcoolici pensate di riuscire a proibire quella sui prodotti farmaceutici? Come coordinatore della redazione di un organo di informazione invito fortemente e con urgenza ogni attore dell'informazione a riflettere sul lavoro che sta facendo e sulla direzione che sta appoggiando. Se l'informazione abdica al suo ruolo di controllo degli altri poteri restandone invece succube perde la sua funzione sociale ed anche il senso profondo della sua azione. Gli attori economici e politici che stanno giocando questa partita sono potenti e spesso in conflitto tra di loro. Corrono in giro voci da controllare e che è serio pubblicare solo dopo verifica: governi da silurare, farmaci da vendere, bond da incassare. All'orizzonte un Essere Umano sempre più schiacciato, considerato un numero statistico, che vive in un pianeta sempre più in pericolo di diventare inabitabile; un Essere Umano un po' sballottato e sconcertato da quel che sta accadendo, che ha bisogno di un salto evolutivo grande, ogni giorno più necessario. Ed è bene, nel relazionarsi con gli altri, nell'occuparsi di persone e non di numeri, ricordare una vecchia frase di Silo: "In ogni poveraccio che incontrate per strada c'è qualcosa di molto grande. E quando quel poveraccio soffre c'è qualcosa di molto grande che invoca il cielo".

Altri 10 esperti che mettono in discussione il panico da coronavirus

By Ruggie Ott 14, 2020 Off-guardian.org

Il mese scorso il dottor [Martin Feeley è stato costretto a dimettersi](#) dal suo incarico nella direzione del gruppo ospedaliero di Dublino dopo aver dichiarato pubblicamente che [il virus non era pericoloso](#) e che le politiche di blocco facevano più male che bene. Solo pochi giorni fa, il dottor Marcus De Brun – un medico irlandese che si è [dimesso dal suo incarico governativo](#) per protestare contro le [politiche di Covid – ha cancellato il suo twitter](#)

[\[link all'archivio\]](#) e ha dichiarato di “farsi da parte” rispetto al dibattito pubblico sulla pandemia. Questi singoli esempi dipingono un quadro più grande – lentamente ma inesorabilmente gli esperti medici che si oppongono alla narrazione della “pandemia” vengono censurati, rimossi e spinti fuori dalla conversazione. Quando l’ultima voce dissenziente sarà finalmente chiusa, l’establishment rivendicherà che la “scienza si è accordata”. Ebbene, la scienza non si è accordata e, per aiutare a ricordarlo a tutti, ecco altri 10 esperti che mettono in discussione la crisi del Coronavirus.

[La dottoressa Dolores Cahill](#) è una ricercatrice irlandese specializzata in immunologia e oncologia e docente di Scienze di Traslazione all’University College Dublin School of Medicine. Sh è stata consulente scientifica per tre governi nazionali – Irlanda, Svezia e Germania – ed è vicepresidente del Comitato scientifico dell’Iniziativa per la medicina innovativa (IMI).

[Le è stato anche chiesto di dimettersi dal suo incarico all’IMI](#) a causa della sua posizione su Covid19.

Cosa dice:

Ecco due cose, due cose importanti che voglio dire alla gente... Prima di tutto ci dovrebbe essere molta speranza che questo virus non sia così pericoloso come si sta dimostrando, e ci sono anche questioni importanti, come i media stanno riportando il numero di casi in cui in realtà qualcuno che ha avuto il virus – come me che ho avuto questo virus a gennaio e febbraio – il tuo sistema immunitario lo elimina dopo dieci giorni e poi sei immune a vita. Quindi non sei un caso, sei immune a vita...

[...]

Poi la seconda cosa è che possiamo vedere che in Irlanda, come a livello globale, la metà delle persone che muoiono hanno più di 80 anni e che diremo che bambini e chiunque abbia meno di 50 anni – a meno che non soffra di patologie croniche come la fibrosi cistica – non avrà alcun problema. Quindi quello che sto dicendo è che non c’è bisogno dell’isolamento e che potremmo tutti tornare a lavorare.

Il [Prof. Carl Heneghan](#) è un medico di medicina generale britannico, direttore del Centre for Evidence-Based Medicine dell’Università di Oxford e membro del Kellogg College. È anche redattore capo del BMJ Evidence-Based Medicine. È uno dei fondatori di AllTrials, un’iniziativa internazionale che chiede la pubblicazione di tutti gli studi e la comunicazione dei loro risultati.

Quello che dice:

Nel corso delle nostre attività di raccolta delle prove, abbiamo esaminato alcune migliaia di documenti che riportano studi su tutti gli aspetti della diffusione di Covid-19. Abbiamo scoperto che non molti hanno definito un caso di Covid, il che è un segno di negligenza visto che è ciò che si cerca. Coloro che lo hanno definito, hanno riportato diverse definizioni e modi di accertare cosa intendevano per “caso”.

Ora, questa può sembrare un’osservazione accademica pedante, ma in realtà sottolinea il caos che si è insinuato nella scienza e nel processo decisionale sul Covid-19. [...]

Che cosa significa un caso Covid 19 e come le diverse nazioni definiscono un caso? Abbiamo esaminato la definizione di un caso data dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, dai Centri per il Controllo delle Malattie degli Stati Uniti e dell’Unione Europea, Cina, Italia, Spagna, Francia. [...]

La definizione del governo britannico si basa sui sintomi clinici e si raccomanda di effettuare test per i casi che stanno abbastanza bene da poter rimanere nella comunità. Non vengono fornite indicazioni su come interpretare tale test o su come prendere decisioni. È interessante notare che la spiegazione del Public Health England sui metodi per il conteggio dei casi è la seguente:

“Se una persona ha un test sia negativo che positivo, allora verrà contato solo il suo test positivo. Se una persona è risultata positiva sia nel primo che nel secondo pilastro, allora viene contato solo il

primo caso positivo”. Una persona asintomatica che è risultata positiva potrebbe avere due test di conferma negativi, ma verrebbe comunque contata come un caso confermato. Ma in Galles, i dati vengono dedotti su episodi di 42 giorni; se qualcuno viene sottoposto al test due volte, a 43 giorni di distanza l’uno dall’altro, sarà incluso due volte nella misura del conteggio dei casi. [...]

Abbiamo già scritto sull’uso inappropriato del test PCR come attualmente utilizzato, e la deliziosa vaghezza della dichiarazione è gravida di conseguenze. Soglie arbitrarie possono essere così alte che il Regno Unito potrebbe essere diretto verso il blocco perpetuo, in quanto ogni minuto frammento e detriti del coronavirus saranno considerati positivi.

Ne deduciamo che un “caso” segnalato è molto probabilmente semplicemente il risultato di un test PCR positivo. Il nuovo orientamento non ha senso, a meno che non fornisca una chiara soglia per i limiti di rilevazione. Per molti il cui test risulta positivo, potrebbe non esserci nulla di registrato su eventuali sintomi clinici.

– “Cosa significa veramente un caso di Covid-19?”, The Spectator 14 settembre 2020**

È essenziale adeguarsi al numero di prove che si stanno effettuando. Leicester e Oldham hanno visto un aumento significativo dei test in breve tempo. Leicester, per esempio, nelle prime due settimane di luglio ha fatto più test che in qualsiasi altra parte dell’Inghilterra: 15.122 test completati nelle due settimane fino al 13 luglio. Il rischio che i falsi positivi (quelle persone senza la malattia che risultano positive) guidino l’aumento dei casi di comunità (Pilastro 2) è sostanziale, soprattutto perché non è chiara l’accuratezza del test e l’individuazione di virus vitali all’interno di una comunità.

– [I casi COVID in Inghilterra non sono in aumento: ecco perché](#), CEBM 2 agosto 2020

*Co-autore con il dottor Tom Jefferson, apparso in una precedente edizione di questa serie.

Il [dottor Karol Sikora](#) è un medico britannico specializzato in oncologia e professore di medicina all’Università di Buckingham. È fondatore e direttore medico della Rutherford Health, una società che fornisce servizi di terapia protonica, ex direttore del Programma dell’Organizzazione Mondiale della Sanità per la lotta contro il cancro e direttore dell’Oncologia medica presso il Centro oncologico delle Bahamas.

Cosa [dice](#):

In sintesi, la nostra opinione è che il percorso politico esistente non è coerente con il profilo di rischio conosciuto di Covid-19 e dovrebbe essere riconsiderato. L’obiettivo non dichiarato attualmente sembra essere quello di sopprimere il virus, fino a quando non sarà possibile utilizzare un vaccino. Questo obiettivo è sempre più impraticabile (nonostante le nostre preoccupazioni più specifiche riguardo alle politiche esistenti) e sta portando a danni significativi in tutte le fasce d’età, il che probabilmente neutralizza qualsiasi beneficio. [...]

Gli interventi comportamentali che cercano di aumentare la percezione della minaccia del Covid dovrebbero essere riconsiderati, in quanto probabilmente contribuiscono ad impatti negativi sulla salute fisica e mentale al di là del Covid. Si dovrebbe anche considerare se le politiche che hanno lo scopo di “rassicurare”, possano di fatto rafforzare una percezione più elevata del rischio. Sarebbe preferibile fornire al pubblico informazioni obiettive sul rischio effettivo che corre a causa di Covid-19, in base all’età e allo stato di salute.

– Boris Johnson deve ripensare con urgenza la sua politica di Covid”, The Spectator 21 settembre**
Intervista a UnHerd, 18 maggio 2020:

**Co-autore con il dottor Carl Heneghan (sopra) e la dottoressa Sunetra Gupta, apparsa in una precedente edizione di questa serie.

Il [dottor Michael Yeadon](#) è un medico e ricercatore britannico, ex direttore scientifico di Pfizer e co-fondatore di Ziarco Pharma Ltd.

Cosa dice:

Credo di aver identificato una grave, fatale falla nel test PCR utilizzato in quello che il governo britannico chiama “screening del secondo pilastro”, ovvero il test di molte persone nelle loro comunità. [...]

Il governo ha deciso di chiamare una persona “caso” se il suo campione di tampone è risultato positivo all’RNA virale, che è quello che viene misurato con il PCR. Il campione di una persona può essere positivo se ha il virus [...] Può anche essere positivo se ha avuto il virus alcune settimane o mesi fa ed è guarito. C’è anche una piccola possibilità che alti carichi di coronavirus imparentati, ma diversi coronavirus... possano reagire anche nel test PCR.

Ma c’è una situazione finale in cui una persona può essere positiva e si tratta di un processo casuale. Può avere cause multiple, come il fatto che la tecnica di amplificazione non sia perfetta e quindi amplifichi le sequenze ‘esche’ inserite con il campione, con l’obiettivo di sposarsi con l’RNA virale SARS-CoV-2 correlato. Ci saranno molti altri contributi a tali positivi. Questi sono quelli che vengono chiamati falsi positivi. [...]

A causa dell’alta percentuale di falsi positivi e della bassa prevalenza, quasi tutti i test positivi, i cosiddetti casi, identificati dal secondo pilastro dal maggio di quest’anno, sono stati FALSI POSITIVI. Non solo una piccola percentuale. Non un quarto o addirittura la metà dei positivi è FALSO, ma circa il 90%.

– Lies, Damned Lies and Covid Statistics – the Deadly Danger of False Positives, LockdownSceptics.org, 20 settembre 2020

Il [dottor Jean-François Toussaint](#) è un medico francese e professore di fisiologia all’Université Paris-Descartes. È anche direttore dell’Istituto di Ricerca Biomedica e di Epidemiologia dello Sport (IRMES) ed ex membro dell’Alto Consiglio della Sanità Pubblica.

Cosa dice:

Oltre a quelle direttamente legate alle misure essenziali per combattere la SARS-CoV-2, le conseguenze sociali, economiche e sanitarie di un confinamento generalizzato saranno notevoli. È prevedibile che tutti questi effetti porteranno a un calo dell’aspettativa di vita nei prossimi anni. [...] [Il lockdown] è stato guidato da stime che sono state proposte il 12 marzo... In questo lavoro, però, molte cose erano sbagliate: i modelli erano sbagliati, le proiezioni erano sbagliate; le simulazioni non sono ancora riproducibili, le giustificazioni rimangono infondate. E gli studi attualmente pubblicati ripetono gli stessi errori: modelli ingenui e superati, algoritmi instabili, previsioni inutili... Eppure è su tali simulazioni che si è giocata la paralisi di metà dell’umanità.

Una risposta inadeguata può portare alla morte di un individuo. A livello di società, può causare il suo collasso e bloccare il futuro dei nostri figli.

– “Prima valutazione di Covid-19: Abbiamo ceduto al panico”, UP Magazine 28 maggio 2020 (tradotto dal francese)

Il [dottor Priyad Ariyaratnam](#) è un chirurgo britannico, ricercatore medico e NIHR Clinical Lecturer & Speciality Registrar in Cardiothoracic Surgery presso la Hull York Medical School.

Quello che dice:

Anche se è importante mitigare la perdita di vite umane laddove possibile, non possiamo mai ridurre il rischio a zero. La maggior parte delle persone sopravviverà grazie alle loro difese immunitarie naturali. In attesa di un vaccino, quindi, non credo che dovremmo distruggere il reddito e i mezzi di sussistenza di milioni di persone, impedire l’istruzione e lo sviluppo sociale dei bambini inutilmente o cancellare le cure per altre malattie come il cancro, perché questo causerà più danni del virus a lungo termine.

– Tre ragioni per cui un vaccino contro il coronavirus potrebbe non essere possibile, The Spectator 23 maggio 2020 *

Durante questa pandemia abbiamo imparato che esistono metodi alternativi e meno draconiani, come quelli impiegati con successo in nazioni come la Svezia e Taiwan, che possono essere integrati con le lezioni che abbiamo imparato nel Regno Unito (come l'importanza di proteggere le case di cura) per creare strategie efficaci e socialmente più accettabili alle quali la popolazione è più propensa ad aderire. Se è importante non prendere alla leggera la minaccia di questo virus e fare tutto il possibile per proteggere i più vulnerabili nella nostra società, è altrettanto importante che molti dei diritti che diamo per scontati – come il diritto al lavoro, il diritto dei nostri figli di ricevere un'istruzione ottimale e il diritto di riunirsi pacificamente – non siano compromessi inutilmente. In caso contrario, potremmo creare un precedente molto pericoloso.

– [La repressione del coronavirus stabilisce un pericoloso precedente](#), The Spectator 25 settembre 2020

Il dottor Martin Feeley – che forse ricorderete dalla presentazione – è un medico irlandese ed ex Senior Doctor con l'Health Service Executive dell'Irlanda e direttore clinico del Dublin Midlands Hospital Group.

Dopo aver rilasciato un'intervista in cui ha interrogato il “draconiano” lo scorso 12 settembre, [è stato costretto a dimettersi il 18 settembre](#).

Cosa dice:

La reazione dei media a questi casi, a parte la giusta gravità nel riportare i decessi per una grande catastrofe, ora rasenta l'isteria. Aprire un telegiornale con il numero di persone risultate positive per una condizione meno pericolosa dell'influenza, che molti non sanno nemmeno di avere, è allarmistico.

– *Restrizioni “draconiane” intorno a Covid-19 condannate dal medico HSE*, Irish Times 12 settembre 2020 *

L'esperienza irlandese è molto simile [agli Stati Uniti] – fino a metà agosto il 94 per cento dei decessi è avvenuto in pazienti con problemi medici già presenti. Un gruppo guidato da Stanford ha analizzato oltre 100.000 decessi legati alla Covid-19 in Europa, Irlanda compresa, e negli Stati Uniti, e ha concluso che “i decessi di persone sotto i 65 anni senza condizioni predisponenti erano notevolmente rari”.

Un'altra caratteristica importante è il numero di persone che contraggono il virus e rimangono completamente asintomatiche. In scenari estremamente ben definiti, come la nave da crociera Diamond Princess e la portaerei Theodore Roosevelt, quasi il 66% dei test positivi sono risultati completamente asintomatici, mentre un rapporto della Cina suggerisce che il 78% dei casi è risultato asintomatico.

– [“Giovani e sani devono poter vivere la loro vita”](#), Irish Times 24 settembre 2020

Il [dott. Beda M. Stadler](#) è un biologo molecolare svizzero ed ex direttore dell'Istituto di immunologia dell'Università di Berna. Stadler ha svolto ricerche di base nel campo dell'allergologia e dell'autoimmunità e ricerche applicate per la produzione di anticorpi umani ricombinanti o artificiali.

Cosa dice:

Potrei prendermi a schiaffi, perché ho guardato la Sars-CoV2 troppo a lungo in preda al panico. Sono anche un po' seccato con molti dei miei colleghi di immunologia che finora hanno lasciato la discussione su Covid-19 a virologi ed epidemiologi. Credo sia giunto il momento di criticare alcune delle principali e completamente sbagliate dichiarazioni pubbliche su questo virus.

In primo luogo, è stato sbagliato affermare che questo virus era nuovo. In secondo luogo, è stato ancora più sbagliato affermare che la popolazione non avrebbe già una certa immunità contro

questo virus. In terzo luogo, è stato il coronamento della stupidità affermare che qualcuno poteva avere il Covid-19 senza alcun sintomo o addirittura trasmettere la malattia senza mostrare alcun sintomo. [...]

Quelle persone giovani e sane che attualmente vanno in giro con una maschera sul viso starebbero meglio se indossassero un casco, perché il rischio che qualcosa cada sulla loro testa è maggiore di quello di avere un grave caso di Covid-19.

– “Coronavirus”: Perché tutti si sbagliano”, *WeltWoche 10 giugno 2020* [[Originale in tedesco](#)]
[Tradotto in [inglese](#) da [BacktoReason](#) on Medium]

Il [dottor Stefan Hockertz](#) è un ricercatore tedesco nel campo della biologia, biotecnologia e farmacologia, ed ex professore di tossicologia, farmacologia e immunotossicologia molecolare all’Università di Amburgo, nonché membro del gruppo di lavoro Fraunhofer per la tossicologia e la medicina ambientale.

Il dottor Hockertz ha anche lavorato come direttore dell’Istituto di Farmacologia e Tossicologia Sperimentale e Clinica presso l’Ospedale Universitario di Eppendorf, e come fondatore e amministratore delegato di TPI Consult, una società di ricerca biotecnologica.

Cosa dice:

I dati provenienti da popolazioni chiaramente delineate, come quelli della nave da crociera Diamond Princess, o tutti i contatti tracciati dei primi 100 casi taiwanesi (Cheng et al., 2020) parlano un linguaggio chiaro che è supportato da un nuovo studio di modellazione: il virus non infetta tutti indistintamente. Ovviamente, l’immunità naturale può prevenire molte infezioni, ed è la ragione per cui Gomes e colleghi stimano che solo il 7%-18% delle persone infette in una popolazione sono sufficienti per raggiungere l’immunità del gregge. Questa è in realtà una buona notizia che aiuta la scienza a comprendere questa infezione, e il nostro obiettivo era quello di indicare questa caratteristica dell’infezione, che era già visibile nei dati di Wuhan.

– [“Una risposta al dottor Pan e al dottor Wu”](#), lettera stampata sulla rivista *Toxicology issue 441*, agosto 2020***.

*

Le misure di salute pubblica sono state effettivamente efficaci, come è ampiamente ipotizzato, nell’arrestare la diffusione del virus? I dati non sembrano sostenere questa conclusione. Perché allora il numero di riproduzione R0 sarebbe sceso sotto 1 già il 24 gennaio, appena un giorno dopo il blocco del traffico, quando si suppone che il tempo medio di incubazione sia di circa 5 giorni? Perché una persona avrebbe una probabilità inferiore del 29% di diventare un caso grave o critico durante il secondo periodo, quando non sono state adottate misure di salute pubblica, se il blocco e le misure successive sono state di fatto efficaci non solo per contenere il virus, ma anche per prevenire i casi gravi?

– [“Wuhan Covid19 data – più domande che risposte”](#), lettera alla rivista *Toxicology issue 440*, luglio 2020***

***Sono entrambi co-scritti con il [dottor Harald Walach](#), psicologo tedesco e professore di metodologia di ricerca in medicina complementare all’Università Europea Viadrina di Francoforte.

[Docs4OpenDebate](#) è una raccolta di operatori sanitari con sede in Belgio. Il mese scorso hanno inviato una lettera aperta al governo belga per chiedere la fine del blocco, in quel periodo la lettera ha raccolto oltre 13.000 firme, di cui 561 sono medici. La loro inclusione potrebbe giustamente trasformare questo da “10 esperti” in “570 esperti”, ma sembrerebbe un’esagerazione.

Quello che dicono:

Covid-19 non è un virus del raffreddore, ma una condizione ben curabile con un tasso di mortalità paragonabile all'influenza stagionale. In altre parole, non c'è più un ostacolo insormontabile alla salute pubblica. Non esiste uno stato di emergenza. [...]

Una discussione aperta sulle misure da coronavirus significa che, oltre agli anni di vita guadagnati dai pazienti affetti da corona, dobbiamo tenere conto anche di altri fattori che influiscono sulla salute dell'intera popolazione. Tra questi vi sono i danni in ambito psicosociale (aumento della depressione, dell'ansia, dei suicidi, della violenza intrafamiliare e degli abusi sui minori) e i danni economici. Se si tiene conto di questi danni collaterali, la politica attuale è sproporzionata, il proverbiale uso di una mazza ferrata per aprire una nocciolina.

Troviamo sconvolgente che il governo invochi la salute come motivo per la legge di emergenza. Come medici e professionisti della salute, di fronte a un virus che, in termini di nocività, mortalità e trasmissibilità, si avvicina all'influenza stagionale, non possiamo che respingere queste misure estremamente sproporzionate. Chiediamo quindi la fine immediata di tutte le misure.

– [“Gli operatori sanitari belgi chiedono la fine dell'isolamento”](#), 5 settembre 2020

BONUS: Il dottor Sucharit Bhakdi, il primo esperto della nostra prima lista, ha pubblicato un libro sulla crisi del coronavirus. [Corona: Falso allarme](#), è disponibile in inglese e tedesco presso tutti i maggiori venditori di libri.

In totale, la nostra collezione di esperti conta oggi più di 40 persone, ed è tutt'altro che esaustiva. Infatti, se si includono quelli che hanno firmato le lettere aperte, siamo ben oltre 1000 a questo punto.

Ricordatevelo quando i media mainstream vi chiamano “negazionisti del covid”, o tentano di dipingere un falso consenso dichiarando che la “scienza è compatta”. Le edizioni precedenti di questa serie: [Parte 1](#), [Parte 2](#), [Parte 3](#). Per la prossima voce di questa serie stiamo considerando una lista di “Esperti legali” – avvocati, giudici che hanno contestato l'isolamento sulla base delle libertà civili e dei diritti umani. Se ne conoscete qualcuno, vi preghiamo di contattarci o commentare qui.

Fonte: <https://off-guardian.org/2020/10/06/another-10-experts-questioning-the-coronavirus-panic/>
Pubblicato il 6 ottobre 2020

La delazione funziona Moravagine Ott 14, 2020

Lo scorso sabato sera, a Milano, è accaduto un misfatto di cui le diverse testate han dato notizia solo nelle ultime ore. Un ristoratore di origine peruviana si è recato nel suo locale nonostante si trovasse in isolamento domiciliare fiduciario poiché positivo (asintomatico) al coronavirus. I carabinieri sono riusciti a bloccare il lestofante prima che si allontanasse, dopo aver servito ai tavoli, inzaccherato le cucine e sputacchiato qualche droplet. Ad allertarli era stato un eroico ma anonimo cittadino (a lui va tutta la nostra gratitudine).

L'esercente ora rischia una pena dai 3 ai 18 mesi di carcere, oltre ad una sanzione da 500 a 5000 euro (speriamo 5000), per aver disobbedito ad un ordine “legalmente dato per impedire la diffusione di una malattia infettiva dell'uomo”. Il suo ristorante resterà chiuso per cinque giorni, il tempo necessario alle opportune sanificazioni. Tutti i malcapitati che si sono trovati a respirare, loro malgrado, il suo fiato contaminato, verranno presto contattati dalle autorità sanitarie per essere tamponati e quarantenati: fra questi, anche alcuni clienti, che si sono precipitati a scrivere recensioni avvelenate su Tripadvisor. Questa notizia dimostra che la delazione funziona: senza la segnalazione del solerte cittadino, infatti, si sarebbe originato un letale focolaio, ancor più pericoloso poiché di dimensioni (potenzialmente) internazionali.

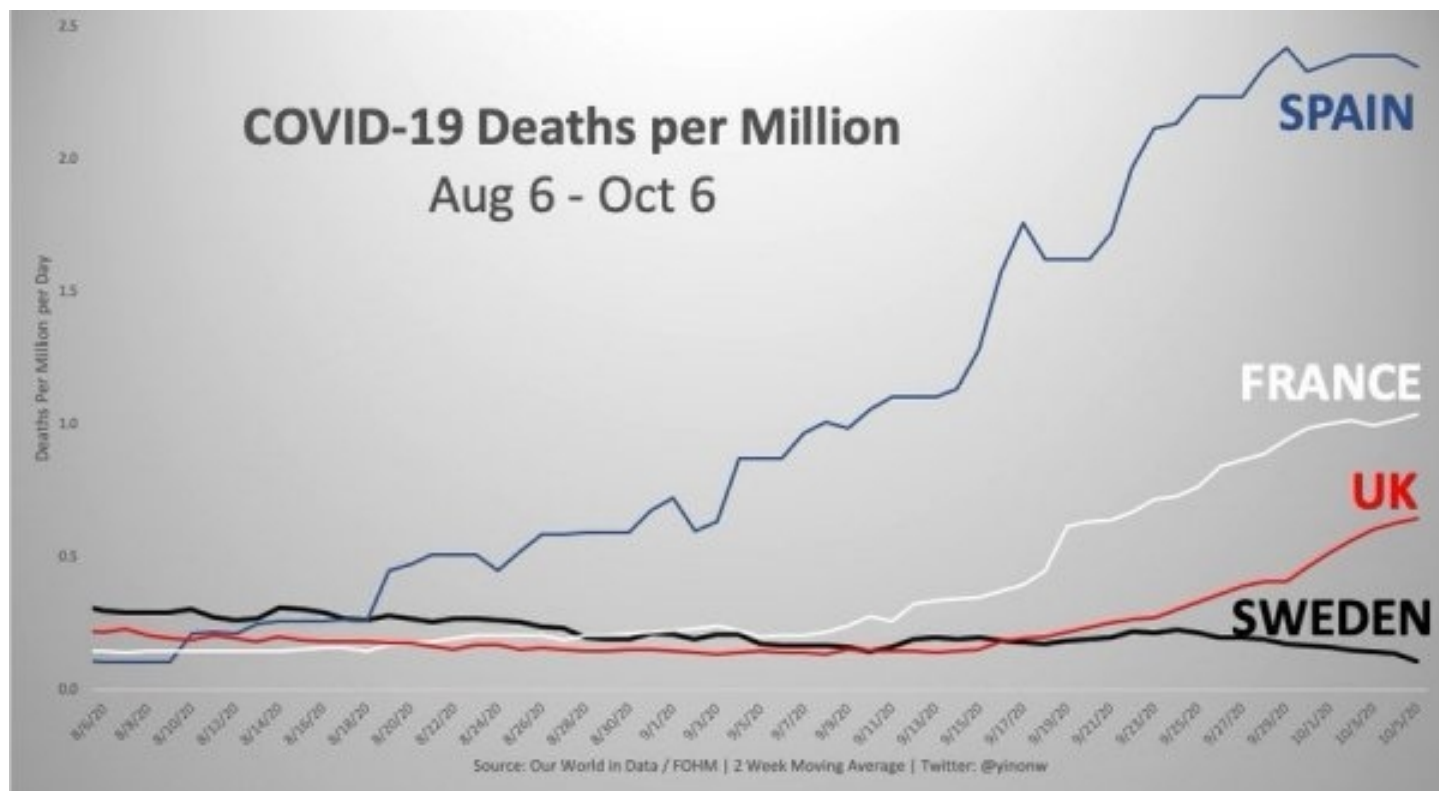
A coloro i quali van dunque blaterando sui vari social media di analogie con l'OVRA dell'Italia fascista, con la Cina della Rivoluzione Culturale o con i sistemi di controllo della DDR, ricordiamo una laconica verità: quelli là erano brutti e cattivi, questi qua lo fanno per il nostro bene e ci salvano la vita.

Cinque grafici che mostrano che la strategia svedese ha funzionato. e il confinamento è fallito

di Jon Miltimore – 14/10/2020

Fonte: Comedonchisciotte

I funzionari del governo in Svezia hanno annunciato questa settimana che il governo prevede di mantenere le sue leggere restrizioni sui raduni “per almeno un altro anno” per mitigare la diffusione di COVID-19. A



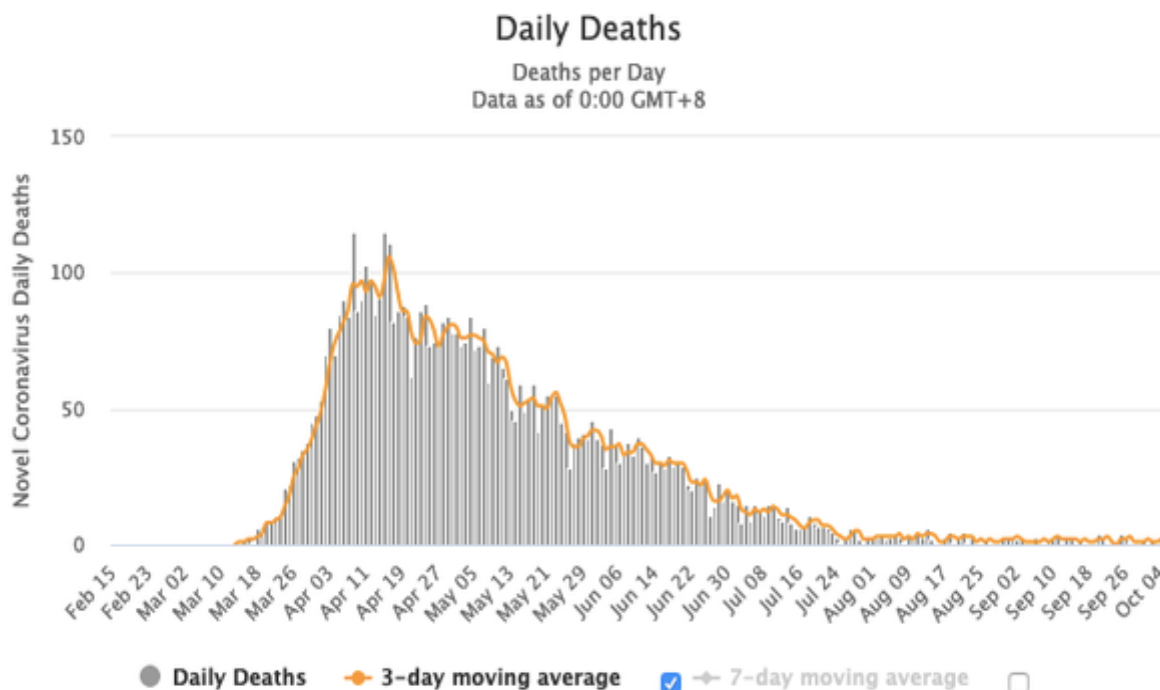
differenza della maggior parte degli altri Paesi europei e delle nazioni del mondo, la Svezia ha rifiutato di avviare un blocco nazionale o di mascherare i mandati, optando invece per una politica che limitava i grandi raduni e si affidava alla responsabilità sociale per rallentare la trasmissione del virus. Per mesi, la Svezia è stata criticata per la sua decisione di rinunciare a un blocco economico. “La Svezia diventa un esempio di come non gestire COVID-19”, ha dichiarato la CBS nel suo titolo in un articolo di luglio. La Svezia era diventata una “storia d’avvertimento”, ha dichiarato il New York Times nello stesso mese. “Ci stanno portando alla catastrofe”, ha avvertito il Guardian a marzo. Si possono trovare dozzine di esempi simili. Ogni settimana che passa, però, diventa sempre più chiaro che la Svezia ha capito bene il virus. Tanto per cominciare, i funzionari svedesi sottolineano che anche se le misure di lockdown hanno salvato delle vite, non possono essere sopportate a lungo. “Le misure che si stanno adottando in Europa non sono sostenibili, stiamo cercando di trovare un livello che sia continuo e che mantenga bassa la diffusione. Non possiamo liberarcene, ma possiamo mantenerla ad un livello ragionevole”, ha detto Johan Carlson, il direttore generale dell’agenzia svedese per la salute pubblica, in un’intervista rilasciata domenica all’emittente pubblica SVT.

Vale anche la pena sottolineare che la Svezia ha evitato una parte della carneficina economica dei suoi vicini europei con l’attuazione di duri provvedimenti di blocco. In agosto, la BBC ha sottolineato che l’economia svedese ha subito molti meno danni durante la pandemia. Entrambi questi fatti contribuiscono a spiegare perché la Svezia non ha assistito ai diffusi disordini sociali che altre nazioni hanno visto.

“Si sta manifestando una certa stanchezza che dura da mesi”, ha ammesso Carlson. “Ma non vediamo rabbia o aggressività, non vediamo le stesse reazioni che si vedono in Europa”. Non dovrebbe essere una sorpresa. La

vita in Svezia è ancora relativamente normale. La gente non ha mai smesso di frequentare ristoranti e bar, piscine o parchi. Le scuole e i luoghi di lavoro sono rimasti aperti. Di conseguenza, le proteste di massa, la violenza e i picchi di deterioramento della salute mentale, le overdosi di droga e i tentativi di suicidi in tutto il mondo hanno visto, nel 2020, una sostanziale assenza in Svezia. Forse la cosa più importante è che il “tocco leggero” della Svezia sembra aver domato COVID-19. Mentre molti paesi europei che hanno attuato l’isolamento stanno assistendo a una recrudescenza del virus, i casi e i decessi della Svezia rimangono in netto contrasto con le altre nazioni europee.

Daily New Deaths in Sweden



[Non solo nessun obbligo di mascherine, ma quasi nessuno indossa la maschera in Svezia. Mai chiuso. Dio benedica questo paese libero.]

It’s true there was concern around a slight uptick in cases that began in mid-September, but the increase is well below other European nations, which has resulted in fewer COVID-19 related deaths.

E’ vero che c’è stata preoccupazione per un leggero aumento dei casi iniziato a metà settembre, ma l’aumento è ben al di sotto delle altre nazioni europee, il che ha portato a un minor numero di decessi legati alla COVID-19. Yinon Weiss, fondatore di RallyPoint e laureato alla Harvard Business School, ha dimostrato che l’attuale tasso di mortalità giornaliera della Svezia è esponenzialmente inferiore – di 25, 10, e 7 volte – rispetto a molti dei suoi omologhi europei che hanno dato il via a severe misure di blocco, come la Spagna, il Regno Unito e la Francia.



[Svezia: aggiornamento: La situazione deve diventare imbarazzante per la Spagna, la Francia e il Regno Unito che si stanno di nuovo mettendo in lockdown. La Svezia si sta godendo scuole aperte, attività commerciali aperte e niente maschere.

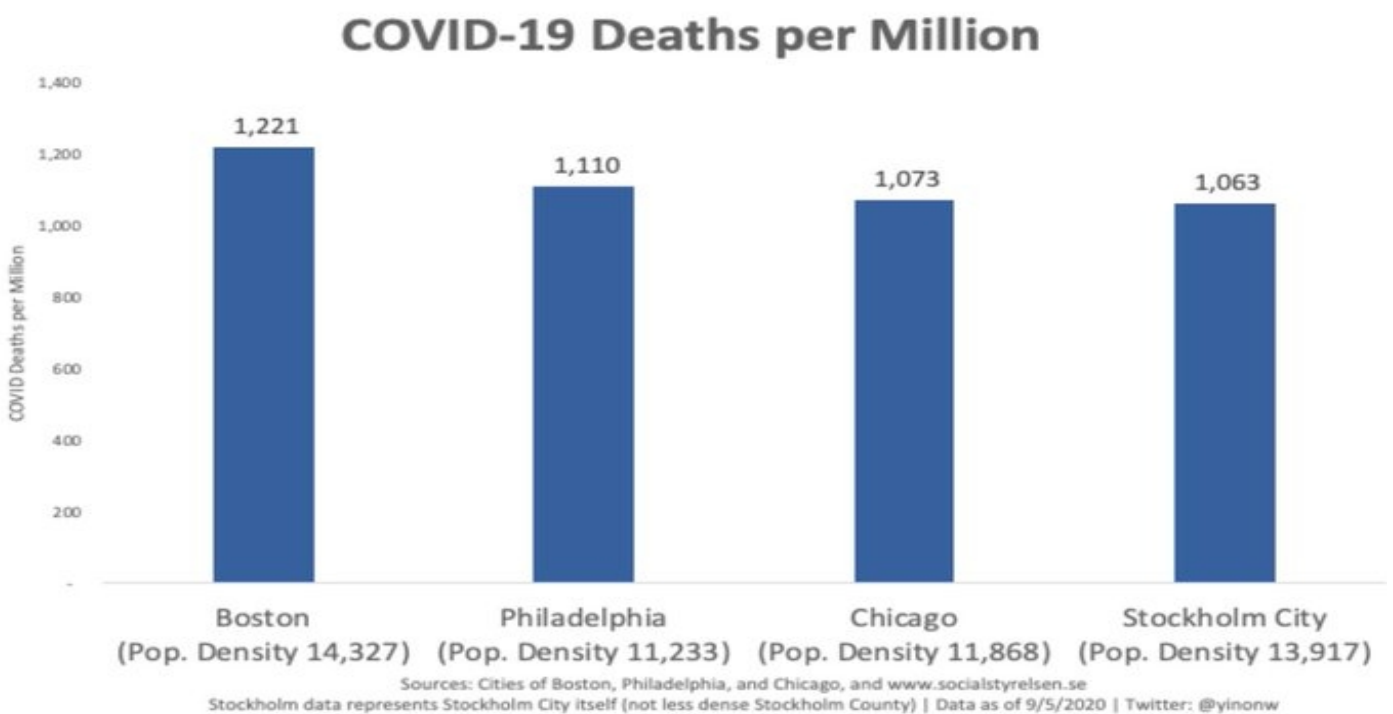
Gli attuali tassi di mortalità giornaliera rispetto alla Svezia:

Spagna 25x

Francia 10x

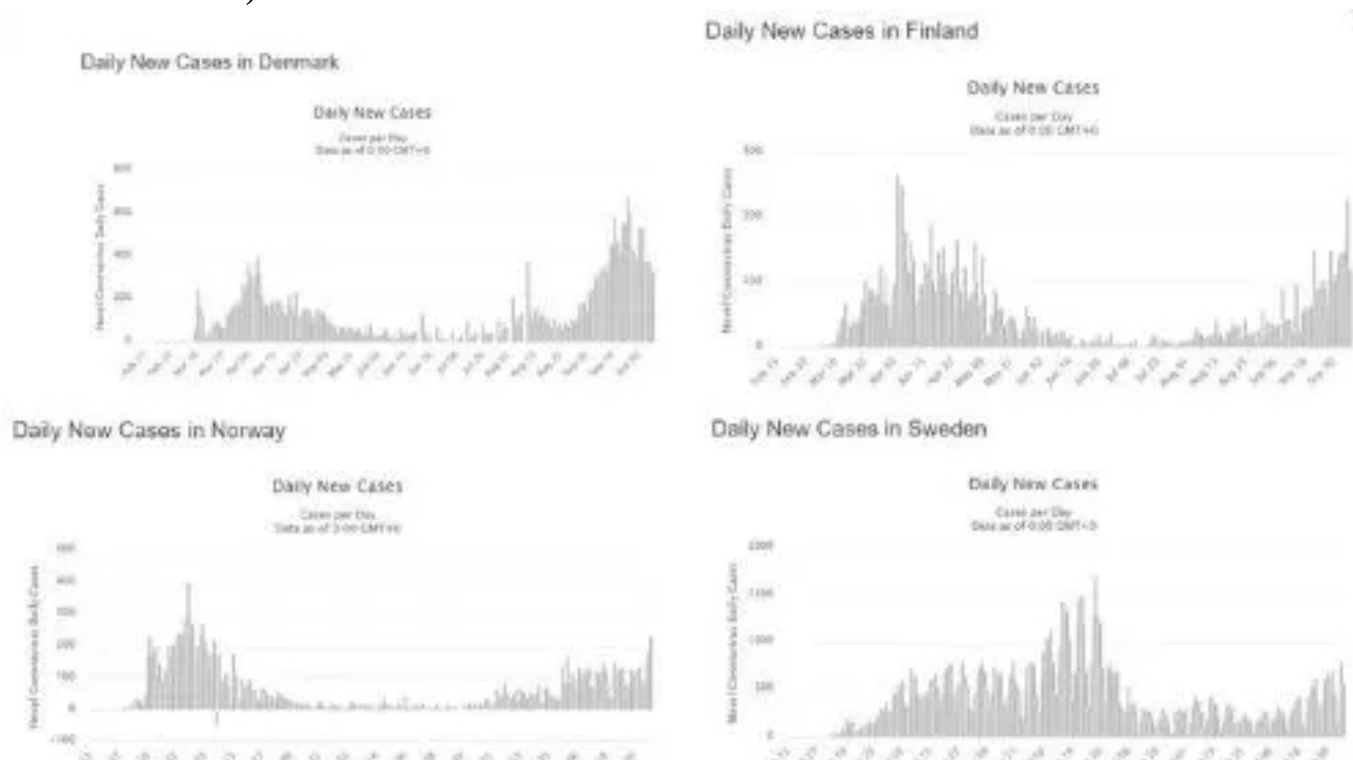
Regno Unito 7x]

Durante tutta la pandemia, molti hanno sostenuto che la Svezia non può essere paragonata a queste nazioni più grandi, poiché hanno una maggiore densità di popolazione. Il legame tra COVID-19 e la densità urbana è quantomeno debole, ma anche se si tiene conto dei dati sulla densità della popolazione, i dati sulla densità demografica mostrano che la capitale svedese Stoccolma ha surclassato le città americane che hanno chiuso come Boston, Philadelphia e Chicago. (E naturalmente New York).



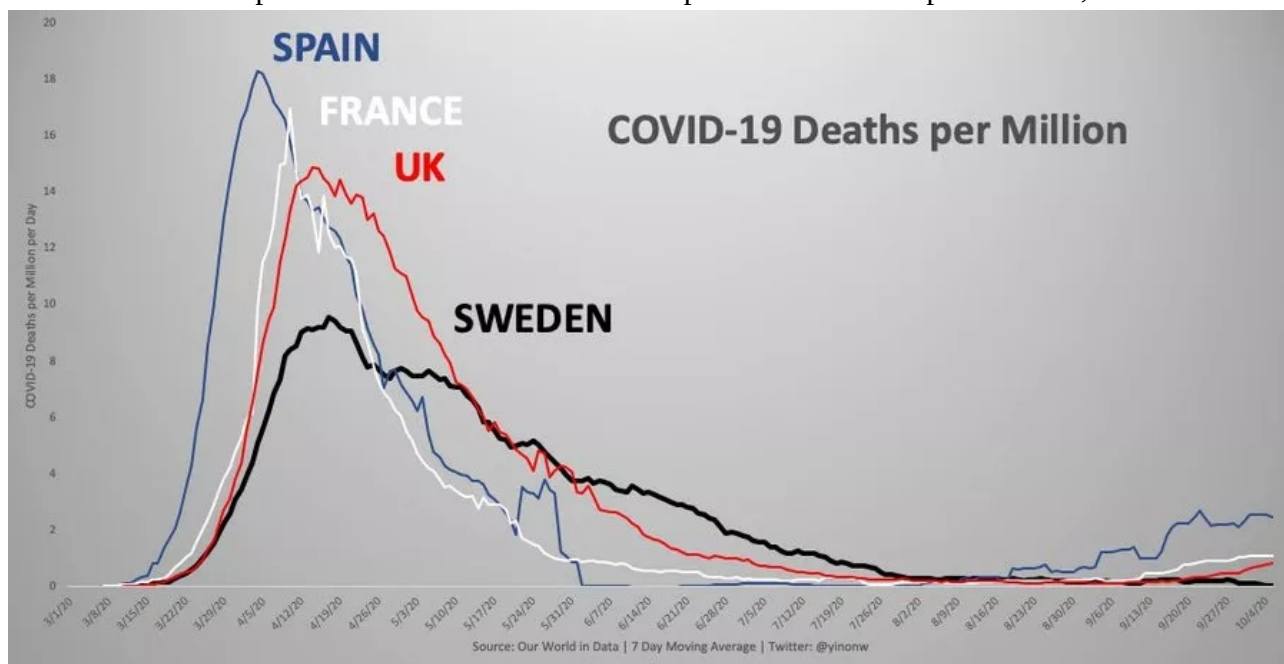
[“Rispetto a città di densità simile, gli svedesi continuano a superare le prestazioni senza blocchi o maschere. La verità non sarà nascosta per sempre. Mettetevi dalla parte giusta della storia”.]

Anche i paesi nordici con tassi di mortalità bassi, ai quali la Svezia è spesso sfavorevolmente paragonata, stanno ora registrando un forte aumento dei casi (anche se la mortalità in tutti i paesi nordici rimane fortunatamente bassa).



[Uno sguardo ai casi #Covid_19 nei paesi nordici. I decessi di Covid in tutti e quattro i paesi rimangono bassi.]

I critici della politica svedese sottolineeranno che il tasso di mortalità del COVID-19 della Svezia è ancora più alto di quello dei suoi vicini nordici – il risultato di un’incapacità di proteggere adeguatamente le sue case di cura per anziani – ma l’obiettivo non è mai stato quello di avere il tasso di mortalità del coronavirus più basso d’Europa. L’obiettivo era quello di limitare la diffusione del virus e di evitare che i sistemi ospedalieri fossero sopraffatti. Nonostante le previsioni secondo cui la sua politica di laissez-faire avrebbe portato a un’infezione di massa e a 96.000 morti, la Svezia ci è riuscita e il suo tasso di mortalità pro capite rimane oggi ben al di sotto di molti dei suoi vicini europei. Gli ultimi tre mesi sono stati particolarmente impressionanti, sottolinea Weiss.



Ed ecco il quadro generale con Regno Unito, Francia e Spagna. E sì... altri paesi nordici hanno fatto meglio degli svedesi, ma non è una prova che i lockdown funzionino. Forse è solo una prova che gli svedesi avrebbero dovuto proteggere meglio le loro case di cura.]

Ogni settimana che passa, vediamo che l'esperimento di isolamento del mondo è fallito, ed è fallito miseramente, distruggendo orribilmente milioni di imprese, decine di milioni di posti di lavoro e causando un diffuso deterioramento della salute mentale e fisica. (C'è un motivo per cui i leader europei come Boris Johnson si stanno consultando con il principale esperto svedese di malattie infettive, Anders Tegnell).

Come John Tierney ha spiegato recentemente sul City Journal, il meglio che si può dire degli ordini di soggiorno a domicilio è che potrebbero aver avuto senso prima che avessimo dati solidi e pochi indizi sul tipo di virus con cui avevamo a che fare. Ora lo sappiamo meglio. Non c'è alcuna correlazione tra il rigore dell'isolamento e i decessi di COVID-19, mentre i danni sono indiscutibili.

Questo è il motivo per cui migliaia di medici e scienziati della sanità pubblica hanno firmato una nuova dichiarazione – la Grande Dichiarazione di Barrington – che esprime gravi preoccupazioni sugli effetti negativi dell'isolamento e chiede un approccio più mirato.

A giugno, dopo la pubblicazione di un rapporto della NPR che ha dimostrato che il COVID-19 non è così pericoloso come si credeva all'inizio, ho suggerito che l'isolamento potrebbe rivelarsi il più grande "fallimento" di esperti dai tempi della guerra in Iraq.

Quattro mesi dopo, le prove sembrano solo più forti.

Fonte: <https://fee.org/articles/5-charts-that-show-sweden-s-strategy-worked-the-lockdowns-failed/>
Traduzione in italiano per Comedonchisciotte.org a cura di Riccardo Donat-Cattin

Mascherine, Alberto Donzelli: "Hanno effetti collaterali importanti"

13/10/20

www.medicinaesocieta.it (VIDEO)

Le mascherine sono davvero necessarie come viene detto? In [un'intervista rilasciata a Vox Italia, Alberto Donzelli](#), medico da 41 anni impegnato a tempo pieno nella Sanità pubblica, afferma di nutrire dubbi a riguardo. "Esistono studi seri che dimostrano come l'uso delle mascherine possa determinare effetti collaterali, anche importanti. Avviamo nel Paese su questo punto un dibattito sereno e improntato al rispetto del metodo scientifico". Di seguito potete vedere il video dell'intervista di Donzelli, in cui espone le proprie perplessità e i danni che ritiene possano causare le mascherine. Donzelli è anche autore, insieme ad altri colleghi, di "Vaccinazione antinfluenzale: che cosa dicono le prove scientifiche", disponibile in open access sul sito di Fioriti Editore. Nella giungla di informazioni che circondano i vaccini, il cui utilizzo, come quello di ogni altro farmaco, deve essere valutato attentamente, lo studio di Donzelli e dei suoi colleghi rappresenta un'occasione irripetibile per approfondire un tema così scottante e d'attualità, che coinvolge la salute di ognuno.

Prof. Giulio Tarro all'AntiDiplomatico: "L'epidemia si è spenta a maggio. E' ora di farla finita con il terrorismo mediatico"

di Francesco Santoianni 14/1/20

A sentire le TV si direbbe che le (insensate) misure decise con il DPCM del 13 ottobre siano l'ultima trincea prima di arrendersi ad un nuovo lockdown; che, certamente, sarà "giustificato" dai prossimi "morti per Covid" (e cioè i tanti anziani portati via annualmente dall'influenza, nei quali saranno trovate pur labili tracce del virus SARS-Cov-2). Cosa fare di fronte ad una gestione dell'emergenza che, spacciando i positivi (che per il 95% sono asintomatici) per malati, prospetta una flagrante violazione della nostra [Costituzione](#) e dei nostri diritti? Intanto, definire proposte per far nascere, anche qui in Italia, un movimento degno di questo nome. Su questo, e su altro, abbiamo intervistato il prof. Giulio Tarro (qui [le sue precedenti interviste](#) all'Antidiplomatico e qui l'aggiornamento del suo libro "[Covid il virus della paura](#)").

Professore, qual è la reale situazione Covid in Italia?

"Anche volendo prendere per attendibili i dati ufficiali trasmessi dal Governo, ritengo che l'attuale situazione confermi pienamente quello che avevo già detto. E cioè che l'epidemia Covid si è spenta a maggio."

E perché, ancora oggi, si scoprono dei contagiati?

"A monte della fallacia dei tamponi, per quanto riguarda l'Italia, il SARS-Cov-2 si direbbe segua la stessa evoluzione del coronavirus che determinò l'epidemia SARS del 2002-2004 che, pur rimanendo in moltissime persone, d'un tratto, non provocò più morti. E ritengo folle che oggi l'OMS e tanti "esperti non abbiano preso in considerazione la reazione delle cellule T alle proteine strutturali (nucleocapside, NP) e non strutturali (NSP-7 e NSP-13 di ORF1 accessorie) che hanno fatto finire quella epidemia, preferendo concentrarsi sulla "caccia" ad un virus che, oggi, non può certo essere estirpato dal genere umano. Inutili, quindi, "cordoni sanitari", "zone rosse" o "alberghi per contagiati": il SARS-Cov-2, verosimilmente, rimarrà per secoli. Come, ad esempio, quello della varicella, che in passato ha prodotto immani stragi ma che oggi, pericoloso solo in gravidanza, periodicamente affiora con qualche caso di herpes zoster."

Quindi, cosa si dovrebbe fare oggi?

"Oggi, per il Covid, conosciamo l'efficacia di cure quali, ad esempio, la trasfusione di plasma con anticorpi. Per questo, invece di un perenne Stato di Emergenza, abbiamo bisogno di tenere sotto osservazione l'evoluzione del contagio. C'è bisogno, quindi, di una capillare, perenne, campagna di screening svolta dallo Stato; tolta, cioè, dalle mani di personaggi, come gli attuali governatori regionali che l'hanno trasformata in una caccia all'untore solo per ottenere uno sciagurato consenso. E l'attestazione nelle persone sottoposte a screening di uno stato di positività (che va e viene) non deve assolutamente determinare una messa in quarantena.

Inoltre, c'è bisogno di proteggere le categorie a rischio. Il nostro paese, dopo il Giappone, è quello con il più alto tasso di anzianità; e questo, ad esempio, si traduce, ogni anno, in decine di migliaia di morti (forse evitabili) durante le epidemie influenzali. In Italia, a marzo, nacquero iniziative per evitare che persone anziane, magari febbricitanti, dovessero recarsi in strada per fare la spesa o incassare la pensione. Sarebbe il caso, invece di dilapidare miliardi di euro acquistando banchi per le scuole, che queste iniziative diventassero stabili, soprattutto ora che l'epidemia influenzale è alle porte. Poi, facciamola finita con questo circo degli innumerevoli comitati e consulenti dei ministeri. In Svezia, ad esempio, c'è un solo consulente ufficiale - l'epidemiologo di Stato, Anders Tegnell - che ha fatto un ottimo lavoro, tra l'altro, evitando inutili misure vessatorie e permettendo così alla Svezia di uscire dall'emergenza. Qui siamo, invece, ad un Comitato Tecnico Scientifico, che si tiene dentro ogni possibile "esperto" per potere così, informalmente, avallare le scelte del governo. Altrettanto importante è farla finita con la disinformazione e il terrorismo mediatico. Oggi, in Italia, nonostante tutte le chiacchiere sulla "trasparenza" o sugli Open Data, sul Covid vengono diffusi solo dati aggregati quali "decessi", "contagiati", "guariti"... senza che sia possibile conoscere la loro storia clinica. Ancora peggio la censura e i provvedimenti disciplinari con i quali si tenta di silenziare i tanti dipendenti ospedalieri che osano dichiarare qualcosa di difforme dalla Verità Ufficiale. È ora di farla finita con questo metodo. Diffondere il panico, certamente, rafforza politicamente chi ci governa. Ma impedisce al sistema sanitario di funzionare. Le 35.000 persone, morte ufficialmente per Covid, ne sono la testimonianza."

Non chiamateli negazionisti

di Valerio Casali

14/10/20

La rivista Gli asini si pone come terreno di incontro (e scontro) fra una pluralità attiva di voci e opinioni, per contrastare l'univocità di visioni e di narrazioni che spesso caratterizza il panorama mediatico italiano e poter offrire uno spazio di dibattito, discussione e crescita. È in quest'ottica che pubblichiamo questa corrispondenza di un nostro collaboratore, che riporta le sue opinioni personali e non riflette necessariamente le posizioni della rivista. In quanto rivista, non intendiamo in alcun modo sminuire la grave pandemia che sta affliggendo tutto il mondo, né negare o discutere l'efficacia delle contromisure adottate sulla base della ricerca scientifica. Vogliamo, però, aprire la strada a pratiche di riflessione critica sulle politiche che definiscono il nostro

presente, sugli interessi che determinano tali politiche, e sulle pulsioni sociali che emergono dal basso, le quali non si limitino a una mera ridicolizzazione di alcune tensioni sociali. Vogliamo contrastare, come facciamo da sempre, l'accettazione acritica delle narrazioni che ci vengono propinate, e stimolare invece una riflessione attiva e impegnata come fondamento della vita all'interno di una comunità. Questo articolo è da considerarsi un'esortazione coerente con questa visione programmatica.

* * * *

Sabato pomeriggio sono passato per Piazza S.Giovanni, dove si teneva la “Marcia per la liberazione”. Ero curioso di vedere di persona cosa fosse questo raduno di “negazionisti”, così definito dai principali quotidiani nazionali. Il giorno seguente, sugli stessi quotidiani ho letto che c'erano 2000 persone, che è stato un flop, che hanno aggredito giornalisti e che nessuno portava la mascherina.

A dire il vero la piazza non era piena, ma c'erano circa 3-4 mila persone, la maggior parte delle quali indossava la mascherina. “Negazionisti” in senso stretto non ce n'erano: quasi nessuno affermava che il Covid non esiste. Sul palco si sono succeduti psicologi, medici, storici, politici. Il livello degli interventi non sempre era elevato, qualcuno incespicava, qualcun altro ricadeva in facili populismi, ma gli argomenti sollevati erano interessanti, si passava da critiche legittime alla gestione dell'emergenza, ad analisi più profonde sul sistema capitalistico in generale. Mentre ascoltavo più o meno attentamente cose che avevo già sentito, ho attraversato la piazza in lungo e in largo fermandomi a osservare i volti dei presenti, provando a incrociarne gli sguardi. Ho trovato sorrisi, rabbia, una sensazione diffusa di disagio verso un sistema percepito come profondamente ingiusto, un'opposizione a volte istintiva a volte ragionata verso un distanziamento sociale, imposto, ritenuto non soltanto innaturale ma anche dannoso. Sono giunto alla conclusione che in piazza non c'erano dei pazzi, come indicava il populista Lorenzo Tosa che ne chiedeva il Tso in uno dei suoi post tanto abilisti quanto acchiappalike sui social (tristemente ripreso da pagine di presunta sinistra), ma in quella piazza c'era una parte importante di questo Paese. C'era la parte che, con tutte le difficoltà e l'imbarazzo per essere in minoranza, le varie gaffe e spesso un'eccessiva naività, ha la sensazione di vivere in un sistema gravato da profonde ingiustizie strutturali, che ne vede le enormi diseguaglianze, l'eccessivo individualismo, la totale assenza di un orizzonte di senso. Un sistema che con la scusa di un'emergenza prorogabile a piacimento chiude scuole e università, che ha separato la sfera della socialità da quella della salute, in balia di un modo di fare scienza che massifica l'uomo, che ha la pretesa di inserire le insondabili profondità dell'esperienza umana in grafici e tabelle. Si manifestava l'insoddisfazione verso un potere percepito come informe, transnazionale, un potere che impone la propria narrativa e le proprie direttive a tutto il mondo attraverso organismi come il FMI o l'OMS, con pretese di absolutezza e violenza contro ogni narrazione alternativa. Bisogna ricordare che il mondo è come ce lo raccontiamo, che anche quella della soluzione con distanziamento e mascherine è una costruzione culturale, legittima, ma non l'unica possibile, e non esente dalle criticità che venivano sottolineate in quella piazza. Si possono avere visioni più o meno concordanti con quelle ufficiali, ma bollare come “negazionisti” questo insieme di sensibilità differenti è da ingenui nel migliore dei casi, da conflitto d'interessi nel peggiore. Eppure è da febbraio che viene fatto sistematicamente. Tutte le principali testate giornalistiche fanno da megafono alle direttive del governo, e categorizzano come “complotto” o “negazionismo” qualsiasi lettura diversa del reale. Viene da chiedersi perché. E' un Paese, questo, dove il gruppo Gedi della famiglia Agnelli controlla la Repubblica e La stampa, nonché numerosi quotidiani locali e settimanali come l'Espresso, Limes, National Geographic Italia. Controlla inoltre Radio DeeJay, Radio Capital e M20, mentre la Rai non si è più ripresa dal ventennio berlusconiano.. Il gruppo Fininvest della famiglia Berlusconi controlla non solo la Mediaset, ma anche Radiomediterranea, gruppo editoriale che controlla Radio 105, R101, Virgin Radio, Radio Subasio e Radio Montecarlo.

La famiglia Agnelli, fin da inizio Novecento, è stata promotrice della modernizzazione selvaggia del Paese, la quale ne ha deturpato il territorio, distrutto le tradizioni e svuotato le campagne, ridisegnando le città a misura di macchina e non di uomo. La Fca, evoluzione della Fiat dopo l'accordo con la Chrysler, ha ricevuto l'appalto maggiore per la produzione di mascherine: 27 milioni di mascherine al giorno. Per questo in piazza si

manifestava anche contro l'obbligatorietà delle mascherine; perché la puzza del conflitto di interessi è enorme. Questo mentre l'OMS ha cambiato tre volte idea sull'utilità delle mascherine all'aperto, tanto che Alberto Villani, presidente della Società italiana di pediatria e membro del Cts, è arrivato ad affermare che "non importa se ha scientificamente senso o no [indossare la mascherina all'aperto], ma è un segnale di attenzione per noi stessi e la comunità". "Segui i soldi e troverai la mafia", diceva Falcone. Mai nella storia dell'umanità si era verificato un tale accentramento di potere nelle mani di poche persone come in questo momento storico, e non solo a livello italiano, eppure tale è il controllo su ogni aspetto dell'esistenza che si fa fatica a rendersene conto. Adorno definiva il capitalismo come il sistema più totalitario che fosse mai stato concepito, e l'industria culturale la sua arma di "distrazione di massa" e condizionamento.

Il conflitto d'interessi tra informazione e potere economico e politico non è una questione soltanto italiana, ma globale. I gruppi di potere transnazionali influenzano le decisioni a livello globale per interessi privati (a meno che non si voglia credere che Bill Gates abbia a cuore le sorti dell'umanità). Non soltanto i problemi sono globali, ma anche le narrazioni, le soluzioni. Si delegittima ogni narrazione alternativa con categorie di comodo: "negazionisti" e "complottilisti". Informarsi solo sui media ufficiali: radio, tv e giornali, rischia di portare a fare proprie le battaglie di un capitalismo che moltiplica le disuguaglianze e i conflitti sociali. Sabato, in quella piazza non ho visto solo violenza o negazionismo, ma anche la volontà di affermare una narrazione diversa, basata sul principio fondamentale che la socialità non è separabile dalla salute e che le decisioni che stiamo subendo passivamente potranno avere ripercussioni sul tessuto sociale forse più gravi del Covid, specialmente per le nuove generazioni. Me ne sono andato con la sensazione che ci troviamo in un momento storico critico, in cui le divisioni sociali si stanno intensificando e le parti non si parlano più, non si capiscono, o peggio, iniziano a odiarsi. L'isolamento ci sta portando verso un individualismo ancora più capillare, per usare una fortunata locuzione dell'antropologo Ernesto De Martino, ci troviamo sull'orlo di un'apocalisse culturale: eventi che accadono ciclicamente e che portano a rivoluzioni nel modo di concepire la realtà e di organizzare la società. Nella prossima apocalisse diverrà necessario prendere posizione per affermare i valori di una nuova società, capire se essere uomini o macchine. Smettere di rimanere passivi, ignavi, o peggio vendere la propria onestà intellettuale per qualche spicciolo come un Saverio Tommasi qualunque. Uscire dalla bolla del proprio tornaconto personale e ricominciare ad aggregarsi, a fare politica, cultura e società con ogni gesto. Rimanere vicini, perché come diceva il compianto David Graeber, siamo il 99%.

(tre letture per approfondire:

D. Graeber – Burocracy

E. De Martino – La Fine del Mondo

I. Illich – Nemesi Medica)

Covid-19. Il Guardian sta pianificando un attacco contro gli scienziati di Great

Barrington? di Freddie Sayers – Trad. di Rosa Anselmi <https://vociallestero.blogspot.com> 16/10/20

Dopo la [Dichiarazione Great Barrington](#), nella quale eminenti scienziati sostengono il vantaggio di un approccio meno ansiogeno e coercitivo alla pandemia da parte dei Governi, come purtroppo spesso accade si è messa in moto la macchina del fango, che all'improvviso si adopera per delegittimare persone sino ad allora considerate autorevoli e stimate, solo perché hanno aderito a una posizione scomoda per il governo e della quale si vuole scongiurare la diffusione. Questa intolleranza verso le idee critiche e questo rifiuto di prenderle apertamente in considerazione - per magari poi cercare di confutarle con argomenti adeguati e razionali, come si converrebbe a un sistema democratico che abbia al suo centro il valore del pluralismo delle idee e del loro confronto - rischia di degenerare verso la psicopolizia di orwelliana memoria e non contribuisce a rinsaldare il rapporto di fiducia tra cittadini e istituzioni nei momenti più difficili. [Su Unherd](#) un articolo sull'attacco che si sta preparando al Prof. Martin Kulldorf e sulla campagna diffamatoria già in atto verso il prof. Ioannidis ([cui ha contribuito in Italia anche il giornale Il Manifesto](#), al quale [è stata data una esauriente risposta](#))

Ieri notte il Guardian ha mandato l'email che segue al Professor Martin Kulldorff di Harvard, uno dei primi tre firmatari della Dichiarazione di Great Barrington che sollecita un approccio diverso alla pandemia da COVID-19.

Salve Dr Kulldorff, sono un giornalista del Guardian e la sto contattando in quanto abbiamo intenzione di pubblicare un articolo sulla sua comparizione nel Richie Allen Show il 6 ottobre.

L'articolo affermerà che il Dr Martin Kulldorff, uno dei coautori della Dichiarazione di Great Barrington, è apparso in un programma radiofonico internet che in precedenza ha ospitato molteplici antisemiti e negazionisti dell'Olocausto, così come altri complottisti.

L'articolo esaminerà anche i dati di Facebook relativi alla dichiarazione di Barrington e ricorderà che la dichiarazione è stata sostenuta e condivisa da un certo numero di politici scettici sul lockdown, da pagine Facebook contro i vaccini e da complottisti.

Vogliamo darle l'opportunità di fare dei commenti su ciascuno dei punti sopra riportati per includerli nel nostro articolo.

Se desidera commentare, cortesemente ci risponda entro le 5 di domani (9 ottobre)

Molte grazie

L'articolo deve ancora essere pubblicato, ma appare molto simile a una mossa per delegittimare le idee di un eminente scienziato, screditandole tramite un meccanismo associativo. Come il prof. Kulldorff ha detto al Guardian, non aveva mai sentito parlare del "Richie Allen Show" prima di essere invitato in quell'occasione, e in qualità di esperto di sanità pubblica ritiene che sia suo dovere parlare in ogni caso a tutti gli ascoltatori, indipendentemente dalle loro convinzioni. Neppure io avevo mai sentito parlare dello show (il sito web assomiglia a una serie di teorie cospirazioniste), ma il fatto che Kulldorff vi sia comparso è davvero la grande notizia? Di certo la cosa giusta da fare per un giornale è dedicarsi in buona fede agli argomenti presentati, piuttosto che mettere in dubbio l'integrità della persona usando le condivisioni su Facebook come una sorta di prova. Questo genere di cose accadono sempre più spesso. Il Professor John Ioannidis di Stanford è stato oggetto di una straordinaria campagna diffamatoria dopo il suo studio sulla sieroprevalenza nella "Contea di Santa Clara" [N.d.T. lo studio riguardava la prevalenza nel siero di anticorpi contro il SARS-COV-2]. BuzzFeed è addirittura arrivato fino a insinuare un [illecito finanziario](#) sulla base di un contributo di \$ 5.000 da parte del titolare di una compagnia di trasporto aereo. L'idea che un accademico rinomato a livello mondiale possa gettar via la sua carriera per una donazione di \$ 5.000 è assurda, e la stessa indagine condotta da Stanford ha concluso che non c'era assolutamente alcun conflitto di interesse. Ma le voci rimangono – il fango è stato gettato e la sua reputazione è stata macchiata. Non credo in nessuna delle teorie cospirazioniste sulla pandemia - né 5G, né Bill Gates, né "Plandemic" [N.d.T. "Piano della pandemia", un libro divenuto rapidamente un bestseller]. Penso che siamo finiti in questo pasticcio con molte persone spaventate che cercano di fare la cosa giusta sulla base di una cattiva informazione e con molti leader politici deboli, privi di chiari valori, che cercano di proteggere la loro reputazione. È più banale di un qualsiasi complotto, ma, secondo me, altrettanto allarmante. Sarebbe certamente meglio se potenti organizzazioni come il Guardian accettassero che questi scienziati sono persone sincere, esperti, e hanno semplicemente una visione diversa del modo migliore di difendere il bene comune. L'approccio diffamatorio è un modo debole per tentare di avere ragione.

L'appello del Prof. Perronne (ex consulente Oms) ai francesi: "Non lasciatevi terrorizzare dai media. L'epidemia è molto meno grave e ci sono le cure"

di Alba Tecla Bosco 16/10/20 L'Antidiplomatico

Il termine bellico «*copri-fuoco*» utilizzato dallo stesso governo francese per indicare misure di limitazione della circolazione delle persone (così da contenere la diffusione del virus Sars-CoV-2) corrisponde alla retorica del «*siamo in guerra*» diffusa a piene mani dal presidente Macron nei mesi di grande crisi, la primavera scorsa. In varie parti dell'Africa, invece, *non* sono state chiamate in questo modo misure notturne

analoghe (le uniche accettabili perché una chiusura in casa di giorno per lunghi periodi avrebbe significato la morte per fame, come ormai ha ammesso l'Oms, chiedendo ai paesi del mondo di evitare veri e propri lockdown, forieri di miseria). Come mai questa differenza di linguaggio fra lo Stato ex colonizzatore e le nazioni ex colonizzate? Forse dipende dal fatto che la Francia le guerre le fa ma non ne subisce mai gli effetti, a differenza di tanti paesi africani ormai, fra l'altro, perseguitati dal terrorismo, le cui spore armatissime si sono diffuse grazie alla guerra alla Libia avviata da Sarkozy e perpetrata dalla Nato nel 2011. Ma che sta succedendo in Francia? Davvero, come sostiene enfaticamente il governo, il dilemma è fra libertà e solidarietà, fra convivialità e salute – nel qual caso la scelta sarebbe ovvia (*primum vivere*)?

In un 15 ottobre pieno di allarmi in molti paesi europei (ma intanto in Burkina Faso è stata ribattezzata un'università dedicandola al presidente Thomas Sankara ucciso il 15 ottobre 1987), Sud Radio, emittente molto seguita soprattutto nella parte meridionale della Francia, ha fatto il punto con il professor Christian Perronne, già consulente dell'Oms, capo delle malattie infettive all'ospedale di Garches e professore di malattie infettive e tropicali all'università di Versailles Saint-Quentin.

Per Perronne, autore del libro *Y a-t-il une erreur qu'ils n'ont pas commise?* (edizioni Albin Michel) quando Macron dice «*eravamo liberi, dobbiamo diventare solidali*» compie una mistificazione. Mentre l'Assemblea nazionale è praticamente sotto chiave, il governo e il suo Comitato tecnico scientifico fanno un errore dopo l'altro. Ecco alcune delle affermazioni di Perronne: «*Adesso che l'epidemia è molto meno grave, ci sono molti meno casi mortali e ci sono cure, la tivù terrorizza dicendo alle persone "moriremo tutti"; il panico è ancor più diffuso che in aprile*». E perché? «*Perché si continuano a fare milioni di test che costano miliardi alla sanità – la quale poi non ha soldi per assumere infermieri, per esempio – e che danno moltissimi casi di falsi positivi. Infatti i tamponi nel naso contengono un enzima che amplifica milioni di volte tracce anche infinitesimali di Rna del virus – In Italia e altri paesi invece usano cicli inferiori – e così gente sana che non è contagiosa risulta positiva*».

Con quel che ne consegue non solo in termini di panico e di denaro pubblico sprecato (i test sono gratuiti) ma anche di mancato salvataggio delle persone davvero fragili: «*I laboratori sono sommersi di lavoro per analizzare milioni di test fatti al pubblico generico, e intanto i medici che lavorano nelle residenze per anziani devono aspettare giorni per il test a persone che mostrano sintomi...e magari si arriva troppo tardi*». Per questo, Perronne lancia un appello ai cittadini francesi: «*Basta con le code alle 6 di mattina per farvi fare il test! Fatelo solo se avete sintomi o se siete in contatto con persone ammalate*». Tornando sulle residenze per anziani: «*Chiedo al ministro della salute che subito siano consegnati stock di idrossiclorochina e azitromicina...se si facesse, si eviterebbero tanti morti*». A lungo questi due farmaci, resi famosi dall'Ihu di Marsiglia diretto dal professor Didier Raoult, sono stati vietati in Francia. Da tempo sono ammessi ma molti medici di base non li prescrivono per timore di cause, visto che il trattamento è stato fatto oggetto di ogni genere di accuse (ricordiamo lo studio della rivista medica Lancet in giugno, contestato poi da moltissimi esperti). C'è anche un altro risvolto economico della situazione che va indagato, conclude Perronne: «*Quando si finisce in ospedale per qualunque malattia, si viene sottoposti la test; se risulta positivo, l'ospedalizzazione viene messa sul conto Covid e si ottiene più denaro*»... Ma è vero che le sale rianimazione sono sul punto di saturarsi? «*Accanto a chi ne ha effettivamente bisogno, si però è accentuata la tendenza ad accogliere le persone prima e tenerle più a lungo, perché fra l'altro così si ottengono più mezzi e personale*».

Covid-19, restrizioni e mancanza di un senso

Igor Giussani

16 Ottobre 2020

www.decrecita.com

“Non si preoccupano che le persone muoiano per questa malattia, è straziante da guardare. Temo che ci stiamo dirigendo verso un disastro. Poi vedi le folle che si comportano in questo modo. Sono davvero devastato e disgustato”.

Così un medico di Liverpool ha commentato [la festa improvvisata per le strade della città inglese la sera prima del lockdown](#) deciso dal premier Johnson, quando orde di persone si sono radunate senza mascherine e rispetto del distanziamento sociale. Ovviamente, sconforto e indignazione sono pienamente comprensibili. Come ecologista, mi sento di provare molta solidarietà, pensando ad anni di continui ammonimenti sulla distruzione della biosfera e sui conseguenti rischi caduti nell'apatia più generale. In queste situazioni, l'amarezza ti porta a pensare male dell'intero genere umano, ma la ragione ti fa capire che tale atteggiamento presuntuoso si deve a una reazione consolatoria di tipo narcisistico, che lenisce il nostro fallimento facendoci sentire speciali rispetto alla massa. Del resto, la storia racconta di tanti esempi di abnegazione e sacrificio (non entro nel merito delle cause per cui sono stati spesi) da parte di homo sapiens identici ai festaioli di Liverpool, a tutti gli indifferenti alle norme anti-Covid o al collasso ambientale. Quindi, senza voler addurre alcun giustificazionismo o sminuire la gravità di certi comportamenti, mi sento di proporre una spiegazione un po' più elaborata di quelle semplicistiche che stanno attualmente proliferando.

Come ha spiegato l'amico Jacopo Simonetta [in uno dei suoi articoli più riusciti](#), "la più peculiare delle prerogative umane, quella che più ci distingue dagli altri animali, è la necessità che abbiamo di dare un significato ed uno scopo alla nostra vita. Tutti gli altri esseri vivono, godono e soffrono; poi muoiono e basta. Noi no. Se non siamo in grado di assegnare un significato ed uno scopo alla nostra esistenza semplicemente non riusciamo a vivere. Depressione, droga, autolesionismo, violenza gratuita e molti altri sono i sintomi di questo tipo di patologia". Ciò è vero anche (e soprattutto) a livello collettivo, nessuna società umana può creare un saldo vincolo tra i suoi membri basandosi esclusivamente sulla sua perpetua riproduzione e sussistenza: occorre trovare un senso in grado di tracciare un orizzonte più vasto e, in presenza di forti squilibri interni, capace di legittimarli smussando gli inevitabili attriti. Da questo punto di vista, credo che la pandemia stia portando alla luce pericolose criticità. Forse Marcuse ha un po' forzato la mano con la visione dell'uomo a una dimensione – vittima di una società falsamente libertaria che appiattisce l'uomo al ruolo di consumatore, euforico e ottuso, la cui libertà consiste solo nel scegliere tra molti prodotti diversi – ma non più di tanto. Sicuramente, siamo in presenza di un sistema che legittima il suo autoritarismo-totalitarismo strisciante attraverso l'elargizione di comfort e la ricompensa edonistica, di cui gli spensierati e ora tanti biasimati frequentatori della movida hanno sempre rappresentato i cittadini ideali.

Quale autorevolezza possono vantare i governanti di una società basata sulla promessa di comfort ed edonismo se questi vengono a mancare? Con quale legittimità i sommi sacerdoti del produci-consuma-crepa (CCCP santi subito!) possono ora pretendere sacrifici cercando oltretutto di fare leva sul moralismo spicciolo – "Dovremo incidere anche su quella parte della vita non essenziale delle persone", ministro Speranza in versione stato etico dixit – presentando il Covid come una sorta di bizzosa e crudele divinità veterotestamentaria, che ti punisce se osi divertirti e si mostra invece mite benevolo se rendi la tua esistenza inutilmente scomoda portando le mascherine anche in situazioni in cui non esiste alcun fondamento scientifico per indossarle? (oppure se non bevi alcolici dopo le 21 o le 22. Il Covid-19, evidentemente, nutre particolare predilezioni per astemi, islamici e [straight edge punk](#)).* Insomma, si è rotto il patto sociale governanti-governati che ha caratterizzato l'ultimo secolo, almeno per quanto riguarda l'Occidente. Dove trovare allora la motivazione per sopportare le nuove restrizioni, insieme ai probabili successivi 'giri di vite'? Mi vengono in mente solo tre possibilità:

- appellarsi all'incolumità individuale: vuoi evitare il rischio di una polmonite interstiziale? Pensi sia più scomodo indossare una mascherina o essere intubato? Preferisci vivere o morire? L'istinto di conservazione e sopravvivenza ovviamente gioca un ruolo importante, ma tirare a campare per tirare a campare difficilmente riesce a dare senso all'esistenza individuale, figuriamoci se è in grado di costruire significato a livello sociale.
- promettere sacrifici temporanei per poi 'tornare a correre' e riconquistare il Bengodi perduto, tirare la cinghia oggi per godere di più benessere domani. Potrebbe sembrare allettante, se non fosse per un piccolo problema: è da ben prima del Covid, almeno dalla fine degli anni Ottanta, che fasce sempre maggiori di popolazione si vedono costrette a crescenti concessioni con la promessa di laute ricompense

che non arrivano mai, finendo così per perdere fiducia. La ‘camicia di forza’ neoliberista ha prodotto prosperità solo nella mente dei suoi più fanatici apologeti, la gente se n’è accorta e si sta facendo più diffidente ogniqualvolta deve barattare un bene un diritto o una tutela per un ipotetico (e sempre più distante) futuro rose e fiori.

- basare il proprio impegno a rispettare le regole facendo riferimento a una cultura profondamente diversa dall’ideologia sociale dominante, ponendo così questa scelta all’interno di una logica di opposizione a quel sistema schizofrenico capace di passare senza soluzione di continuità dal promettere Disneyland ad assumere atteggiamenti alla Savonarola.

L’ultima opzione rappresenta la ragione per cui io e tantissimi altri ci atteniamo alle regole ma senza la minima esitazione a uscircene con “polemiche, discorsi astratti e dibattiti” tanto sgraditi a Conte ogniqualvolta ne sentiamo la necessità. A tal proposito, chiudo proponendo un ‘discorso astratto’ forse meritevole di attenzione. L’accettazione di sacrifici che vadano a inficiare pesantemente la vita sociale e affettiva sarebbe forse più semplice se, invece di proseguire con uno stato di emergenza a oltranza, si fissassero dei paletti temporali per poi optare in favore di un piano B assai differente: il Covid-19 è un problema, ma anche il distanziamento sociale lo è, se da triste (ma temporanea) necessità si trasformasse in provvedimento semi-permanente i danni che provocherebbe alla lunga sarebbero persino peggiori di quelli del virus. Se la popolazione fosse consapevole che trattasi di una misura limitata con un termine esplicito, vivrebbe in maniera molto diversa la sopportazione del distanziamento. Sta circolando in Rete la cosiddetta Dichiarazione di Great Barrington, presa di posizione di di epidemiologi delle malattie infettive e di scienziati della salute pubblica in favore di un sistema di protezione focalizzato, con lo scopo di ridurre al minimo la mortalità e i danni sociali fino a raggiungere l’immunità di gregge. [In un’intervista rilasciata al Corriere della Sera](#), il prof. Piero Sestili dell’Università di Urbino caldeggia seriamente questa proposta; ne sono venuto a conoscenza perché è stata condivisa sulla pagina Facebook ‘Pillole di ottimismo’ da Guido Silvestri, per capirci il socio di Roberto Burioni nell’associazione Patto trasversale per la Scienza. Insomma, non stiamo parlando di ciarlatani del Web o di particolari anticonformisti. Riporto un estratto particolarmente significativo dell’intervista.

«Non è negazionismo», dice il docente di Farmacologia all’Università di Urbino, «ma un’analisi dell’evoluzione della malattia. Ora abbiamo più conoscenze sul virus rispetto allo scoppio della pandemia, i numeri attuali indicano che l’aumento dei contagi, scoperti grazie a un maggiore numero di test, non corrisponde a un incremento proporzionale di ricoveri, ingressi nelle terapie intensive e decessi. I motivi sono vari, ma ciò deve far capire a decisori politici e comitati tecnici che il rischio non è diminuito solo peri lockdown». È una posizione simile al rischio calcolato che si è assunta la Svezia all’inizio dell’epidemia. «È stato un azzardo, in Svezia è andata bene ma ora con condizioni cambiate non è da scartare l’idea di arrivare all’immunità di gregge prima della disponibilità di un vaccino, che non sarà a breve». Qual è allora la migliore strategia che in questa fase dovrebbe adottare l’Italia? «Va attuata una protezione mirata sulle fasce più a rischio», afferma Sestili. «Invece ci siamo concentrati sull’iperprotezione della categoria meno a rischio: i più giovani. Si è dedicata tanta energia a proteggere gli studenti più che alla gestione precoce dei pazienti Covid con la modifica delle linee guida ferme ad aprile. Non possiamo puntare solo su vaccini e anticorpi se no, come ha detto anche il Papa, tagliamo fuori 80% del mondo che non se li può permettere. A chi deve prendere decisioni importanti consiglio di leggere con attenzione questo appello e non liquidarlo in fretta come banale e sciocco».

*Il culmine della farsa è stato raggiunto dalla Conferenza delle regioni che da una parte ha contrattato con il governo misure al ribasso contro la famigerata movida, dall’altra, non avendo adeguatamente riorganizzato e potenziato il sistema dei trasporti, ha chiesto la chiusura delle scuole superiori, cioè luoghi frequentati da ragazzi nella fascia di età meno a rischio di tutte e da adulti che, salvo particolari situazioni (dove comunque vige un regime di igienizzazione continua e si utilizzano tassativamente protezioni facciali) possono facilmente rispettare la condizione di non trovarsi per quindici minuti continuativi a meno di due metri da chicchessia

(necessaria per attivare una notifica dell'App Immuni, che a questo punto pare completamente sorpassata, se si vuol far passare l'idea che il solo incontrare un passante per strada senza mascherina sia sufficiente per il contagio).

Perchè la Germania è all'Avanguardia nella lotta alla falsa pandemia

Ott 15, 2020 Comedonchisciotte.org

Nei commenti di [questo articolo](#) Maurizio scrive: “Ben vengano queste voci x carità.. ma sono sempre e solo indirizzate a un pubblico troppo ristretto, che certe informazioni ormai le conosce. Volantinaggio, scritte sui muri, hacker che sparano poche ma significative parole su tutti i profili social, bisogna (bisognerebbe) martellare, esattamente come fanno “loro”, incrinare il monopolio dell'informazione (tra “). I cervelli ormai sono condizionati tutti noi abbiamo ormai diverse testimonianze ogni giorno.. per resettarli serve un bombardamento uguale e contrario”

Pfefferminz risponde: “Volantinaggio”

A titolo di informazione: in Germania, Austria e Svizzera il volantinaggio lo stanno già facendo. Funziona così: il medico Dr. Bodo Schiffmann, quello che ora è in viaggio con il super-bus per informare la gente fermandosi qua e là, scrive il testo del volantino e ci mette il suo nome ed è quindi il responsabile. Il volantino viene messo su internet. Sul territorio ci sono 475 gruppi (ma diventano ogni giorno di più) che stampano i volantini e li mettono a disposizione di chi li vuole distribuire. Su Telegram c'è il canale “freiheitsboten” con più di 30.000 iscritti e su internet un sito con lo stesso nome con i dati per contattare i gruppi locali. Il finanziamento avviene mediante donazioni, anche di 1 euro o 5 euro. Ogni singolo cittadino può scaricare il volantino, fare delle fotocopie e distribuirlo.”

Chiedo a Pfefferminz: “Sarà per quello che a Berlino c'erano centinaia di migliaia di persone e a Roma 2mila?”

La risposta: “No, non è quello il motivo, perché il volantinaggio è iniziato due o tre settimane fa, dopo le manifestazioni di Berlino, quando il Dr. Bodo Schiffmann e Samuel Eckert hanno iniziato il loro giro per la Germania con il grande Tourbus. Ad ogni stazione la gente poteva prelevare i volantini già pronti da distribuire, poi si sono via via creati i gruppi sul territorio. Al momento sono stati distribuiti volantini al 25% della popolazione, ma il Dr. Bodo Schiffmann ha detto: “Lastricheremo la Germania con i nostri volantini”.

Provo ad elencare i motivi per cui, secondo me, la Germania è all'avanguardia nella lotta alla falsa pandemia:

1. Il ruolo del blog di Ken Jebsen con 500.000 iscritti.
2. L'intervista di Ken Jebsen al Prof. Sukarit Bhakdi, visualizzata 2 milioni di volte, poi ripresa da altri blog.
3. Le numerose interviste del Prof. Bhakdi sul web. Il Prof. Bahkdi riesce a spiegare i concetti medici in modo molto semplice, comprensibile a tutti ed è una persona che sa trasmettere in modo autentico la sua preoccupazione per la democrazia in pericolo.
4. Il libro di Bhakdi: “Corona, Falso allarme?”
5. Il successo dell'idea di Michael Ballweg di fare una manifestazione nel centro di Stoccarda, a sue spese. La prima volta accorsero 180 persone, dopo poco tempo erano 5.000. C'è da dire però che Stoccarda ha una situazione particolare. Un'iniziativa come quella di Ballweg forse non avrebbe avuto il successo che ha avuto in un'altra città. A Stoccarda ci sono state in passato moltissime manifestazioni di piazza contro la costruzione di una stazione ferroviaria sotterranea. La popolazione non la voleva e ha lottato per anni e anni senza successo. Il potere delle multinazionali alla fine ha vinto, ma i cittadini hanno imparato a lottare, in modo anche doloroso, perché ci sono stati dei feriti gravi.
6. I bollettini del medico Dr. Schiffmann, che faceva quotidianamente controinformazione sulla pandemia, spiegando perché i dati del Robert Koch Institut non erano corretti. Quando decise di fondare un partito, ricevette quasi 100.000 iscrizioni entro breve tempo.
7. Le primissime manifestazioni di Berlino che fecero il giro del web e indignarono le persone. Qui si vedevano manifestanti arrestati dalla polizia perché mostravano la Costituzione.

8. Le interviste al Dr. Wolfgang Wodarg, famoso per aver sventato la falsa epidemia dell'influenza suina nel 2009.

9. Gli innumerevoli cittadini che in paesi e paesini hanno organizzato degli incontri in piazza, informando la collettività, fra questi molti medici.

In sintesi direi che le manifestazioni di Berlino sono state rese possibili da tante persone coraggiose che hanno messo in primo piano l'amore per la verità, alcune hanno da subito fatto dei paralleli con la situazione in Germania nel 1932/1933 e hanno ribadito che quello che è successo allora non si deve ripetere. Ecco perché ha ragione Fulvio Grimaldi quando rileva l'importanza di avere un'identità e una memoria storica.

Dubbi da tamponare

15/10/20

Francesco Cappello

www.francescocappello.com

Informazioni generali

Aptima™ SARS-CoV-2

Informazioni generali

Uso previsto

Il test Aptima™ SARS-CoV-2 Assay è un test diagnostico *in vitro* di amplificazione degli acidi nucleici inteso per il rilevamento qualitativo dell'RNA del SARS-CoV-2 isolato e purificato da campioni biologici di tamponi rinofaringei (NP), nasali, dal turbinato medio e orofaringei (OP), lavaggi/aspirati rinofaringei o aspirati nasali ottenuti dai soggetti che soddisfano i criteri clinici e/o epidemiologici per il COVID-19.

I risultati sono volti all'identificazione dell'RNA del SARS-CoV-2. L'RNA del SARS-CoV-2 è generalmente rilevabile nei campioni biologici del tratto respiratorio superiore durante la fase acuta dell'infezione. I risultati positivi sono indicativi della presenza dell'RNA del SARS-CoV-2; la correlazione clinica con l'anamnesi del paziente e altre informazioni diagnostiche sono necessarie per determinare lo stato di infezione del paziente. I risultati positivi non escludono un'infezione batterica o una coinfezione con altri virus.

I risultati negativi non precludono un'infezione da SARS-CoV-2 e non devono essere utilizzati come unica base per prendere ulteriori decisioni sulla gestione del paziente. I risultati negativi devono essere combinati con le osservazioni cliniche, con l'anamnesi del paziente e con le informazioni epidemiologiche.

Il test Aptima SARS-CoV-2 Assay sul Panther™ e Panther Fusion™ System è destinato all'uso da parte del personale clinico di laboratorio specificamente istruito e formato sul funzionamento dei summenzionati sistemi e delle procedure diagnostiche *in vitro*.

Non sono un esperto di cose mediche ma sul bugiardino del tampone trovo scritto tra l'altro:

«I risultati positivi sono indicativi della presenza dell'RNA del SARS-CoV-2; la correlazione clinica con l'anamnesi del paziente e altre informazioni diagnostiche sono necessarie per determinare lo stato di infezione del paziente». Come a dire che la positività del tampone è solo condizione necessaria ma non ancora sufficiente a decretare che il contagio registrato sia da addebitarsi specificatamente al sars cov 2. Se non fosse abbastanza chiaro si ribadisce, infatti, che: «I risultati positivi non escludono la presenza di infezioni batteriche o una coinfezione con altri virus». Coinfezione ossia compresenza tra virus diversi? Forse che il tampone di una persona che accusasse sintomi influenzali, legati al tradizionale virus dell'influenza, potrebbe dare esito positivo? L'agente rilevato potrebbe non essere la causa concreta della malattia? Non so. Spero qualcuno più competente di me possa aiutare a sciogliere questi dubbi. Di certo sappiamo che le normali influenze stagionali hanno da sempre provocato mortalità per complicanze alle vie respiratorie e/o altro e da sempre contribuiscono a far crescere il numero dei ricoverati in terapia intensiva.

– Integrazione del 18 ottobre

la Organizzazione mondiale della sanità [raccomanda](#) di utilizzare i test rapidi solo nel contesto della ricerca scientifica e di non prendere «decisioni cliniche» sulla base delle indicazioni da esseri fornite.

“Test inadeguati possono ignorare i pazienti con infezione attiva o classificare erroneamente i pazienti come affetti dalla malattia, ostacolando ulteriormente gli sforzi di controllo della malattia. Al momento, sulla base delle prove attuali, l’OMS raccomanda l’uso di questi nuovi test immunodiagnostici solo in ambienti di ricerca. Non dovrebbero essere utilizzati in nessun altro contesto, incluso per il processo decisionale clinico, fino a quando non saranno disponibili prove a supporto dell’uso per indicazioni specifiche.”

John Lauritsen nel dicembre 1996 [in un articolo sull’HIV e l’AIDS](#), a proposito dei test PCR su cui si basano i tamponi dice: “PCR tests cannot detect free infectious viruses at all” la PCR identifica le sostanze a livello qualitativo e non quantitativo, rilevando in questo modo le sequenze genetiche dei virus, ma non i virus stessi. “La PCR ha lo scopo di identificare le sostanze qualitativamente, ma per sua stessa natura non è adatta per stimarne i numeri. Sebbene vi sia una comune impressione errata che i test della carica virale contino effettivamente il numero di virus nel sangue, questi test non sono in grado di rilevare affatto virus liberi e infettivi; possono solo rilevare proteine che si ritiene, in alcuni casi erroneamente, essere uniche per l’HIV. I test possono rilevare sequenze genetiche di virus, ma non virus stessi.

Universal Masking, mito scientifico senza evidenza? Di Matteo Martini, [DataBaseitalia.it](#) 17/10/20

Premessa generale

Bisogna ricordare che su mascherine e respiratori, di diversa classificazione, la prassi comune e la giustificazione adottata, condivisa generalmente dalla comunità scientifica, è che esse non sono mezzi di contrasto delle epidemie, ed infatti l’uso “universale” di questi dispositivi non è una misura ortodossa e in sé è piuttosto anomala. Nel contesto infatti della prevenzione di malattie infettive l’impiego di tali mezzi è generalmente giustificato in specifiche e motivate circostanze. L’uso per cui nascono, ad esempio, le mascherine chirurgiche è quello di evitare che i chirurghi parlando possano con le goccioline di saliva inquinare il campo operatorio. L’odontoiatra se ne serve per proteggersi da eventuali goccioline di sangue e/o saliva da parte del paziente. Altro uso è per le persone immunodepresse che in questo modo vedrebbero una minima protezione, ma per lo più da agenti batterici, essendo la capacità filtrante delle stesse, come vedremo, inadeguata agli agenti virali. Al massimo si può ipotizzare che sia corretto, da parte di persone malate, con l’infezione in fase attiva e in grado di contagiare, questo uso al fine di ridurre il rischio di diffusione del patogeno. Tuttavia si tratta di casi particolari, limitati a particolari circostanze o ambienti. Ad esempio, in questo senso, non vi sarebbe ragione che un soggetto negativizzato al patogeno in questione, la indossasse successivamente. Quanto al fatto che la popolazione generale debba indossare mascherine e/o dispositivi di protezione individuale era addirittura escluso dallo stesso Ministero della Salute all’inizio dell’“emergenza covid”, come dimostrano le comunicazioni rilasciate dal Ministero¹secondo quanto suggerito dalla stessa OMS. La prassi generale è che l’uso di questi dispositivi, per strada, nei luoghi di lavoro generalisti (cioè ad esclusione di luoghi di lavoro sanitario, assistenza ai malati, o ad alto rischio), etc. non sia né necessaria né abbia senso. Questo del resto è attestato dal fatto che tale uso non è normalmente richiesto, né è stato solitamente applicato durante le influenze pandemiche come ad esempio, l’influenza “asiatica” (1957) “di Hong Kong” (1968), l’influenza “aviaria” H5N1 (2005) “suina” di H1N1 (2009). Il ricorso ad un *universal masking* per la popolazione generale non è mai stato fatto. Peraltro al riguardo, uno dei documenti ufficiali più aggiornati (giugno 2020) sull’uso delle mascherine nel contesto dell’epidemia Covid-19 da parte dell’OMS (*Advice on the use of masks in the context of COVID-19*), afferma esplicitamente che:

*Al presente, non ci sono prove dirette (da studi su COVID19 e su persone sane nella comunità) sull’efficacia dell’uso universale delle mascherine da parte di persone sane in comunità per prevenire l’infezione da virus respiratori, compreso COVID-19.*²

Di seguito (pagg. 6-7) il documento darebbe indicazioni ai governi per incoraggiare l'uso delle mascherine (sebbene manchino evidenze generali a favore), in contesti specifici. Tali casi specifici riguardano condizioni di: 1) *esposizione* (lavoratori particolarmente esposti, o dove vi sono alti rischi epidemiologici), 2) *vulnerabilità* (persone particolarmente anziane, immunodepresse, o con malattie polmonari croniche etc.). Di nuovo dunque nessuna indicazione all'uso indiscriminato e universale di dispositivi come mascherine o respiratori.

Anche la generale "preoccupazione" utilizzata per mobilitare in senso allarmistico, oltre ogni ragionevole misura, quella basata sulla diffusa (ma non dimostrata opinione) che i soggetti asintomatici (ma positivi) potessero essere infettivi, dovrebbe ormai essere definitivamente screditata dopo che anche Anthony Fauci ha dovuto ammettere (28 agosto) che questa ipotesi è in contrasto con tutto quanto sappiamo in materia di epidemiologia³.

Il caso di specie

Concentriamoci per un attimo sulla situazione specifica cioè la patologia attualmente in esame. Circa le modalità di trasmissione del patogeno dichiarato SARS-CoV-2 non vi è nessuna certezza sebbene vi siano modelli proposti di diffusione, gli stessi solitamente ipotizzati per i virus simil-influenzali, anche qui senza certezze assolute. Allo stato attuale dell'arte, infatti, non vi sono prove dirimenti che dimostrino se il virus si trasmetta solo attraverso le goccioline di maggiori dimensioni (le goccioline di Flügge o *droplets*), cioè superiori a 5 µm, oppure anche attraverso aerosol, il che renderebbe già inutili a priori le mascherine chirurgiche e i respiratori fino a FFP1, cioè la gran parte dei dispositivi attualmente usati, compresi quelli fatti produrre in convenzione dal governo e venduti a prezzo calmierato. Al momento infatti non vi è nessuna conferma che la trasmissione non avvenga anche per aerosol, e non vi sono prove dirimenti in tal senso accettate dalla comunità scientifica⁴. Uno dei pochi studi che supporta la trasmissione aerea (senza però discriminare fra aerosol e droplets) è stato peraltro basato su evidenze riscontrate su ospedali e case di cura, luoghi che notoriamente producono ogni tipo di infezione a causa delle condizioni igieniche particolari⁵. Se comunque ci si richiama al modello di altri virus respiratori simil-influenzali, anche l'aerosol dovrebbe essere ritenuto uno dei mezzi di possibile diffusione. Altri elementi su cui non ci sono studi sperimentali, a partire da isolati del virus, riguardano la carica virale necessaria per dare patogenesi, oppure il tempo dopo il quale il virus risulti inattivato in condizioni ambientali (temperatura, illuminazione, ossigenazione), sia nell'aria che sulle superfici. In mancanza di questi dati attribuire solo ai droplets la funzione di unica via di trasmissione non è corretto. In realtà anche la trasmissione o infezione per contatto diretto, cioè per contatto superfici/mani/mucosa buccale, non è esclusa. Si tratta però al momento di tutte ipotesi non dimostrate, e finora sono state tutte oggetto di "infodemia" ma non di studi tecnici adeguati ad un virus che tanto allarme avrebbe destato. Non si dispone neppure di informazioni dirette, basate su studi riproducibili, che indichino quale sia la carica virale necessaria a sviluppare la malattia, né, soprattutto, quanto dovrebbe essere il tempo di esposizione fra due soggetti, di cui uno in grado di infettare, e uno suscettibile, affinché quest'ultimo risulti contagiato e sviluppi sintomi della malattia. Ad esempio il fatto che non sia mai stato misurato o studiato per quanto tempo il virus resti attivo e stabile nell'aria, nelle condizioni ambientali, non permette di capire se e quanto la richiesta di uso di dispositivi come le mascherine abbia davvero un senso, al di fuori degli ambienti ospedalieri. Al momento pertanto non esiste una robusta evidenza a favore di uno specifico modello di trasmissione, e le nostre risposte sono state basate su considerazioni piuttosto congetturali. Questo significa anche che il sacrificio richiesto per adeguarsi a regole e comportamenti, anche se basati su considerazioni prudenziali, potrebbero essere eccessivi, non necessari, oppure insufficienti.

Descrizione e analisi tecnica dei dispositivi

Attualmente i dispositivi ammessi sono: 1) mascherine artigianali, o "lavabili", ammesse dai vari DPCM, autoprodotte o confezionate da aziende di sartoria, 2) mascherine chirurgiche (che peraltro sono le più utilizzate) 3) i respiratori classificati come FFP1, FFP2, FFP3, secondo la classificazione europea, o N95, N100, etc., secondo quella statunitense. Le prime, essendo composte di stoffa comune, hanno valore meramente psicologico e nessuna capacità filtrante di rilievo, pur essendo state ammesse e pur assorbendo una fetta

importante del mercato delle mascherine, perché sono quelle personalizzabili. In realtà in questa categoria rientrano tutte quelle “griffate” o quelle usate in molti contesti lavorativi, o aziendali, che le hanno commissionate con logo per i propri dipendenti. Torneremo dopo su queste per l’evidenza degli inconvenienti alla salute che possono comportare. Le mascherine chirurgiche sono composte di tre strati, uno a contatto con la pelle, l’altro esterno con funzione di impermeabilizzante e uno strato intermedio filtrante, composto di microfibre in propilene “melt blown”, la cui capacità di filtrazione è dovuto sia all’effetto meccanico che elettrostatico. Le mascherine chirurgiche standard hanno in questo senso una maglia con pori che in media si aggirano sui 12 μm ⁶. Questi dispositivi sono di solito testati su parametri come l’efficienza di filtrazione del particolato (PFE) e l’efficienza di filtrazione batterica (BFE)⁷. È esclusa ovviamente la filtrazione di patogeni più piccoli dei batteri (virus). Questo tipo di mascherine sono quelle più diffuse e sono quelle per le quali il Governo ha firmato accordi di fornitura e quindi meritano un particolare focus critico. La motivazione per la quale verrebbero imposte sarebbe di tipo “altruistico”: effettivamente la loro capacità filtrante in entrata è molto bassa, maggiore quella in uscita, secondo quanto viene riportato, pertanto questa indicazione sarebbe legata non alla protezione individuale ma alla riduzione di diffusione del contagio da parte di un soggetto portatore. Ora, l’uso generalizzato di tali mascherine, addirittura obbligatorie e in ogni circostanza, non può che basarsi sul postulato che ogni individuo sano sia potenzialmente infettivo e come tale vada trattato, cioè come un presunto diffusore; ciò non può che essere inammissibile sia giuridicamente, che socialmente, che scientificamente. Abbiamo anche ricordato che, infine, la contagiosità dei soggetti “asintomatici” (che ricordiamo sono sani), o presintomatici, è stata infine ammessa come poco probabile, e in contrasto con i principi condivisi dell’infettivologia. Quale efficacia possono avere queste mascherine chirurgiche per ora solo considerandolo sotto il profilo tecnico? Si sostiene che la loro utilità sarebbe quella di filtrare i droplets. Ma questa capacità filtrante è limitata e condizionata. Anzitutto le maglie più piccole (circa 12 μm) potrebbero limitare solo parzialmente i droplets più piccoli, quelli nel range fra 5 e 10-12 μm . Quanto diciamo è confermato da uno studio comparativo di vari tipi di DPI, recentemente pubblicato su *Bioactive Materials*:

*In consequence, the surgical masks can limit the release of the droplets larger than 5 μm . Therefore they are not sufficient for limiting the emission of the small droplets.*⁸

Inoltre rimane aperta la possibilità di fuoriuscita dalle pieghe laterali e superiori, al di sopra del naso, perché questo tipo di mascherine non aderisce al viso. Pertanto l’effetto di blocco sarebbe certamente parziale. A fortiori non offrono nessuna capacità filtrante o di blocco per gli aerosol, cioè per le dispersioni di saliva inferiori a 5 μm . Abbiamo già spiegato che è tuttora controverso se l’aerosol possa essere o meno un veicolo di contagio. Pertanto queste mascherine potrebbero essere poco utili, sotto questo punto di vista, nell’ipotesi di una trasmissione aerea. Restano da considerare i respiratori FFP1, FFP2, e FFP3. Si tratta di dispositivi solitamente impiegati per la sicurezza sul lavoro (ove ci sia rischio di tossicità industriale, ambientale o microbiologica). Questi dovrebbero in teoria essere più adatti a limitare l’entrata di agenti più piccoli e offrono una adesione al viso maggiore, per la loro conformazione e progettazione. Anche in ragione di ciò, non presentano il difetto di differenza fra interno ed esterno che hanno le mascherine chirurgiche. Sono anch’essi composti, nello strato filtrante, di polipropilene melt blown, anche se hanno uno spessore maggiore delle chirurgiche. In realtà la capacità filtrante di questi dispositivi, varia. Le FFP1 hanno una capacità filtrante praticamente pari a quella delle mascherine chirurgiche. Le FFP2 (o N95) hanno una capacità filtrante media di circa il 90%, che nelle FFP3 (N99 o 100) arrivano sino al 98%⁹. Le FFP3 hanno una maglia molto stretta, in grado di filtrare particelle anche di 39 nm, dunque persino virus¹⁰. Il CDC americano raccomanda l’uso di dispositivi almeno N95 per i lavoratori in contesti sanitari a rischio epidemiologico. Tuttavia uno studio del 2006 pubblicato su *American Journal of Infection Control* condotto su diversi dispositivi certificati N95 mostrava un’ampia variabilità nell’efficienza di filtrazione, che variava fra il 20.5% e 84.5% rispetto al virione testato. Un’ampia divergenza dai livelli teoricamente previsti, pur essendo ugualmente conformi agli standard di certificazione¹¹. Lo studio concludeva così:

I respiratori N95 potrebbero non fornire il livello di protezione previsto contro i virus. Alcune mascherine chirurgiche possono consentire a una frazione significativa di virus dispersi nell'aria di penetrare attraverso i loro filtri, fornendo una protezione molto bassa contro agenti infettivi in aerosol nella gamma di dimensioni da 10 a 80 nm. Va notato che le mascherine chirurgiche sono progettate principalmente per proteggere l'ambiente da chi lo indossa, mentre i respiratori dovrebbero proteggere chi li indossa dall'ambiente.

Dunque anche le FFP2, ritenute superiori alle chirurgiche, non garantiscono necessariamente un filtraggio adeguato degli aerosol veicolanti i virus. Nell'ipotesi che il SARS-CoV-2 sia sufficientemente veicolato dall'aerosol (in quantità sufficienti a dare patogenesi), neppure queste mascherine altamente tecniche forniscono la garanzia che ci si può aspettare, né nella protezione di chi la indossa, né per escludere di contaminare l'ambiente circostante. Le FFP3 sono l'unico dispositivo che garantisce una protezione certa. Va detto però che sia le FFP2 che le FFP3 sono scarsamente diffuse, oltre che più costose. Inoltre maggiore è il potere filtrante maggiore sarà anche la resistenza alla traspirazione, e quindi la difficoltà a respirare, riducendo la compliance del dispositivo. L'accumulo di aria umida e calda, oltre che carica di anidride carbonica sul viso e sulle mucose respiratorie rende questi dispositivi ancora meno accettabili di una semplice mascherina chirurgica. Per questo è difficile che possano essere tenuti per lungo tempo anche in contesti lavorativi. L'uso continuativo e protratto è fastidioso e poco salutare come vedremo. Pertanto spesso questi dispositivi sono dotati di valvola di uscita, che permette di mantenere protetto l'operatore ma non l'ambiente e gli altri. In questo modo, dato l'uso prefissato dalle disposizioni governative, anche tali dispositivi sarebbero inadatti. In effetti i DPCM non sembrano escludere i respiratori dotati di valvola, tuttavia questi non garantiscono nessuna protezione per l'ambiente esterno e le altre persone, dunque il loro utilizzo contraddice lo spirito "altruistico" della norma prevista. Tutti i vari dispositivi, dunque, sembrano non aderire e non soddisfare, o soddisfare solo in parte, le prerogative che sarebbero postulate nel rationale della norma.

Le scarse evidenze a favore

A conferma di quanto detto sulla mancanza di informazioni sulla trasmissione del SARS-CoV-2, in uno studio di metanalisi su *The Lancet* (giugno 2020), basato studi precedenti su SARS e MERS, che analizzando una decina di studi darebbe un giudizio a favore delle mascherine, uno degli autori riconosce che il grado di certezza dei risultati è basso:

Sebbene i nostri risultati forniscano prove di certezza moderata e bassa, questo è il primo studio a sintetizzare tutte le informazioni dirette da COVID-19 e, quindi, fornisce le migliori prove attualmente disponibili per informare un uso ottimale di questi interventi comuni e semplici¹².

In realtà, le prove a favore di questi interventi sono deboli, appunto perché giustificati da un grado di certezza basso. Lo studio inoltre presenta varie limitazioni: gran parte degli studi su cui si fondava erano riferiti a SARS e MERS, e ben poco sul Covid-19, non esaminavano l'effetto della durata dell'esposizione¹³ sul rischio di trasmissione (fattore che abbiamo già detto essere trascurato), e soprattutto erano studi quasi sempre effettuati su contesti sanitari, dunque in ambienti ad alto rischio infettivo. Ma di fatto questa ricerca non offre nulla di nuovo: oltre ad avere un basso indice di certezza, non dice nulla a favore dell'uso delle mascherine da parte della popolazione generale. Pertanto questa pubblicazione non può essere usata come argomentazione a favore di qualcosa che non prova. Generalmente, finora, le evidenze a favore di un uso universale da parte di tutta la popolazione (opzione che sarebbe costosa, e non priva di inconvenienti per la vita sociale o il benessere) circa i fenomeni epidemici sono scarse o nulle. Il motivo è che l'idea di un uso esteso e generalizzato, per tempi prolungati, cioè in modo "stabile" (come si pretende di fare in Italia) da parte della popolazione generale è in realtà piuttosto bizzarra per cui nel corso delle ultime forme di influenze pandemiche questo impiego non è mai stato fatto. Gran parte degli studi sono circoscritti all'uso di mascherine chirurgiche o altri dispositivi su gruppi speciali, lavoratori sanitari, persone che assistevano i malati o familiari di malati in quarantena.

Il 23 luglio il prof. Carl Heneghan dell'Università di Oxford e direttore in Inghilterra del Centro per la Medicina basata sull'Evidenza, insieme al ricercatore Tom Jefferson facendo il punto dello stato dell'arte, ricordava in una pubblicazione sul sito del suo centro che, nel 2010, alla fine dell'influenza suina, solo sei studi

randomizzati erano stati condotti sull'uso di mascherine, per le ILI (*influenza like-illness*), condotti come già abbiamo detto su lavoratori sanitari o su cluster di studenti o contesti familiari. Le uniche evidenze erano scarsa compliance delle mascherine, rari casi riportati di danno, e la necessità di pianificare ulteriori studi¹⁴. Malgrado ciò, gli Autori lamentavano, la scarsità degli studi successivi, solo altri sei, facendo salire il denominatore dei soggetti inclusi a 13.259. Sulla base di questi 12 studi randomizzati, gli Autori concludono che questi dati: *hanno dimostrato che le maschere da sole non hanno alcun effetto significativo nell'interrompere la diffusione di ILI o influenza nella popolazione generale, né negli operatori sanitari.*

È oggetto di discussione se tali osservazioni siano estendibili alla trasmissione del SARS-CoV-2; tuttavia nel quadro dell'ipotesi che il nuovo coronavirus si diffonda come gli altri ceppi patogeni *influenza-like*, fra cui altri ceppi di coronavirus, questo risultato acquista ancora maggiore significato. Il prof. Heneghan osserva anche la carenza di metodo con cui gli scienziati si stanno muovendo in questo contesto:

Riteniamo che non sia saggio dedurre il nesso di causalità sulla base di osservazioni geografiche regionali come hanno fatto diversi sostenitori delle mascherine. I picchi nei casi possono facilmente confutare le correlazioni, la conformità con maschere e altre misure è spesso variabile e gli elementi di confondimento non possono essere considerati in tale ricerca osservativa. [...]. Questo abbandono del modus operandi scientifico e la mancanza di lungimiranza ha lasciato il campo aperto al gioco di opinioni, visioni radicali e influenza politica.

Heneghan infatti, oltre alla mancanza di metodo scientifico, rileva anche, all'inizio dell'articolo, la forte politicizzazione della questione delle mascherine in pubblico per la popolazione, riportando un articolo del sito Bloomberg.com, dell'importante network giornalistico omonimo. Proseguiamo riportando alcuni esempi interessanti di studi randomizzati che non mostrano particolari evidenze di efficacia delle mascherine. Uno studio randomizzato di Alfelali *et al.*¹⁵ per fare chiarezza sull'efficacia delle mascherine nella protezione da infezioni virali respiratorie, cui precedenti studi avevano dato risposte non conclusive, fu condotto fra il 2013 e il 2015. Questo studio fa parte dei dodici studi più importanti che erano considerati nell'articolo di Heneghan. Furono randomizzati 7.687 adulti in pellegrinaggio alla Mecca: 3.864 al gruppo con le mascherine e 3.823 al gruppo di controllo. Per cinque giorni di osservazione al gruppo di intervento furono fornite mascherine chirurgiche standard e date istruzioni per indossarle, il più a lungo possibile. Venivano registrati diari giornalieri di tutti i gruppi circa la comparsa di sintomi respiratori. Ai soggetti con almeno due sintomi respiratori o un sintomo più la febbre veniva effettuato un tampone nasofaringeo per conferma di laboratorio. I risultati furono: Nel gruppo di intervento il 27% dei partecipanti ha indossato le mascherine giornalmente, il 51% a intermittenza, il 22% non le ha indossate; nel gruppo di controllo i numeri sono stati rispettivamente 15%, 38% e 43%. Gli effetti avversi più comuni delle maschere sono stati difficoltà di respirare (26%) e scomodità (22%), mentre il 3% ha riferito sensazione di calore, sudorazione e cattivo odore, o visione offuscata con gli occhiali. Oltre il 2% dei partecipanti ha riferito limiti all'interazione sociale. Il 43% complessivo dei tamponi nasofaringei ha individuato virus respiratori in soggetti sintomatici: soprattutto rhinovirus, seguiti da virus dell'influenza, enterovirus, virus parainfluenzali, coronavirus, adenovirus, e altri virus. Riguardo l'analisi *intention-to-treat* il gruppo di intervento non ha dimostrato efficacia né verso infezioni respiratorie confermate in laboratorio (OR 1,35; IC 95% 0,88-2,07), né verso infezioni respiratorie cliniche (OR 1,1; 0,88-1,39) rispetto al gruppo di controllo¹⁶. Ancora più significativa è l'analisi *per-protocol* (cioè sui casi che realmente hanno seguito le indicazioni). In questo secondo caso emerge che il sottogruppo di intervento che ha utilizzato effettivamente le mascherine rispetto al sottogruppo di controllo generava un OR di 1,21 (0,87-1,69) per le infezioni virali respiratorie confermate in laboratorio, e un OR di 1,3 (0,99-1,83), per quelle su base clinica. Si tratta di uno studio molto significativo, sia per la rilevanza statistica, dato l'alto numero dei partecipanti, sia per il caso esaminato: i soggetti erano in pellegrinaggio e in viaggio e quindi anche in ambienti aperti ancorché affollati. Questo riproduce in modo interessante il caso del provvedimento in esame, cioè l'uso di mascherine negli ambienti esterni. È chiaro che poiché le misurazioni riportate indicavano un fattore di probabilità superiore a 1, paradossalmente l'uso delle mascherine si è rivelato un fattore di rischio e non di protezione.

Questo risultato contrasta con l'enfasi politica e mediatica sull'uso massivo delle mascherine. La spiegazione può risiedere nel fatto che, a fronte di una parziale protezione esterna, l'istinto a toccarsi, sistemare la mascherina sul volto, potrebbe favorire il contagio per contatto; anche il mantenere per lungo tempo un oggetto potenzialmente contaminato a strettissimo contatto con naso e bocca può essere un altro fattore. La sostituzione delle mascherine dovrebbe essere effettuata regolarmente e di frequente nel corso della giornata. Tali condizioni purtroppo non possono essere riprodotte su una popolazione estesa e non addestrata. Questo elemento dovrebbe essere tenuto in considerazione da chi effettua scelte pubbliche, poiché sussiste l'evidenza che la mascherina possa rivelarsi un fattore di rischio, se usata fuori dal suo contesto di origine, come in questo caso.

Un altro studio di interesse per i suoi risultati è stato fatto sul confronto fra mascherine chirurgiche e di stoffa comune in un gruppo di lavoratori sanitari. Si tratta di uno randomizzato del 2015 condotto da McIntyre *et al.* su una coorte di 500 persone in Vietnam che lavoravano negli ospedali durante influenza stagionale¹⁷. Per un tempo di osservazione di quattro settimane, furono osservati un gruppo di controllo, e due gruppi, fra cui uno con mascherine chirurgiche e uno con mascherine di stoffa comune. Dopo l'aggiustamento per altri fattori, il gruppo con le mascherine in stoffa ha avuto un'incidenza di ILI (simil-influenze) sensibilmente più alta rispetto a quello con mascherine chirurgiche. Lo studio ha rilevato un RR¹⁸ di 6,4 (IC 95% 1,45 – 28,65) per le ILI e di 1,72 (1,01 a 2,94) per le infezioni confermate in laboratorio, nel gruppo delle mascherine di stoffa rispetto a quello con chirurgiche. Questo è stato il primo (e raro) studio randomizzato sulle mascherine di stoffa.

Le conclusioni degli autori riportano la seguente considerazione:

I risultati mettono in guardia contro l'uso di maschere di stoffa. Questa è una scoperta importante per informare la salute e la sicurezza sul lavoro. La ritenzione di umidità, il riutilizzo di maschere in tessuto e una scarsa filtrazione possono aumentare il rischio di infezione. Sono necessarie ulteriori ricerche per informare l'uso diffuso di maschere di stoffa a livello globale. Tuttavia, come misura precauzionale, le maschere in tessuto non dovrebbero essere raccomandate agli operatori sanitari, in particolare in situazioni ad alto rischio, e le linee guida devono essere aggiornate.

Abbiamo visto dunque dallo studio precedente che l'uso di mascherine chirurgiche fuori contesto (all'aperto, popolazione non addestrata, affollamento) può risultare addirittura un fattore di rischio anziché di protezione. Qui acquisiamo un'informazione ulteriore circa l'aumento di rischi infettivi dall'uso sistematico di mascherine di stoffa. Ciò è importante perché le indicazioni fornite dalle disposizioni governative italiane non garantiscono nessuna omologazione dei materiali, una certa frazione della popolazione acquista e indossa mascherine di stoffa, più o meno di marca, personalizzato o decorate per motivi estetici. L'incoraggiamento o l'obbligo di uso per lungo tempo può quindi rivelarsi un ulteriore fattore di rischio, maggiore di quello delle mascherine chirurgiche.

Ancora, uno studio di metanalisi piuttosto recente (e non ancora sottoposto a peer-review), condotto da Tom Jefferson *et al.*¹⁹, comprendeva 15 precedenti studi randomizzati, su lavoratori sanitari o popolazione in quarantena. I risultati sono stati che rispetto al non uso di mascherine, non vi era significativa riduzione di ILI o influenza (RR rispettivamente 0,93 e 0,84), e tanto per le mascherine chirurgiche che per le più tecniche N95. Lo studio conclude: *Non c'erano prove sufficienti per fornire una raccomandazione sull'uso delle barriere facciali senza altre misure. Abbiamo trovato prove insufficienti per una differenza tra maschere chirurgiche e respiratori N95 e prove limitate a supporto dell'efficacia della quarantena.*

Infine uno studio ugualmente recente (maggio 2020) di ricercatori dell'Università di Hong Kong²⁰, e pubblicato per il CDC americano, relativo alle misure non farmaceutiche di prevenzione usate durante le ultime influenze pandemiche, afferma:

Sebbene i modelli meccanicistici supportino il potenziale effetto dell'igiene delle mani o delle maschere per il viso, le prove di 14 studi randomizzati controllati di queste misure non hanno supportato un effetto sostanziale sulla trasmissione dell'influenza confermata in laboratorio. Allo stesso modo abbiamo trovato prove limitate sull'efficacia del miglioramento di igiene e sanificazione ambientale. Abbiamo identificato diverse importanti

lacune nelle conoscenze che richiedono ulteriori ricerche, fundamentalmente una migliore caratterizzazione di modalità di trasmissione da persona a persona.

E nello specifico sulle mascherine facciali in generale:

Esistono prove limitate della loro efficacia nella prevenzione della trasmissione del virus dell'influenza se indossate dalla persona infetta per il controllo della fonte di diffusione o se indossate da persone non infette per ridurre l'esposizione. La nostra revisione sistematica non ha riscontrato alcun significativo effetto delle mascherine facciali sulla trasmissione dell'influenza confermata in laboratorio.

Possiamo segnalare anche uno studio condotto in Thailandia nel 2011 da Simmerman e colleghi, sull'efficacia di mascherine nel contrasto alla diffusione dell'influenza H1N1 in cluster domestici. Il risultato, sebbene gli autori ricordassero i limiti della sperimentazione, è stato che:

La trasmissione dell'influenza non è stata ridotta dagli interventi per promuovere il lavaggio delle mani e l'uso della mascherina facciale.

Anche uno studio randomizzato condotto in Francia durante l'influenza stagionale 2008-2009 ha dato risultati coerenti con queste osservazioni sperimentali²¹. Si tratta di uno studio sulla trasmissione domestica condotto su un campione di 105 famiglie, valutando la comparsa delle ILI su base clinica. Sebbene lo studio abbia compreso solo un numero inferiore di famiglie di quelle pianificate all'inizio (372), e sebbene questa limitazione possa ridurre il significato statistico, anche in questo caso gli autori riportano:

Non abbiamo mostrato alcuna differenza significativa nella proporzione di ILI tra i contatti familiari tra il braccio di intervento e il braccio di controllo. [...] non possiamo escludere formalmente che il nostro studio possa aver perso una sostanziale efficacia delle maschere facciali; cioè una relativa riduzione del tasso di attacco ILI fino al 56%. Tuttavia non abbiamo identificato alcuna tendenza nei risultati o durante le numerose analisi secondarie che suggerissero che l'inclusione della dimensione del campione pianificata potesse comportare differenze significative.

E concordano su risultati degli altri studi:

L'analisi di altri studi che testano l'efficacia dell'uso di mascherine facciali nelle famiglie non ha mostrato una diminuzione significativa del tasso di malattia secondaria nelle loro analisi di intent-to-treat primarie.

Peraltro, lo riportiamo a titolo di esempio, rimane tuttora controverso se addirittura l'uso in sala operatoria delle mascherine chirurgiche abbia effettivamente un senso nel ridurre le infezioni. Uno studio randomizzato condotto nel 1991 comprendeva 3.088 interventi chirurgici, divisi in un gruppo di operazioni dove chirurghi e infermieri non hanno usato mascherine e un altro in cui le operazioni sono state condotte secondo la prassi corrente con l'uso di questi dispositivi²². Contrariamente alle aspettative nel gruppo senza mascherine si sono riscontrate un 3,5% di infezioni post-operatorie, mentre nel gruppo con mascherine la percentuale di infezioni è stata del 4,7%! Questa differenza non era statisticamente significativa ($p > 0,05$). Il dr. Göran Tunevall autore dello studio svedese ha riportato: *Non è mai stato dimostrato che l'uso di mascherine chirurgiche riduca le infezioni postoperatorie della ferita. Al contrario, è stata segnalata una diminuzione del 50% dopo aver ommesso le maschere per il viso. Il presente studio è stato progettato per rivelare qualsiasi differenza del 30% o superiore nei tassi di infezione delle ferite di chirurgia generale utilizzando o meno maschere facciali.*

Quanto alla presente situazione "pandemica", sia riguardo all'opportunità di introdurre queste misure di uso esteso delle mascherine, persino all'aperto, sia riguardo l'evidenza di efficacia o meno, riteniamo che il decisore pubblico dovrebbe tenere presente l'esperienza degli altri Paesi che non hanno introdotto nessun uso obbligatorio di mascherine neppure negli spazi chiusi. L'esempio della Svezia è evidente²³. Gli Stati Uniti hanno recentemente deciso di bloccare ogni obbligo di mascherine su mezzi pubblici e aerei su tutto il territorio federale²⁴. L'Austria da maggio ha allentato ogni obbligo di mascherine, richiedendole solo nei mezzi pubblici e nelle farmacie²⁵. Attualmente l'obbligo delle mascherine è decaduto in Cina²⁶, sia in relazione all'uso esterno²⁷ sia nelle scuole. È significativo che a settembre alla riapertura delle scuole è avvenuta senza nessuna richiesta o obbligo di mascherine²⁸. In Cina da agosto, nella stessa Wuhan si tengono eventi pubblici senza

distanziamento e senza mascherine²⁹, i tanto vituperati “divertimenti” che i media e i politici italiani colpevolizzano. Ad oggi non c’è nessuna evidenza di maggiore mortalità in Cina. Malgrado ciò i casi confermati e i decessi non aumentano significativamente in Cina, e in ogni caso, negli ultimi due mesi non c’è stato nessun incremento da destare allarme³⁰. A ciò dobbiamo aggiungere che di recente, rispetto alla decisione di mettere le mascherine all’aperto come “obbligo”, si sono espressi negativamente virologi e infettivologi italiani come il prof. Matteo Bassetti, Giorgio Palù, Maria Rita Gismondo, Giuseppe Remuzzi (*La Verità*, mercoledì 7 ottobre), e persino Andrea Crisanti, Massimo Galli, e Guido Silvestri³¹. Su quale fondamento si è basato il decisore politico, agendo contro le evidenze e contro il parere di esperti di riferimento nel richiedere restrizioni e sacrifici non giustificati?

Danni e rischi di effetti collaterali

Nessuna pratica di solito è a costo zero, occorre sempre ben valutare i rischi e le opportunità che qualsiasi manovra ci offre e fare un bilancio. A fronte di evidenze favorevoli scarse o nulle che giustifichino l’uso di mascherine se non su pazienti malati e in fase attiva (sintomatico e potenzialmente infettivo), oppure in ambienti sanitari (ospedali, RSA etc.), vediamo quali potenziali rischi dimostrati o supposti, si prospettano per uno sovraesteso e protratto in modo sistematico (ad esempio per tutto l’orario lavorativo) per ampie fasce della popolazione generale. Abbiamo già accennato allo studio di McIntyre e colleghi sugli effetti negativi delle mascherine di stoffa (aumento casi di infezioni secondarie o altre infezioni). Il rischio di infezioni o autoinfezioni può essere riconducibile all’uso prolungato di mascherine da parte della popolazione non addestrata e soprattutto non abituata ad un uso corretto³². Questo è difficilmente evitabile quando tale uso viene imposto per lunghi periodi di tempo a persone di ogni età e condizione sociale. La necessità di toccarsi, sistemare la mascherina, alleviare i fastidi, anche solo come reazione riflessa o psicologica, è un fattore di estrema importanza, soprattutto nel personale non sanitario. Questo è quanto osservato anche di recente in uno studio di psicologia sociale e scienze del comportamento *Don’t touch the T-Zone—how to block a key pathway to infection with SARS-CoV-2*³³. Uno studio del 2014 riportato sull’ *American Journal of Infection Control*³⁴, valutava il fattore di rischio della trasmissione per contatto di alcuni patogeni, proprio in relazione alla autoinoculazione per contatto con apparecchiature mediche come stetoscopi etc. è ragionevole aspettarsi che le conclusioni possano essere estese anche alla manipolazione delle mascherine, soprattutto dalla parte meno attenta della popolazione (anziani in primis, i più a rischio), o da tutti coloro che mancano di addestramento. Anche in ragione di queste evidenze, viene da chiedersi se l’uso universale delle mascherine, in assenza di un adeguato aumento dell’igiene delle mani, non possa corrispondere ad un certo e poco auspicabile effetto boomerang. Anche la mancata sostituzione per tempo delle mascherine, oppure l’inadeguato lavaggio e rigenerazione di quelle riutilizzabili, rientrano fra gli usi incongrui di questi dispositivi, comportamenti inadeguati non controllabili e non difficilmente correggibili nel breve periodo. È dunque non da escludersi che questa pratica estesa non possa essere un fattore di rischio per infezioni respiratorie che invece pretende di limitare. Un secondo fronte di infezione, aperto dal contatto prolungato con dispositivi facciali, è quello delle infezioni cutanee. La parola “Maskne” è un neologismo inglese per denotare l’acne da mascherina, ed è stata riportata proprio in seguito all’uso esteso che ne è stato fatto durante questo 2020 in seguito alla proposta di uso diffuso delle mascherine. Questo è riportato da alcune pubblicazioni scientifiche^{35 36 37}. L’emergenza di questo fenomeno proprio in questo anno è conferma diretta della sovraesposizione all’uso di mascherine, poiché il fenomeno non era stato rilevato in passato, né durante precedenti influenze pandemiche. È diretta conseguenza di un uso sovradimensionato per estensione di utenti e per durata dell’utilizzo, rispetto agli usi precedenti. È anche indiretta conferma del fatto che finora nessun uso universale sulla popolazione generale è stato fatto in tempi relativamente recenti.

Oltre ai rischi infettivi, vi sono quelli metabolici e di tossicità, legati alla riduzione di ossigeno e all’aumento di ricircolo dell’aria espirata, con aumento di anidride carbonica. Gli effetti di un tale uso esteso e prolungato per la popolazione generale va ben oltre l’impegno richiesto ad un operatore sanitario, che generalmente ne fa un

uso intermittente e circoscritto nel tempo strettamente necessario. Le conseguenze più dirette possono essere ipercapnia e ipossia. In uno studio del 2015 su operatori sanitari (fra cui donne incinte) che indossavano respiratori N95 è stato osservato una riduzione del volume corrente polmonare del 23%, una riduzione nel volume di ossigeno inspirato del 13,8 % e una riduzione dell'17,7 % nel volume di anidride carbonica espirata³⁸. Se da una parte gli studi effettuati negli anni passati non hanno evidenziato drammatici effetti sulla frequenza cardiaca e respiratoria, in studi su operatori sanitari, va detto questi sono stati per lo più condotti su lavoratori che indossavano respiratori N95 (FFP2) con valvole, quindi non quelle richieste per “proteggere gli altri”, e per un tempo di lavoro osservato di un’ora³⁹. Si tratta quindi di osservazioni a favore, tuttavia in condizioni sperimentali ben diverse da quelle richieste attualmente. Al contrario tempi più lunghi di esposizione all’uso di mascherine chirurgiche su chirurghi nel corso di interventi prolungati ha in effetti evidenziato fenomeni significativi di riduzione della saturazione arteriosa di ossigeno e aumento del battito cardiaco (A. Beder *et al.*, 2008), sebbene si sia trattato in questo caso di uno studio preliminare⁴⁰. La mancanza di progettazione di studi controllati in passato, su ampia scala, non permette di minimizzare l’esposizione a questi eventi. In realtà le maggiori evidenze stanno emergendo in questo 2020. Una conseguenza degli effetti respiratori e metabolici indotti da uso prolungato di dispositivi, è il riscontro di frequenti cefalee nei sanitari che per lungo tempo hanno dovuto indossare protezioni durante il lavoro in prima linea, come riportato dalla American Headache Society⁴¹. Del resto prove empiriche del drammatico aumento di anidride carbonica nello spazio respiratorio sotto le mascherine possono essere ottenute con rilevatori di CO₂. Alcuni giornalisti d’inchiesta lo hanno fatto⁴². Si tratta ovviamente di osservazioni empiriche, ma è deprecabile che studi significativi non siano stati progettati sinora sull’uso prolungato di respiratori. Tuttavia i dati che emergono suggeriscono prudenza nel raccomandare l’uso esteso di questi dispositivi se non nei contesti strettamente necessari e per il periodo più breve possibile.

Ancora sui possibili effetti centrali, per tempi prolungati, della riduzione di ossigeno, ci sembra interessante riportare i dubbi e le preoccupazioni a riguardo, di una neurologa tedesca, la dr. Margarite Griesz-Brisson⁴³ e del neurochirurgo americano Russell Blaylock entrambi estremamente prudenti sull’uso indiscriminato delle mascherine. Riteniamo che per quanto il tema sia controverso, i dubbi di questi siano meritevoli di attenzione. Sempre a titolo di documentazione, un altro scienziato molto critico sulla possibilità e la fondatezza di un uso universale e per giunta obbligatorio delle mascherine, è il fisico dell’università di Ottawa, nonché attivista per i diritti civili, Denis Rancourt⁴⁴. Un altro effetto generale, oltre alla ridotta espirazione di anidride carbonica e al relativo rischio di ipossia, viene dagli effetti studiati del calore facciale e di altri parametri qui implicati sulla termoregolazione e su altri fattori metabolici generali. Uno studio comparativo su 195 articoli in letteratura, pubblicato nel 2011⁴⁵, ha riportato queste osservazioni:

*L’uso di maschere protettive (PFM) ha un impatto negativo sui meccanismi respiratori e dermici della termoregolazione umana attraverso la compromissione dei processi di convezione, evaporazione e radiazione. Gli aumenti relativamente minori riportati nella temperatura interna direttamente attribuibili all’uso di PFM suggeriscono che le percezioni associate di aumento della temperatura corporea possono avere una componente psicologica significativa o che sono coinvolti cambiamenti della temperatura cerebrale regionale o globale. Le modifiche alla struttura, ai componenti e ai materiali del PFM potrebbero consentire una migliore dissipazione del calore e una maggiore compliance all’uso. [...] Gli individui con disturbi d’ansia sottostanti (ad esempio attacchi di panico) corrono il rischio di veder provocare lo stesso quando indossano PFM. Il sottotipo respiratorio del disturbo di panico mostra una sintomatologia respiratoria prominente durante gli attacchi di panico che è probabilmente collegata a un falso allarme di soffocamento nel sistema nervoso centrale. Indossare PFM (ad esempio maschere antigas) può causare sensazioni claustrofobiche ed è stato usato come manovra provocatoria nei casi di claustrofobia da lieve a moderata (Rachman, 1993; Radomsky *et al.*, 2001). La solita risposta all’insorgenza di un attacco di panico o di una reazione claustrofobica, indipendentemente dall’evento scatenante, è quella simpaticomimetica determinata dal rilascio*

di neurotrasmettitori (ad es. catecolamine come adrenalina e noradrenalina). Il rilascio di questi neurotrasmettitori si traduce in un aumento dell'attività metabolica che si manifesta fisicamente come frequenza cardiaca e respiratoria elevate, palpitazioni, pressione sanguigna elevata, ecc., Il cosiddetto fenomeno di "lotta o fuga".

Riteniamo che questi fattori debbano essere valutati prima di estendere l'uso delle mascherine a tutte le fasce della popolazione indiscriminatamente (anziani, adolescenti, bambini), senza studiare i rischi e i fattori psico-fisiologici e il relativo bilancio costi-benefici. Data la natura potenziale di danno, non solo funzionale ma anche eventualmente strutturale di usi protratti nel tempo e resi sistematici (es. acne, danni neurologici nei bambini, seppure rari, oppure danni metabolici o psicologici), sarebbe opportuno anche che il decisore pubblico considerasse i potenziali costi per lo Stato in termini di cause o richieste di risarcimenti. Data l'assenza di benefici provati e a fronte di tutto questo, alla luce delle evidenze riportate, riteniamo vi siano prove che i rischi siano maggiori dei benefici (con l'accezione dell'uso per gli operatori sanitari dei contesti di rischio) e che il consiglio della migliore scienza possa essere riassunto nelle parole di un paper rilasciato dall'American Medical Association:

*Le mascherine per il viso devono essere utilizzate solo da soggetti che presentano sintomi di infezione respiratoria come tosse, starnuti o, in alcuni casi, febbre. Le maschere per il viso devono essere indossate anche da operatori sanitari, da persone che si prendono cura o sono a stretto contatto con persone che hanno infezioni respiratorie, o altrimenti come indicato da un medico. Le maschere per il viso non dovrebbero essere indossate da individui sani per proteggersi dall'acquisizione di infezioni respiratorie perché non ci sono prove che suggeriscano che le maschere per il viso indossate da individui sani siano efficaci nel prevenire le persone che si ammalano. Le maschere per il viso dovrebbero essere riservate a chi ne ha bisogno perché le maschere possono scarseggiare durante i periodi di infezione respiratoria diffusa. Poiché i respiratori N95 richiedono speciali test di adattamento, non sono consigliati per l'uso da parte del pubblico in generale.*⁴⁶

Conclusioni

Probabilmente il più onesto punto di vista sulla faccenda è quello espresso da un articolo del *New England Journal of Medicine* a marzo di quest'anno:

Sappiamo che indossare una mascherina fuori dalle strutture sanitarie offre poca o nessuna protezione dalle infezioni.

Il che è un riconoscimento importante di quello che è il parere condiviso della comunità scientifica. Inoltre: *Potrebbero esserci ulteriori vantaggi per ampie politiche di uso che vanno oltre il loro contributo tecnico alla riduzione della trasmissione di patogeni. Le maschere sono promemoria visibili di un patogeno altrimenti invisibile ma ampiamente diffuso e possono ricordare alle persone l'importanza del distanziamento sociale e di altre misure di controllo delle infezioni. È anche chiaro che le maschere svolgono ruoli simbolici. Le maschere non sono solo strumenti, sono anche talismani che possono aiutare ad aumentare il senso di sicurezza, benessere e fiducia degli operatori sanitari nei loro ospedali.*⁴⁷

Ecco, crediamo che la ragione della pressione pubblica sulle mascherine sia appunto di tipo extra-scientifico: che sia comunicativa, simbolica e psicologica (resta tuttavia da verificare se la risultante finale di questa operazione psicologica sia positiva o negativa). Forse è questa una delle ragioni alla base della forte pressione politica di alcuni governi sulle mascherine. Ad ogni modo "talismani" e "simboli" non fanno parte dell'orizzonte operativo del metodo galileiano, né della medicina basata sull'evidenza. È molto deprecabile che il decisore politico stia operando scelte basate su derive irrazionali, lontane dal metodo scientifico e non mediate da nessuna proporzionalità fra minaccia reale e gravità delle misure adottate.

Matteo Martini, è dottore in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche e ha studiato Storia della Scienza e Filosofia della Scienza all'Università La Sapienza di Roma. Si occupa di divulgazione scientifica e medicina naturale. È stato docente di Medicina Funzionale e di Nutrizione Ortomolecolare presso l'Università Popolare Giordano Bruno di Roma. Ha anche collaborato con la rivista internazionale Nexus. Canale Telegram:

<https://t.me/ilVeritiero>

Fonte: [DataBase.it](https://www.databaseitalia.it/universal-masking-mito-scientifico-senza-evidenza/) – <https://www.databaseitalia.it/universal-masking-mito-scientifico-senza-evidenza/>

NOTE

1 <https://www.ilgiornale.it/news/cronache/coronavirus-quando-va-indossata-mascherina-1841830.html>

2 file:///C:/Users/Utente/Downloads/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-eng.pdf (pag. 6)

3 <https://www.youtube.com/watch?v=TDFsWybjkmg>

4 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32242113/>

5 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016041202031254X>

6 <https://www.porometer.com/PDFS/AN-CharacterisationofFacemasks.pdf>

7 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7115281/>

8 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452199X20301481>

9 <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/mascherine-come-sono-fatte-che-cosa-servono-cosa-filtrano-come-riutilizzarle/e7db0f72-78f1-11ea-ab65-4f14b5300fbb-va.shtml>

10 <https://aaqr.org/articles/aaqr-16-09-0a-0390.pdf>

11 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655305009119>

12 [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)31142-9/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)31142-9/fulltext)

13 Gli stessi autori lo dicono: *Non abbiamo valutato specificamente l'effetto della durata dell'esposizione sul rischio di trasmissione.*

14 https://www.cebm.net/covid-19/masking-lack-of-evidence-with-politics/?fbclid=IwAR02B1wx2ULdldRkGkvy_ckrGOdfpBzgQrWq5APKlqH4Z8KGnEt36UOz28

15 https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3349234

16 Il metodo di misurazione considerato è OR = *odds ratio*, rapporto di probabilità (rapporto fra le frequenze di comparsa della malattia rispettivamente nei soggetti esposti e in quelli non esposti al fattore di rischio in studio). Un OR pari a 1 indica che il fattore di rischio è ininfluente sulla comparsa della malattia; un valore dell'OR è minore di 1 che il fattore in realtà è una difesa contro la malattia. Un valore maggiore di 1, stabilisce un fattore di rischio.

17 <https://bmjopen.bmj.com/content/5/4/e006577?fbclid=IwAR3s0PzAKo4B9NASJoZd-x4I75-amzG0Dh-GpXPRMe951xISJJpyHiMyMl0>

18 Rischio relativo, altro metodo di misurazione, che stima probabilità che un soggetto, appartenente ad un gruppo esposto a determinati fattori, sviluppi la malattia, rispetto alla probabilità che un soggetto appartenente ad un gruppo non esposto sviluppi la stessa malattia.

19 <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.30.20047217v2?fbclid=IwAR01sWBc5sTRO2wAd-fo-FpHFgq3D2jIGVByHQXRm4seBQ9B7FdpqXCThsI>

20 https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/5/19-0994_article

21 <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0013998>

22 <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01658736>

23 <https://www.databaseitalia.it/svezia-vicina-alla-vittoria-sul-coronavirus-nessun-lockdown-e-nessun-obbligo-di-mascherine/?fbclid=IwAR2jf1M9Q8KqCTaxZDW8l997se-4xN8DcmwY6xSvmTeA8qSSLAWL18b5UU>

24 https://www.corriere.it/esteri/20_ottobre_10/casa-bianca-ha-bloccato-l-obbligo-maschera-treni-aerei-bus-7b2500f6-0ac6-11eb-a7e3-5ef727c833ab.shtml?fbclid=IwAR317VpXsyhmjj3DL7jX7-NUIsLuc51ED3pZH5-D9rSEFv6VKtimaNpIgGU

25 <https://www.thelocal.at/20200530/austria-to-relax-mandatory-mask-rules-in-coronavirus-fight>

26 <https://www.robert-schuman.eu/en/european-issues/0569-in-the-time-of-covid-19-china-s-mask-has-fallen-with-regard-to-europe>

27 <https://economictimes.indiatimes.com/news/international/world-news/coronavirus-beijing-announces-wearing-masks-outdoors-not-necessary/articleshow/75787617.cms>

28 <https://www.unionesarda.it/en/articolo/news/mondo/2020/09/01/riaprono-le-scuole-a-wuhan-rigide-misure-di-sicurezza-ma-niente-m-137-1054991.html>

- 29 <https://www.rainews.it/dl/rainews/media/Wuhan-mega-party-al-parco-acquatico-in-migliaia-si-scatenano-spalla-a-spalla-senza-mascherina-1fc7bca0-7b3c-4da5-bb17-c04301d8b61d.html#foto-1>
- 30 <https://www.statista.com/statistics/1092918/china-wuhan-coronavirus-2019ncov-confirmed-and-deceased-number/>
- 31 <https://www.oltre.tv/mascherina-obbligatoria-aperto-esperti-contro-conte/>
- 32 <https://www.aa.com.tr/en/health/improper-use-of-medical-masks-can-cause-infections-/1766676>
- 33 <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/04/03/dont-touch-the-t-zone-how-to-block-a-key-pathway-to-infection-with-sars-cov-2/>
- 34 [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(14\)01281-4/fulltext](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(14)01281-4/fulltext)
- 35 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7300566/>
- 36 <https://jofskin.org/index.php/skin/article/view/953>
- 37 <https://www.jaad.org/article/S0190-9622%2820%2930392-3/fulltext>
- 38 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4647822/>
- 39 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20420727/>
- 40 <http://scielo.isciii.es/pdf/neuro/v19n2/3.pdf>
- 41 <https://headachejournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/head.13811>
- 42 <https://www.youtube.com/watch?feature=youtu.be&v=AITEnS4miH8&fbclid=IwAR0nc9SKnwKQTzzJGcpBp4uOkkrD3ZFgyTAbQmPhN3LdbFF2K6uOsyDho58&app=desktop>
- 43 <https://www.sott.net/article/442455-German-Neurologist-Warns-Against-Wearing-Facemasks-Oxygen-Deprivation-Causes-Permanent-Neurological-Damage>
- 44 <https://www.rcreader.com/sites/default/files/Denis-Rancourt-Face-masks-lies-damn-lies-and-public-health%3Dofficials-a-growing-body-of-evidence-August-03-2020.pdf>
- 45 <https://academic.oup.com/annweh/article/56/1/102/166254#1454170>
- 46 <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762694>
- 47 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp2006372>

L'immunità di gregge è ancora la chiave di volta nella lotta contro il COVID-19

di Martin Kulldorff* 17/10/20

In questo articolo di agosto su The Spectator, il prof. Martin Kulldorf di Harvard, primo firmatario della Dichiarazione di Great Barrington da noi pubblicata qui (e di cui ha dato conto il giorno successivo anche il Corriere della Sera), spiega la sua posizione a favore di una migliore gestione della pandemia: la protezione deve essere mirata verso i soggetti più a rischio, gli anziani, mentre ai giovani deve essere permesso di condurre una vita normale e di tenere a galla la società, nel mentre che si sviluppa una immunità di gregge. Aprire o chiudere? Aprire le scuole e chiudere i pub? Aprire le sale da bowling ma non le piste di pattinaggio? Consentire l'apertura dei ristoranti ma non i ricevimenti di nozze? [La Gran Bretagna sta facendo il gioco delle sedie con diversi servizi e attività](#) [NdT si riferisce al noto gioco in cui si dispongono in cerchio delle sedie in numero corrispondente al totale dei giocatori meno uno. Si avvia la musica e i bambini girano attorno alla sedia, per correre a sedersi una volta che la musica viene interrotta. Chi non riesce a sedersi è eliminato e così via finché non rimane che un solo bambino], ma l'intero gioco è fuorviante e privo di qualunque base epidemiologica scientifica. Aprire gradualmente la società è di certo saggio, ma come scegliamo l'uno rispetto all'altro? Il Covid-19 è una malattia terribile e l'obiettivo principale dovrebbe essere quello di ridurre al minimo le morti. Come si fa? La chiave è l'età. Il rischio di mortalità da Covid-19 [varia più di mille volte](#) tra i componenti più anziani e quelli più giovani della società. La pandemia non finirà finché non raggiungeremo l'immunità di gregge o tramite un vaccino o attraverso infezioni naturali. L'immunità di gregge non è una strategia, ma un fenomeno scientifico provato e negarlo è sciocco come negare la gravità. Con la giusta

strategia, possiamo persino usarla per salvare delle vite. Nello scenario del vaccino, la strategia giusta è proteggere gli anziani e altri gruppi ad alto rischio fino a quando non sono protetti dall'immunità di gregge, mentre le giovani generazioni tengono a galla la società. Nel secondo scenario dell'immunità naturale, la strategia giusta è proteggere gli anziani e altri gruppi ad alto rischio finché non sono protetti dall'immunità di gregge, mentre le giovani generazioni tengono a galla la società. Se queste due strategie sembrano più o meno la stessa cosa, lo sono. Come funziona l'immunità di gregge? Man mano che più persone ottengono l'immunità, diventa più difficile per il virus trovare nuove persone da infettare e l'epidemia alla fine si estinguerà prima che tutti siano infettati. Non si sa quanto grande debba essere il gruppo di persone infette affinché l'immunità di gregge possa entrare in gioco, ma è una certa percentuale della popolazione. Se ci sono molte persone anziane in questo gruppo, la mortalità sarà alta. Se la maggior parte di loro è giovane, ci saranno pochi morti. In effetti, come affermato dal più importante epidemiologo mondiale di malattie infettive, l'immunità di gregge è "[l'unico modo per ridurre il rischio per le persone vulnerabili della popolazione](#)".

Torniamo al gioco delle sedie. Con questo in mente, potremmo aprire le piste di pattinaggio che sono utilizzate principalmente dai giovani, ma non le sale da bowling con la loro clientela più anziana. Sarebbe un piccolo passo nella giusta direzione, ma per ridurre al minimo la mortalità bisogna puntare tutto sulla strategia basata sull'età. Dobbiamo fare l'opposto di quanto fatto la scorsa primavera, quando le scuole erano chiuse mentre i malati venivano mandati in residenze protette. Quindi sì, possiamo aprire le scuole, ma gli insegnanti di età superiore ai 60 anni dovrebbero lavorare da casa, dove possono aiutare valutando esami e saggi. Sì, teniamo aperti i pub, ma chi ha più di 70 anni dovrebbe starne alla larga per un po'. Sì, apriamo le sale da bowling, ma lasciamo perdere la senior league. Sì, lasciamo che i bambini pattinino con i genitori, ma filmiamo le loro piroette affinché i nonni possano guardarle da casa. E sì, apriamo tutti i ristoranti, ma alle persone anziane offriamo solo cibo da asporto. Il punto è apriamo la società per le giovani generazioni, e quando avranno prodotto l'immunità di gregge correndo solo modesti rischi per se stessi, anche le persone anziane potranno uscire. È discriminazione basata sull'età quando agli anziani viene chiesto di rinunciare alla società per un po', mentre i giovani continuano la loro vita? Forse, ma salva vite. È discriminazione basata sull'età quando i giovani si assumono i piccoli rischi necessari per proteggere i membri più anziani e più vulnerabili della società? Sì, certo, ma le generazioni precedenti hanno corso rischi molto maggiori. Come società dovremmo apprezzare i giovani adulti che aiutano a determinare l'immunità di gregge vivendo una vita normale e mantenendo la società a galla. Grazie, grazie, grazie. Quando le persone ti lanciano accuse errate, affermando falsamente che stai mettendo in pericolo gli altri, ricorda che è vero il contrario. E pensa a tuo nonno. Mentre rischiava la sua vita combattendo nella seconda guerra mondiale, gli venivano lanciate contro delle cose molto peggiori. E i bambini? Sebbene i giovani adulti possano decidere quali rischi correre, non è etico imporre rischi ingiustificati ai bambini. Sono al sicuro se le scuole riaprono? La risposta è sì.

Nel mezzo di veementi discussioni sull'apertura delle scuole, è bene fare un passo indietro, fare un respiro profondo ed esaminare ciò che ci dice la scienza. Per conoscere l'effetto del fumo, studiamo i fumatori. Per conoscere gli effetti dei vaccini, studiamo le persone vaccinate. Allo stesso modo, per conoscere gli effetti del mantenere aperte le scuole durante la pandemia da Covid-19, dobbiamo studiare l'unico luogo che ha tenuto aperte le scuole durante il culmine della pandemia. Quel posto è la Svezia.

La Svezia non ha mai chiuso gli asili nido o le scuole per i suoi 1,8 milioni di bambini di età compresa tra uno e 15 anni. Di questi bambini, [zero sono morti a causa del Covid-19](#). Il numero totale dei casi non è noto, ma il numero segnalato è 468, ovvero 25 su 100.000. Di questi 468 bambini, otto sono stati ricoverati in un reparto di terapia intensiva. Ciò significa che, indipendentemente dal fatto che le scuole siano aperte o meno, i bambini sono meno a rischio a causa del Covid-19 che dell'influenza, [che uccide una media di 40-50 bambini in Inghilterra e Galles ogni anno](#). A differenza di ciò che accade con l'influenza, le scuole non guidano la classifica della pandemia da Covid-19, e in Svezia gli insegnanti avevano [lo stesso rischio di contrarre il Covid-19](#) delle altre professioni, in media. Non è opportuno né esagerare né ignorare la gravità della pandemia da Covid-19. È ancora impossibile sapere quale percentuale è necessaria per raggiungere l'immunità di gregge o quante persone

alla fine moriranno, e nessun epidemiologo rispettabile farà tali affermazioni. Non sappiamo neppure quanto tempo occorrerà per avere un vaccino, potrebbe essere un tempo qualsiasi da sei mesi a mai. L'unica cosa importante che sappiamo è l'enorme differenza di rischio per età. Il Covid-19 è un nemico formidabile e in ogni guerra bisogna sfruttare le debolezze dell'avversario. Questa debolezza è la quasi incapacità del virus di uccidere i giovani. Quindi, sono i giovani adulti tra di noi che devono stare in prima linea mentre combattiamo questo nemico. In caso contrario, avremo molte più vittime del necessario.

* *Professore di Medicina all'Università di Harvard. Studia le epidemie di malattie infettive e la sicurezza dei vaccini. Account twitter [@MartinKulldorff](#). Traduzione di Rosa Anselmi*

La verità sul Covid e il disastro italiano

di Leonardo Mazzei 18/10/20

Il Covid 19 non è certo un virus peggiore di quello dell'Asiatica (1957-58), probabilmente neppure di quello dell'influenza di Hong Kong (1968-69), ma la classe politica che lo gestisce certamente lo è. E di gran lunga, come ben si vede dall'osservatorio italiano. C'è un personaggio che esemplifica l'attuale disastro. E' il buffone mascherato che governa la Campania. Vincenzo De Luca è uno e trino. E' lo sceriffo col lanciafiamme che tutto vorrebbe chiudere, verrebbe da pensare per sempre. E' il presidente di una Regione che non è riuscito a potenziare i posti di terapia intensiva, come avrebbe dovuto e come sarebbe stato possibile. E' il politico che, nonostante tutto ciò, anzi forse proprio grazie anche a tutto ciò, ha vinto le elezioni del 20 settembre col 69% dei voti. L'epidemia in Campania non ha lasciato tracce nelle statistiche demografiche. La mortalità ufficialmente attribuita al Covid è pari a 0,86 vittime ogni diecimila abitanti, molto più bassa della normale influenza stagionale. Eppure lo sceriffo col lanciafiamme [ha chiuso le scuole](#) dalla sera alla mattina, anche se poi – a seguito della mobilitazione delle mamme – [ha dovuto riaprire](#) in fretta e furia almeno le scuole dell'infanzia. Sulla chiusura al momento il governo dice di dissentire, ma non mi stupirei se in un prossimo futuro De Luca risultasse l'apripista di analoghe decisioni governative. Abbiamo detto delle terapie intensive. Mentre ululava mascherato davanti alle telecamere, il piddino De Luca ben poco faceva su quel versante. Lo denuncia addirittura un suo collega di partito, il ministro degli Affari regionali Francesco Boccia. Il quale, [parlando della Campania](#), dichiara che:

«Prima del Covid aveva 335 posti letto di terapia intensiva. Il governo attraverso Arcuri ha inviato 231 ventilatori per le terapie intensive e 167 per le sub intensive. Oggi risultano attivati 433 posti, devono essere 566».

Come mai in Campania manchino 133 posti di terapia intensiva rispetto al previsto nessuno lo sa, ma su questo De Luca non è solo. Ecco cosa dice – sempre nello stesso articolo de [la Repubblica](#) – l'Alto (si fa per dire) commissario per l'emergenza, Domenico Arcuri:

«In questi mesi alle Regioni abbiamo inviato 3.059 ventilatori polmonari per le terapie intensive, 1.429 per le subintensive. Prima del Covid le terapie intensive erano 5.179 e ora ne risultano attive 6.628 ma, in base ai dispositivi forniti, dovevamo averne altre 1.600 che sono già nelle disponibilità delle singole regioni ma non sono ancora attive. Chiederei alle Regioni di attivarle. Abbiamo altri 1.500 ventilatori disponibili, ma prima di distribuirli vorremmo vedere attivati i 1.600 posti letto di terapia intensiva per cui abbiamo già inviato i ventilatori».

Bene, cioè malissimo, ma almeno Arcuri dà i numeri. Degli oltre 4mila posti aggiuntivi in terapia intensiva di cui si parla da marzo, ne sono stati attivati sull'intero territorio nazionale solo 1.449, cioè meno di un terzo. Di chi è la colpa? Certamente dei tanti De Luca che governano le regioni italiane, ma Boccia ed Arcuri (cioè il governo e la pletora dei tecnici superpagati di cui si circonda) colpevoli lo sono anche loro. Avvilente dover leggere sulla stampa la loro denuncia, senza che ci dicano una parola su cosa hanno fatto loro in questi mesi. Quale intervento, quale iniziativa? Semplicemente non si sa, dunque lo si può capire benissimo: non hanno fatto nulla. O meglio, hanno fatto (e stanno facendo) a gara nello spargere terrore, nel diffondere la paura, nel

prenderse la con i “negazionisti”, nel reclamare nuove chiusure alla faccia del milione e mezzo di disoccupati in più che già hanno creato.

Ora anche l’OMS dice che...

Neanche lontanamente paragonabile alla Spagnola, ho già detto in premessa che la portata dell’epidemia in corso appare invece simile a quella delle altre due [pandemie influenzali](#) del secolo scorso: l’Asiatica e l’influenza di Hong Kong. Forme influenzali certamente più gravi della media, ma non esattamente l’Apocalisse di cui si narra oggi. Questa verità, facilmente intuibile da qualunque persona abbia provato ad analizzare i dati con un minimo di razionalità, ci viene adesso confermata perfino dall’OMS.

Confrontando i dati di ottobre con quelli del picco di marzo, il [Corriere della Sera](#) del 16 ottobre ha dovuto riconoscere il crollo della letalità allo 0,3%. Ma in realtà anche questa percentuale è sovrastimata, dato che più che i casi accertati con tampone si dovrebbe tener conto della stima dei contagiati reali. Proprio per questo le valutazioni dell’OMS sono interessanti. Secondo le “[migliori stime](#)” del dottor Michael Ryan, responsabile del programma per le emergenze sanitarie dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, il 10% della popolazione mondiale (pari a circa 780 milioni di persone) è già stato infettato da Sars-Cov-2. Si tratta una stima effettuata utilizzando i numerosi studi di sieroprevalenza realizzati in tutto il mondo. Rapportando questa stima al numero dei decessi ufficialmente attribuiti al Covid, il tasso di letalità effettivo sarebbe pari allo 0,14%. Decisamente inferiore a quello dell’Asiatica (0,40%) e presumibilmente a quello un po’ più incerto dell’influenza di Hong Kong. Certamente in linea con le normali influenze stagionali (circa allo 0,10%). E’ da notare come la stima attuale dell’OMS sia profondamente diversa da quel 3,4% indicato a marzo dalla stessa organizzazione. Una cifra utilizzata in tutti i modelli di allora per giustificare ogni forma di chiusura e confinamento. Lo 0,14% è infatti 24 volte (ventiquattro) inferiore al 3,4%, ma è a quelle politiche che molti vorrebbero nella sostanza tornare. Ad essere pignoli, è molto probabile che il raffronto con le pandemie influenzali del secolo scorso risulti alla fine ancor più favorevole, dato che nel passato gli epidemiologi hanno sempre fatto i loro calcoli sull’eccedenza di mortalità registrata, mentre oggi ragioniamo con i dati ufficiali in base ai tamponi. Numeri, questi ultimi, verosimilmente superiori all’eccedenza di mortalità effettiva, come sembrerebbero indicare alla grande i dati provenienti dagli Stati Uniti. In Italia ogni ragionamento su questo punto è al momento difficile. Infatti, in un Paese dove ormai nulla più funziona, pure l’Istat ha smesso di fornire dati aggiornati. Tuttavia,

quelli comunicati fino a luglio mostrano un calo della mortalità, rispetto all’anno precedente, nei mesi di gennaio, febbraio, maggio, giugno e luglio. Dunque, dopo il violento picco di marzo ed aprile, la situazione si è di fatto rapidamente normalizzata. Quel che possiamo dire ad oggi è che ben difficilmente l’aumento di mortalità del 2020 risulterà superiore a quello [registrato nel 2015](#) (con 49.207 decessi in più dell’anno precedente), evento che allora non scaldò minimamente i media.

Meditate gente, meditate...

Mentre scrivo è in arrivo l’ennesimo Dpcm, figlio dell’emergenzialismo imperante e dello stato d’emergenza vigente. Stavolta si parla di chiusura dei locali alle 22, nonché di lockdown nel fine settimana. Qualcuno saprebbe spiegarci la razionalità di questi decreti a raffica? Che forse la situazione cambia tutte le settimane? Almeno un po’ di serietà non guasterebbe. Schierandosi contro lockdown ed emergenzialismo, Donald Trump ama ripetere che “la cura non può essere peggio della malattia”. Parole sagge che nessuno segue. Ma è chiaro come un nuovo lockdown, anche se un po’ attenuato, sarebbe il colpo di grazia per centinaia di migliaia di piccole aziende, con la certezza di una nuova valanga di disoccupati. Ci dicono i benpensanti che sì, è vero, non c’è l’emergenza di marzo, però le terapie intensive potrebbero saturarsi. Ma è così, o siamo di fronte alle solite



esagerazioni mediatiche? Giusto per fare un esempio, oggi l'Ansa ha parlato di una saturazione all'83% in Piemonte. Dato smentito da un tweet di Guido Crosetto, non proprio l'ultimo arrivato. Leggiamo: «Questa è l'@Agenzia_Ansa. Io la leggo e capisco che in Piemonte l'83% dei posti in terapia intensiva siano occupati. Allora chiamo @Alberto_Cirio (il presidente della Giunta regionale, ndr). Scopro che ci sono 33 ricoverati sui 327 posti ordinari. Che possono arrivare a 586 per emergenza».

La saturazione in Piemonte è dunque del 10%, non dell'83. Vogliamo domandarci una buona volta del perché i media facciano questo sporco gioco? Peraltro, che le terapie intensive vadano in crisi durante i picchi influenzali non è cosa nuova.

«Milano, terapie intensive al collasso per l'influenza: già 48 malati gravi, molte operazioni rinviate». Questo titolo del Corriere della Sera non è del 2020, bensì del [10 gennaio 2018](#). Toh, meno di tre anni fa! Ed anche allora un'influenza provocava intasamenti, rinvio delle operazioni e decine di malati gravi. Meditate gente, meditate. La verità è che la Paura (con la P maiuscola) è un'ottima arma di governo. E, come dimostra il caso del buzzurro De Luca, anche di consenso. La verità è che il virus è un [gigantesco business](#). Un modo per ridisegnare in peggio la società, disumanizzandola a più non posso. Non a caso la parola d'ordine è "distanziamento sociale". Avrebbero potuto dire "distanziamento fisico", e sarebbe stato anche più preciso. Invece no, distanziamento sociale. Detto e scritto ovunque ed h24. Perché quello è l'obiettivo più profondo: una società di atomi impauriti senza diritti e senza coscienza. Fantascienza? Può darsi, ma qualcuno di voi immaginava un anno fa l'incubo di questo 2020? Sarà meglio svegliarsi il prima possibile, prima che questo incubo diventi la nuova normalità. Che è esattamente quel che qualcuno vuole.

Dati aggiornati su covid mondo e italia

Antonio Lupo (in mailing list Forum Italiano Movimenti Acqua) 18/10/20

“L'emergenza di agenti patogeni zoonotici è correlata al deterioramento dell'ambiente e alle interazioni tra uomo e animali nel sistema alimentare”- Agenzia Europea per l'Ambiente

Virus pandemici e cause primarie della diffusione

- 1-DEFORESTAZIONI: provocano l'uscita dai boschi di virus presenti in animali selvatici, con salto della specie (spillover), anche per il commercio di animali selvatici
- 2- i virus proliferano negli allevamenti intensivi (virus aviari, soprattutto da polli allevati con Antibiotici; il 70% della produzione mondiale di Antibiotici è usato negli allevamenti animali)
- 3- i virus colpiscono gli abitanti delle megalopoli (favele, bidonville, slum ecc.), dove vivono ammassati e in situazioni igienico-sanitarie pessime e si nutrono male (cibo a basso prezzo e cibo spazzatura)

Contagi e morti da virus in alcune Pandemie:

- 1-SPAGNOLA 1919-20 (popolazione mondiale 2 miliardi, contagiati 500 milioni, morti da 50 a 100 milioni), ha colpito soprattutto i giovani (all'inizio ha colpito i soldati reduci della 1° Guerra Mondiale)
- 2- ASIATICA, influenza aviaria 1957 (nel mondo 2 milioni morti, in Italia 28 milioni di contagi su 49 milioni abitanti (57%), 30 mila circa i deceduti, di cui 20 mila militari, colpiva soprattutto i giovani)
- 3-COVID 19 -2020 (SARS-CoV-2 o Coronavirus):

NEL MONDO

<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5338&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>

(Ultimi dati OMS. Fonte: Health Emergency Dashboard, 16 Ottobre)

- 38.619.674 casi contagio nel mondo dall'inizio della pandemia
- 1.093.522 morti positivi, su 47 milioni morti ad oggi (ogni anno muoiono circa 60 milioni)
America 599.168 Europa 253.104 Africa 27.904 SudEst Asia 131.603

IN ITALIA:

- 391.611 contagiati (non malati!)
- 36. 427 pazienti deceduti e positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia, in oltre 7 mesi.
- 17.044 deceduti in Lombardia, 171 in Sardegna
- L'età media dei pazienti deceduti e positivi è 80 anni (donne 85 anni, uomini 79)
- al 22 settembre 402 i pazienti deceduti positivi di età inferiore ai 50 anni
- Un'analisi sulle cartelle cliniche di 4190 deceduti positivi ha rilevato che solo 158 pazienti (3,8% del campione) presentavano 0 patologie, 568 (13,6%) una patologia, 841 (20,1%) due patologie, 2623 (62,6%) tre o più patologie.

ALCUNE OSSERVAZIONI:

- i 36.427 morti in Italia da febbraio al 16 ottobre 2020 e positivi al Covid 19 (non morti per il Covid!) sono circa il 10% dei deceduti totali nei 7 mesi, quindi relativamente pochi, se paragonati ai 647.000 morti nel 2019 (1772 sono i morti giornalieri!), ma dilaga una paura immensa in un mondo ormai digitale e virtuale, che considera la morte solo come causata da malattie, rifiutando il concetto di morte naturale
 - le misure sanitarie prese sono state uguali in tutta Italia, anche per nascondere che il pericolo era maggiore per gli anziani malati cronici risiedenti nelle 4 Regioni della Pianura Padana, l'area con l'aria più inquinata di Europa. "il 92% della popolazione mondiale vive in luoghi dove i livelli della qualità dell'aria non rispettano i limiti fissati dall'Oms"
 - I virus hanno fatto ammalare soprattutto i malati cronici che vivono in città con aria inquinata da
 - a) biossido di azoto
 - b) polveri fini PM10 e PM 2,5; queste polveri derivano anche dall'ammoniaca emessa dalle deiezioni degli allevamenti intensivi, che per la maggior parte sono in Lombardia e Emilia-Romagna.
 - Lo smog provoca 400 mila morti l'anno in UE, soprattutto a causa del particolato fine.
- Opportune sono le misure di precauzione (distanziamento fisico, non sociale, ecc), ma il problema principale è l'educazione popolare e rinforzare la salute e le risposte immunitarie della popolazione (aria e acqua pulita, cibo sano ecc).
- Il vaccino non è la prevenzione primaria, né di questa pandemia né delle prossime, che ci saranno certamente, se non si bloccheranno le cause primarie di contatto con nuovi virus, cioè con virus mai venuti a contatto in precedenza con gli umani.

Nessuna seconda ondata e iniziano i primi "mea culpa" dei media sul "modello svedese"

di Francesco Santoianni 19/10/20 L'Antidiplomatico

Emergenza Covid. Invece dei tanti mugugni sui social, nascono le prime proteste di piazza. A Napoli, ad esempio, l'inaspettatamente grande [manifestazione](#) davanti la Regione (ovviamente, ignorata da quasi tutti i media) ha ridimensionato le pretese del governatore De Luca di chiudere tutte le scuole per quindici giorni; ad [Arzano](#), invece, dopo i blocchi stradali organizzati dai commercianti, è stato [mandato l'esercito](#) mentre si paventa una ondata di tamponi per scovare, anche lì, quale altro positivo (asintomatico) con il quale continuare a terrorizzare la popolazione. Ma cosa chiedono queste manifestazioni? A differenza di quelle di maggio, dove lavoratori penalizzati dall'emergenza Covid mendicavano allo Stato sussidi (trovando una immediata sponda nei governatori locali), queste, e le altre che si stanno organizzando, chiedono, la fine di una fallimentare gestione dell'emergenza e quindi nuove misure.

Quali? Le richieste sono ancora confuse ma, almeno qui in Campania, si stanno facendo strada proposte come quelle già attuate in Svezia (qui l'intervista all'epidemiologo di Stato, Anders Tegnell del [Corriere della Sera](#)) o suggerite dal [prof. Giulio Tarro](#) e da tanti altri esperti degni di questo nome. Sintetizziamo queste proposte.

Per quanto riguarda il famigerato "aumento del numero dei contagiati" (dettato solo dall'enorme aumento dei tamponi), di fronte ad un virus – quale il Sars-Cov-2 – che, verosimilmente, resterà per decenni radicato nella popolazione - invece di porre in isolamento tutta la popolazione per paura che l'infezione possa lambire "fasce di soggetti a rischio" (quali iper-anziani o persone immunodepresse) si sta facendo strada la richiesta (come, ad esempio fatto in Svezia) di organizzare uno stabile servizio di protezione per ridurre l'esposizione a queste persone costrette oggi – magari febbricitanti - a scendere in strada per fare la spesa o incassare la pensione. Per quanto riguarda il monitoraggio del contagio - invece della caotica disseminazione degli attuali tamponi (che attestano la "positività" anche davanti a rimasugli di virus) - si sta chiedendo una, seria e capillare, campagna di screening, basata su test affidabili e svolta dallo Stato (tolta, cioè, dalle mani di personaggi, come gli attuali governatori regionali che l'anno trasformata in una caccia all'untore solo per ottenere consenso) nella quale le persone che volontariamente si sottopongono a screening non rischiano di essere sottoposte a quarantena se si evidenzia il loro eventuale stato di positività.

Per quanto riguarda la direzione dell'emergenza - invece della ridda di consulenti di ministeri e di un Comitato Tecnico Scientifico, che si tiene dentro ogni possibile "esperto" per potere così, informalmente, avallare le scelte del governo – viene chiesto, - così come è per la Svezia, un solo epidemiologo, che, dopo aver sentito chi vuole, propone al Governo le sue soluzioni.

Per quanto riguarda l'informazione alla popolazione viene chiesta la fine dell'attuale terrorismo mediatico. In particolare, invece della divulgazione di non meglio precisati "decessi", "contagiati", "guariti"... si chiede la conoscenza della loro storia clinica. Viene chiesta, inoltre la fine della censura e dei provvedimenti disciplinari con i quali si tenta di silenziare i tanti dipendenti ospedalieri che osano dichiarare qualcosa di difforme dalla Verità Ufficiale.

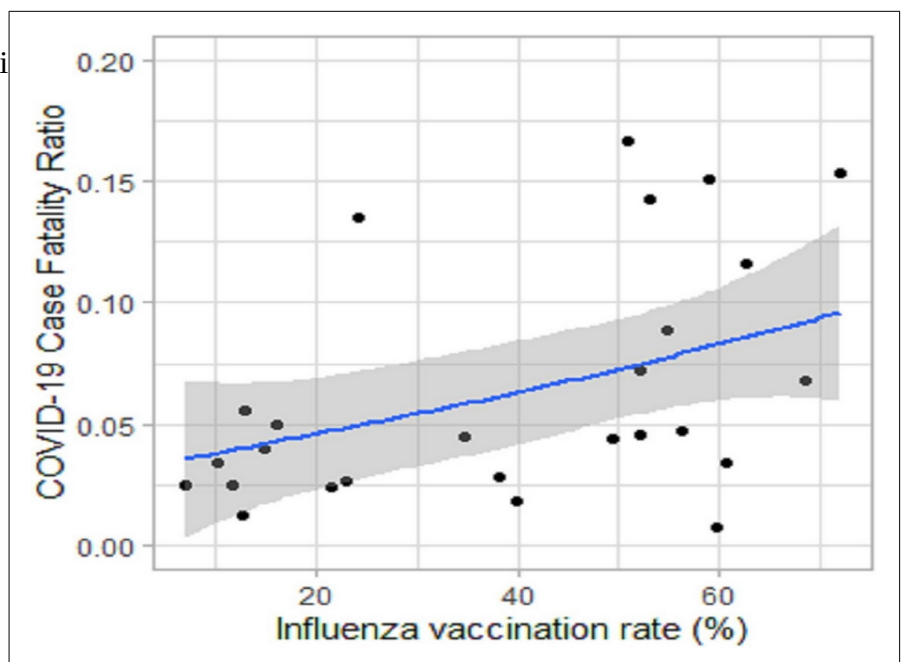
Per quanto riguarda la mascherina, si sta proponendo il suo uso solo all'interno di spazi pubblici chiusi (stazioni, negozi, uffici...) se in questi non è possibile rispettare la distanza di sicurezza di un metro.

Più vaccinati contro l'Influenza e più morti con Covid-19 Leopoldo Salmaso Ott 19, 2020

Morti Covid Positivi e Tasso di Vaccinazione anti-Influenza rivelano una correlazione statisticamente significativa, in uno studio molto rigoroso. Christian Wehenkel, professore di biodiversità presso l'università messicana di Juarez, nello studio citato in calce documentata con puntigliosità teutonica una correlazione statisticamente significativa fra due eventi riguardanti persone ultrasessantacinquenni: Morti Covid Positivi e Tasso di Vaccinazione anti-Influenza. In

letteratura sono ben documentati fenomeni di interferenza fra infezioni e/o vaccinazioni concomitanti, sia in senso positivo che negativo, ma gli studi finora condotti su interferenze con Covid-19 sono poco rigorosi[1],[2],[3],[4],[5].

Consapevole di ciò, Wehenkel ha analizzato i dati ufficialmente disponibili al 25 luglio 2020 in 39 stati nei 5 continenti, ottenendo un denominatore di quasi 4 milioni di persone con test per Covid-19 positivo "confermato". Egli descrive in dettaglio le rigorose tecniche statistiche adottate onde attenuare i principali "fattori di disturbo"[6],[7]. Fra questi figurano la percentuale di ultrasessantacinquenni[8], la densità di popolazione e il tasso di



urbanizzazione[9], il livello socioeconomico[10], latitudine e longitudine (centroidi) di ogni stato[11], l'obbligo di indossare mascherine[12] e il livello di lockdown[13]. Per analoghe ragioni egli esclude gli stati con meno di 500.000 cittadini. Pur rammentando al lettore che una correlazione statisticamente significativa non implica un nesso di causa ed effetto, Wehenkel non fa mistero che si attendeva una relazione inversa, essendo propenso a pensare che le persone vaccinate contro l'influenza avrebbero esperito un decorso meno grave in caso di Covid-19. Invece la sua analisi evidenzia una relazione diretta fra morti Covid-positivi e individui vaccinati contro l'influenza. L'associazione è particolarmente stringente in questa sequenza: longitudine (crescendo da est verso ovest); vaccinazione antiinfluenzale; percentuale di ultrasessantacinquenni; latitudine (correlazione debole). Queste variabili potrebbero fungere da "portavoce" di altre variabili. Ad esempio la longitudine, che è la variabile con l'associazione più forte, può sottintendere fattori genetici, diversi stili di vita, e altro ancora. Ancor più contrario alle aspettative è il fatto che non è stata riscontrata nessuna correlazione inversa fra misure restrittive (lockdown e/o mascherine) e letalità associata a Covid-19. Alla fine del suo lavoro, l'Autore correttamente avverte che "ulteriori indagini saranno preziose per spiegare questi risultati e per trarne delle conclusioni".

Leopoldo Salmaso

specialista in Malattie Infettive

specialista in Sanità Pubblica

Lo studio originale: Wehenkel C. 2020. Positive association between COVID-19 deaths and influenza vaccination rates in elderly people worldwide. *PeerJ* 8:e10112 <https://doi.org/10.7717/peerj.10112>

[1] https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3572814

[2] <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jmv.26120>

[3] <https://doi.org/10.1101%2F2020.06.29.20142505>

[4] <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.27.20161976v2>

[5] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X19313647?via%3Dihub>

[6] <https://doi.org/10.1073%2Fpnas.2008410117>

[7] <https://bmcbioinformatics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2105-9-307>

[8] https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?name_desc=false

[9] <https://data.worldbank.org/indicator/EN.POP.DNST>

[10] <http://hdr.undp.org/en/composite/HDI>

[11] <https://www.r-project.org>

[12] <https://masks4all.co/what-countries-require-masks-in-public/>

[13] <https://peerj.com/articles/10112/#table-3>

Alcune domande sul Covid che richiedono risposte 21.10.2020 - Olivier Turquet - Presenza

Più va avanti la situazione e più aumenta la sensazione di caos, informativo, scientifico e politico su quello che sta accadendo. E' vero che negli ultimi mesi abbiamo sentito di tutto, e il contrario di tutto. E' vero che finalmente qualcuno ammette di sapere poco, come è logico, su un virus che è nuovo, che non si comporta come altri virus che si credevano simili. Ci rendiamo conto che gli interessi economici, sociali, scientifici e medici in gioco sono enormi, incontrollabili e che essi generano istanze che spingono in direzioni diverse, talvolta opposte. Fatte queste premesse io credo che alla comunità scientifica e alle autorità di governo vadano poste alcune semplici domande e che si pretenda chiarezza nelle risposte; ovviamente la risposta può perfettamente ed onestamente essere "non lo sappiamo, lo stiamo cercando di capire" ma l'opinione pubblica ha diritto di avere risposte e la comunità scientifica e i decisori politici hanno il dovere di darle.

Provo a enunciare quelle che a me paiono più urgenti:

In questo momento di aumento soprattutto di ricoveri sarebbe il caso di rivedere l'approccio utilizzato finora facendo tesoro delle esperienze di cura a domicilio adottate spontaneamente da molti medici di base nonché gli innegabili avanzamenti nell'uso di protocolli di cura?

Abbiamo capito finalmente che cosa fanno i cosiddetti asintomatici? Dobbiamo considerarli malati? E contagiosi?

Abbiamo dei dati esatti, entro una ragionevole approssimazione, sull'efficacia dei vari test che vengono effettuati per identificare il virus? Che succede con i falsi positivi e, soprattutto con i falsi negativi?

Abbiamo dati esatti sulla natura del virus, è stato effettivamente isolato o stiamo lavorando su una ipotesi "genetica"?

Abbiamo, al di là del puro isolamento, degli strumenti efficaci e verificati di protezione dall'infezione? E, se sì, quali e con che livello di protezione?

Cominciamo a capire qualcosa sul tempo di immunizzazione che la malattia dà ai soggetti e che, di conseguenza, potrebbe dare un eventuale vaccino?

Come stiamo lavorando, in concreto, con il tema della prevenzione? E come sul tema dell'aumento complessivo delle prestazioni mediche, gratuite e di buona qualità? Perché non vogliamo vederci di nuovo costretti a scelte covid/noncovid nei reparti ospedalieri.

Gli studi sulla correlazione tra la contaminazione ecologica e la diffusione del virus hanno portato a qualche conclusione?

Io rivolgo queste domande in primis all'Istituto Superiore di Sanità nella persona del suo Presidente il Prof. Silvio Brusaferrò (presidenza@iss.it), come istituzione medica pubblica di massimo livello, al Ministro della Salute, On. Roberto Speranza (segreteria@sanita.it) e al Governo della Repubblica, nella persona del Presidente del Consiglio dei Ministri, Prof. Giuseppe Conte (presidente@pec.governo.it). Personalmente, come cittadino di questa Repubblica, le invierò a queste istanze e aspetterò una risposta; invito anche ognuno che si riconosca in questa semplice, nonviolenta campagna a fare lo stesso nelle forme che riterrà più opportune. Ovviamente darò conto da queste colonne delle eventuali risposte.

Studio per l'OMS di Ioannidis (Prof. di Stanford): tasso di letalità del Covid simile alle normali influenze. Sotto i 70 anni solo 1 decesso su 2000

di Francesco Santoianni 22/10/20
Secondo la ricerca dello scienziato greco, uno dei massimi esperti al mondo, sotto i 70 anni il tasso di letalità è dello 0,05% (inferiore a quello complessivo della normale influenza dello 0,1%)

"Negazionista" anche Ioannidis? John Ioannidis, professore di Epidemiologia e Salute della popolazione all'università di Stanford, uno dei massimi esperti mondiali di analisi dei dati in medicina. È suo il recente [studio pubblicato sul Bollettino dell'OMS](#) (bollato incredibilmente come "[controverso](#)" dall'AGI unico a darne notizia in Italia!) che attesta che il tasso di letalità del virus SARS-Cov-2 è, sostanzialmente uguale a quello degli annuali virus influenzali. Per le persone sotto i 70 anni sarebbe dello 0,05% - con un decesso ogni 2000 contagiati - secondo le stime dello scienziato greco che insegna in una delle Università più prestigiose al mondo e che ha effettuato 61 ricerche in diverse aree del mondo. E' bene ricordare che il tasso di letalità della normale influenza è complessivamente dello 0,1%. Per quel che riguarda gli ultra-settantenni, Ioannidis non ha offerto una stima ufficiale ma indicato che si aggiri intorno allo 0,25 per cento.

E di dichiarazioni simili, espresse da altri luminari della medicina (non i personaggi che popolano i talk show) ne potremmo citare a decine. Ma servirebbe a qualcosa? "Per chi ha paura, tutto fruscia" declamava Sofocle. E i milioni di ipocondriaci creati dalla terroristica emergenza Covid non li schiodi dalla loro malattia (perché l'Ipocondria è una malattia, non un'opinione) con in ragionamenti. Inutile sperare che si ravvedano.

L'unica speranza è una scossa dal basso, dai tanti lavoratori ridotti alla fame, i genitori esasperati dalla chiusura di una Scuola per la quale si sono già spesi due miliardi di euro, i giovani additati come responsabili di un "aumento dei contagi" (determinato solo dall'enorme numero di tamponi che oggi attestano la "positività anche davanti rimasugli di virus), i malati che [non fanno più dove curarsi](#)... Sono questi l'unica forza che può ribaltare una fallimentare gestione dell'emergenza fatta di [minacce](#) e terrorizzanti "notizie" (come l'aumento dei "morti per Covid", deceduti, verosimilmente, [per tutt'altre cause](#)). Sono questi l'unica forza.

Giorni fa, in Campania una manifestazione (che, finalmente, non si limitava a chiedere sussidi) ha costretto il Governatore De Luca a rimangiarsi la chiusura delle scuole. Di questa prima “vittoria”, che potrebbe essere segnare la nascita di un consapevole movimento, i media non ne hanno parlato. Né si sono degnati di chiedere a De Luca su quali basi scientifiche si basava la sua decisione di chiudere le scuole e poi di riaprirle.

la PCR non fa diagnosi di covid-19 di Torsten Engelbrecht e Konstantin Demeter 23/10/20

Siamo convinti che molti dei personaggi coinvolti nella “panicodemia” stiano agendo in buona fede. Tuttavia è scientificamente inoppugnabile che i numeri dei casi etichettati come “Covid-19” sono enormemente gonfiati. Non vi è alcun fondamento epidemiologico per terrorizzare l’intera umanità e imporre lockdown che fanno sprofondare miliardi di persone nella povertà e nella disperazione, fino al suicidio.

I test PCR (Polymerase Chain Reaction) non sono adatti a diagnosticare una malattia infettiva. La PCR può “cappare” anche le più brevi sequenze di DNA o RNA, ma non permette di capire se quelle sequenze siano frammenti sparsi o facciano parte di un microorganismo intero, che deve essere isolato in un processo separato. Eppure i test PCR vengono usati per “dare i numeri” della Covid-19, cioè dei presunti casi e decessi associati ad un virus chiamato SARS-CoV-2. Con quei numeri i globocrati hanno trovato uno strumento micidiale per tenere in ostaggio il mondo: inculcando la falsa convinzione che una persona con tampone positivo sia infettata da un nuovo virus potenzialmente letale e assai contagioso, essi trasformano cittadini critici in pecore terrorizzate e obbedienti: è questo il più attuale e indiscutibile “effetto gregge”.

Il mantra “Testate, testate, testate...” è infondato.

Il 16 marzo 2020 Tedros Adhanom Ghebreyesus, Direttore Generale dell’OMS, in una conferenza stampa su COVID-19 esortò la comunità mondiale: “Abbiamo un messaggio semplice per tutti i paesi: testate, testate, testate” (1). Questo messaggio fu diffuso negli angoli più remoti della Terra (2, 3) al punto che la credenza nel valore dei test PCR per far diagnosi di Covid-19 ha assunto caratteristiche dogmatiche. Ma i dogmi sono espressione di fede, non di scienza. Walter Lippmann, definito il giornalista più influente del XX secolo (4), scrisse: “Quando tutti pensano allo stesso modo, nessuno pensa granché” (5). Così, in merito alla PCR, la maggioranza dogmatica la pensa allo stesso modo, tradendo perfino l’inventore della PCR il quale sosteneva che la PCR non è sufficiente a far diagnosi di infezione. In rare occasioni il mainstream concede qualcosa alle tesi “eretiche”, ad esempio il New York Times con l’articolo “La fede in un test rapido porta all’epidemia che non c’è” (6).

Manca un gold standard.

I test PCR utilizzati per “diagnosticare” la Covid-19 non hanno un gold standard di riferimento. Per chiarire: il gold standard per un test di gravidanza è la gravidanza stessa. Ma per COVID-19 non esiste nulla di simile. Alla domanda “Quanto è accurato l’attuale test PCR per far diagnosi di infezione da SARS-CoV-2?”, lo specialista in malattie infettive Sanjaya Senanayake ha risposto: “Se si propone un nuovo test per individuare lo Staphylococcus aureus nel sangue, lo valutiamo a confronto con il gold standard che usiamo da decenni: le colture ematiche. Ma per COVID-19 non abbiamo gold standard” (7). Infatti solo un virus identificato mediante isolamento, purificazione completa e coltura può fungere da gold standard, ma **nessuno ha mai isolato, purificato né coltivato SARS-CoV-2.**

Jessica C. Watson dell’Università di Bristol (UK), nel suo articolo “Interpreting a COVID-19 test result”, recentemente pubblicato sul BMJ, scrive che “manca un chiaro gold standard”. Poi, la Watson sostiene che, “pragmaticamente”, il quadro clinico più la PCR positiva “è forse il miglior gold standard disponibile” (8). Osserviamo: in mancanza di oro uno può anche accontentarsi dell’ottone, ma non dica “l’ottone è forse il miglior oro disponibile”. La logica scientifica esclude che si possa “provare” alcunché tramite tautologie, ma costituisce una chiara tautologia affermare che i test PCR possono far parte di un gold standard da utilizzare per valutare i test PCR stessi. D’altra parte, non esistono sintomi patognomonici, cioè inconfondibili, di COVID-19, come ci è stato confermato anche da Thomas Löscher, medico “ortodosso” già direttore del Dipartimento di

Malattie Infettive e Tropicali dell'Università di Monaco di Baviera (9). E se non esistono sintomi inequivocabili per ciò che viene definito COVID-19, la diagnosi esclusivamente clinica di COVID-19 non può servire come gold standard per i test PCR. Abbiamo perciò chiesto alla Watson come mai ha scritto che la diagnosi di COVID-19 “è forse il miglior gold standard disponibile”. Purtroppo non abbiamo avuto risposta, nonostante ripetute richieste fatte sia direttamente che tramite Rapid-Response sul sito web del BMJ (10).

Nessuna prova che l'RNA sia di origine virale

Che cosa è necessario per identificare un virus a RNA? Dobbiamo sapere da dove proviene l'RNA che troviamo coi test PCR. Sia libri di testo classici (ad es. White/Fenner. Medical Virology, 1986, p. 9) che i maggiori virologi come Luc Montagnier o Dominic Dwyer affermano che la completa purificazione delle particelle virali è prerequisito essenziale per provare l'esistenza di un virus (11). “Purificare” significa separare un oggetto da tutto ciò che non gli appartiene. Ora, va ricordato che la PCR è estremamente sensibile, cioè può “cappare” anche le più brevi sequenze di DNA o RNA, ma non permette di capire se quelle sequenze siano frammenti sparsi o facciano parte di un microorganismo intero, che deve essere in un processo separato. Per questo motivo abbiamo chiesto se le immagini al microscopio elettronico, esibite da vari Autori, mostrano virus completamente purificati. Nessuno ha risposto in maniera affermativa, eppure nessuno ha obiettato che la completa purificazione non fosse un passo necessario per accertare il rilevamento di un virus. Abbiamo ricevuto solo le risposte elencate nella tabella seguente.

Risposte alla domanda: “Le Vostre immagini al microscopio elettronico mostrano virus completamente purificati?”

Studio	Autore rispondente	Risposta	Data della risposta
Leo L. M. Poon; Malik Peiris. Emergence of a novel human coronavirus threatening human health, <i>Nature Medicine</i> , March 2020	Malik Peiris	“The image is the virus budding from an infected cell. It is not purified virus.”	12 maggio 2020
Myung-Guk Han et al. Identification of Coronavirus Isolated from a Patient in Korea with COVID-19, <i>Osong Public Health and Research Perspectives</i> , February 2020	Myung-Guk Han	“We could not estimate the degree of purification because we do not purify and concentrate the virus cultured in cells.”	6 maggio 2020
Wan Beom Park et al. Virus Isolation from the First Patient with SARS-CoV-2 in Korea, <i>Journal of Korean Medical Science</i> , February 24, 2020	Wan Beom Park	“We did not obtain an electron micrograph showing the degree of purification.”	19 marzo 2020
Na Zhu et al., A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019, <i>New England Journal of Medicine</i> , February 20, 2020	Wenjie Tan	“[We show] an image of sedimented virus particles, not purified ones.”	19 marzo 2020

Fonte: Torsten Engelbrecht

Se gli autori di questi studi ammettono che le immagini da loro pubblicate non mostrano particelle completamente purificate, allora non possono affermare che l'RNA da loro trovato mediante PCR appartenga a quelle particelle virali.

Nel 2001, Science pubblicò un “appassionato appello di esperti virologi (tra cui Calisher) alle giovani generazioni”. La sostanza di quell' appello: “I metodi moderni per individuare i virus, come le PCR troppo spinte... dicono poco o nulla su come un virus si riproduce, quali animali lo ospitano, o come causa malattie... È come voler dire che una persona ha l'alito cattivo esaminando le sue impronte digitali” (12). Abbiamo chiesto a Calisher se è a conoscenza di studi in cui SARS-CoV-2 sia stato isolato e completamente purificato. La sua

risposta: “Non conosco nessuno studio del genere. Eppure l’ho cercato” (13).

I Centers For Disease Control And Prevention (CDC) statunitensi ammettono chiaramente di non avere a disposizione un virus isolato e il relativo genoma (14).

Conclusione: l’idea che le sequenze di RNA su cui sono stati “calibrati” i test SARS-CoV-2 RT-PCR appartengano ad un nuovo virus patogeno chiamato SARS-CoV-2 non è supportata dai criteri scientifici vigenti.

Nessuna prova che SARS-COV-2 causi Covid-19

Anche volendo ignorare il prerequisito della purificazione, non è stata fornita alcuna prova scientifica che le particelle chiamate SARS-CoV-2 siano gli agenti causali della nuova malattia chiamata COVID-19.

Per poter dimostrare tale legame occorre soddisfare i quattro postulati di Koch, ma questo non è mai stato fatto (15) o, quando fatto, ha fallito come lo studio pubblicato su “Nature” il 7 maggio (16), che non soddisfa nessuno dei quattro postulati.

Non sorprende quindi che nessuno dei principali rappresentanti della teoria ufficiale della COVID-19 in Germania (Istituto Robert Koch – RKI; Alexander S. Kekulé, Università di Halle; Hartmut Hengel e Ralf Bartenschlager della Deutsche Gesellschaft für Virologie; Thomas Löscher; Ulrich Dirnagl della Charité di Berlino; Georg Bornkamm, virologo e professore emerito del Helmholtz-Zentrum di Monaco di Baviera) abbia potuto rispondere alla seguente domanda: “Se un virus nuovo, chiamato SARS-CoV-2, non è mai stato completamente purificato, come si può essere sicuri che determinate sequenze di RNA appartengano esclusivamente a codesto nuovo virus?”.

Va anche considerato che sostanze come gli antibiotici, normalmente aggiunti alle colture cellulari negli studi in vitro per individuare i virus, possono “stressare” le colture cellulari al punto da evocare nuove sequenze di geni precedentemente inesistenti (17). Su questo aspetto Barbara McClintock richiamò l’attenzione nella sua lettura magistrale per il conferimento del premio Nobel 1983 (18).

La PCR da sola trova tutto e il contrario di tutto

L’autorità sanitaria della provincia cinese del Guangdong, già a febbraio 2020, riferì che persone malate e risultate positive, dopo essersi completamente ristabilite dai sintomi della malattia, sono risultate dapprima negative ma poi di nuovo positive (19, 20). Un mese dopo, uno studio pubblicato sul Journal of Medical Virology ha mostrato che in un ospedale di Wuhan 29 pazienti su 610 avevano da tre a sei risultati di test che variavano tra negativo, positivo e dubbio (21). In uno studio di Singapore sono stati testati quasi quotidianamente 18 pazienti. Si è constatato che per la maggioranza dei pazienti i risultati dei test sono passati da positivo a negativo e di nuovo a positivo almeno una volta; in diversi pazienti più volte; in uno dei pazienti fino a quattro volte (22). Wang Chen, presidente dell’Accademia cinese delle scienze mediche, ha ammesso a febbraio che i test PCR sono “accurati solo dal 30 al 50%”, mentre Sin Hang Lee, del Laboratorio di diagnostica molecolare di Milford, in una lettera al Coronavirus-Response-Team dell’OMS e ad Anthony S. Fauci, l’“eminenza grigia” della virologia statunitense, afferma: “è stato ampiamente riportato dai social media che i kit RT-qPCR utilizzati per rilevare l’RNA SARS-CoV-2 in campioni umani producono molti risultati falsi positivi e non sono abbastanza sensibili per rilevare alcuni casi veramente positivi” (23).

Anche un test quasi infallibile può naufragare a causa del PPV

Nella pratica clinica si accettano test che abbiano una specificità notevole, prossima al 99%. La specificità è la capacità di un test di escludere i falsi positivi. Se un test ha una specificità del 95%, significa che nel 5% dei casi risulterà falsamente positivo. Ma non basta: qualunque sia la specificità del test, il numero assoluto di falsi positivi varia enormemente se la variabile ricercata è molto diffusa oppure rara nel gruppo studiato, perciò bisogna sempre associare il Valore Predittivo Positivo (PPV) il quale calcola la probabilità statistica che una persona con un risultato positivo al test sia realmente infettata: minore è la prevalenza (diffusione) dell’infezione, minore è il PPV del test.

Ora, anche ammettendo che i test PCR possano diagnosticare un’infezione da cosiddetto SARS-CoV-2, essi provocherebbero solo un infondato panico se quel virus non fosse estremamente contagioso e non causasse malattia grave o mortale nella maggior parte dei casi. L’ortodossa rivista Deutsches Ärzteblatt il 12 giugno

2020 ha pubblicato un articolo in cui il PPV è stato calcolato utilizzando tre diversi scenari di prevalenza (24). Anche accettando una “favolosa” specificità del 95%, vi si conclude che i test SARS-CoV-2 RT-PCR possono avere un PPV “spaventosamente basso”. Nello scenario in cui si ipotizza una prevalenza del 3%, il PPV è appena del 30%, cioè non meno del 70% dei risultati “positivi” sarebbero falsi positivi. Nello scenario in cui si ipotizza una prevalenza di infezione del 20%, il PPV è del 78%, il che significa che il 22 per cento dei test positivi sarebbero falsi positivi. Cioè: dei circa 20 milioni di persone attualmente considerate “positive” a livello mondiale, almeno 4,4 milioni sarebbero falsi positivi.

RNA virale non implica né infezione né malattia.

Il documento “CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel” del 30 marzo (25) afferma: “Trovare RNA virale può non indicare che siano presenti virus infettanti o che SARS-CoV-2 sia l’agente causale dei sintomi clinici”. Ancora: “Questo test non può escludere malattie causate da altri batteri o virus patogeni... L’agente rilevato può non essere la causa effettiva della malattia” (26).

Le istruzioni per l’uso dei test PCR dichiarano esplicitamente che essi non devono essere utilizzati per la diagnosi di Covid-19, ma solo per scopi di ricerca (27,28). Nelle istruzioni per l’uso del test RT-qPCR della Creative Diagnostics (29) si afferma che essi “danno un risultato positivo con molti germi, tra cui Influenza A Virus (H1N1), Influenza B Virus (Yamagata), Respiratory Syncytial Virus (tipo B), Respiratory Adenovirus (tipo 3, tipo 7), Parainfluenza Virus (tipo 2), Mycoplasma Pneumoniae, Chlamydia Pneumoniae”: tutti germi assai diffusi che provocano quadri clinicamente confondibili con Covid-19.

I test PCR non sono in grado di misurare la “carica virale”.

Le descrizioni dei test RT-qPCR per la SARS-COV-2 affermano che si tratta di test “qualitativi”, anche se la “q” in “qPCR” sta per “quantitativo”. In effetti non possono misurare quante particelle di virus siano presenti nel campione esaminato (30, 31). Anche Kary Mullis era categorico al riguardo (32). Questo punto è fondamentale poiché, per poter stabilire che qualcuno è portatore (malato o sano) di un virus, bisogna dimostrare che egli ospita milioni di particelle virali, che si replicano attivamente nel suo corpo. I CDC, l’OMS, la FDA o anche l’RKI sostengono che i test PCR possono misurare la cosiddetta carica virale, però “questo non è mai stato provato, il che è un enorme scandalo”, denuncia il giornalista Jon Rappoport (33).

Il termine stesso “carica virale” è fuorviante. Per dimostrare che la PCR è in grado di misurare quanto una persona sia “carica” di un virus X che causa malattia respiratoria, si dovrebbe effettuare uno studio del genere: si arruola qualche centinaio o migliaio di persone previo campionamento randomizzato e adesione volontaria (per brevità li chiameremo “volontari”) e se ne prelevano dei campioni di secreto nasale o orale. I tecnici che prelevano i campioni non devono essere gli stessi che eseguono i test PCR. I laboratoristi, ignari della provenienza, eseguono la PCR e annotano quanto hanno trovato: ad esempio, annotano una grande quantità della sequenza X nei pazienti 29, 86, 199, 272 e 293. Il passo successivo consiste nell’esaminare lo stato di salute dei volontari: i soggetti 29, 86, 199, 272 e 293 dovrebbero essere molto malati...

Con l’aiuto dell’avvocata Viviane Fischer, siamo riusciti a persuadere la Charité a rispondere alla domanda se il protocollo di test PCR sviluppato da Corman et al. (ossia dal loro team “interno”, compreso Christian Drosten) sia un test quantitativo (34). La Charité ci ha scritto: “Per quanto ne sappia la Charité, la Real-Time-RT-PCR nella maggior parte dei casi è ... limitata alla rilevazione qualitativa”.

Il protocollo di Corman et al. (“test PCR di Drosten”) prevede l’assay per il gene E, una delle sequenze di ciò che è chiamato SARS-CoV-2, come test preliminare. Invece nel protocollo dell’Institut Pasteur viene utilizzato lo stesso assay come test di conferma (35,36). I kit con l’assay per il gene E sono prodotti da Roche, TIB Molbiol e R-Biopharm (37,38,39). Secondo Corman et al. l’assay per il gene E “probabilmente rileva tutti i virus asiatici”. All’inizio di aprile l’OMS ha raccomandato che da allora in poi un test PCR possa essere considerato positivo anche se solo il test per il gene E dà un risultato positivo (40). Così, il risultato di un test dichiaratamente parziale viene ufficialmente spacciato come definitivo, e la modifica introdotta dall’OMS ha “miracolosamente” aumentato il numero di risultati positivi.

Valori Cq elevati portano i risultati del test all’assurdo

Molti test PCR hanno un Cq superiore a 35 e alcuni, tra cui il test PCR di Drosten, hanno addirittura un Cq di 45. “Cq” sta per “Cycle quantification”, e indica quanti cicli di replicazione del materiale esaminato sono necessari per ottenere un segnale positivo mediante PCR.

“I valori di Cq superiori a 40 sono sospetti, e generalmente non dovrebbero essere riportati”, come indicato nelle linee guida MIQE (41). MIQE sta per “Minimum Information for Publication of Quantitative Real-Time PCR Experiments”. Le MIQE intendono garantire che gli studi con la Real-Time-PCR (chiamata anche PCR quantitativa o qPCR) forniscano risultati attendibili. L’inventore stesso della PCR, Kary Mullis, ha spiegato: “Se devi andare oltre i 40 cicli per amplificare un gene a copia singola, c’è qualcosa di gravemente sbagliato nella tua PCR” (42).

Le MIQE sono state sviluppate sotto l’egida di Stephen A. Bustin, esperto di fama mondiale di qPCR e autore del libro “A-Z of Quantitative PCR”, definito “la bibbia della qPCR” (43, 44). In una recente intervista, Bustin ha sottolineato che è tutt’altro che ideale utilizzare valori di Cq arbitrari, perché possono essere troppo bassi, eliminando risultati validi, o troppo alti, aumentando la probabilità di falsi positivi. Secondo Bustin, dovrebbe essere usata un Cq compresa fra 20 e 30; per una Cq superiore a 35, egli sarebbe preoccupato circa l’affidabilità dei risultati ottenuti (45).

I risultati della PCR possono essere alterati in modo significativo da altri fattori, fra cui la conversione del RNA in DNA complementare (cDNA). Se viene cercato un virus a RNA come il presunto SARS-CoV-2, prima di eseguire la PCR bisogna convertire l’RNA in cDNA con l’enzima trascrittasi inversa. Perciò quei test contengono anche un “RT”, abbreviazione di “Reverse Transcriptase”. Questo processo di conversione è considerato “inefficiente e variabile” (46), e Stephen A. Bustin ha sottolineato che la quantità di DNA che si ottiene può variare anche di un fattore 10 (47). In merito alle pubblicazioni su RT-qPCR (come sono i test per COVID-19), Bustin scrive: “Dimostriamo che gli errori elementari di protocollo continuano ad essere diffusi; l’analisi dei dati inappropriata e la reportistica inadeguata; concludiamo che la maggior parte dei dati RT-qPCR pubblicati rappresentano probabilmente un rumore tecnico”. Ci sia consentito commentare che “rumore tecnico” è un eufemismo per “fantasie”.

Conflitti di interesse

E’ risaputo che l’OMS ha stretti legami finanziari con l’industria farmaceutica (48). “La palese corruzione e i conflitti di interesse dell’OMS... sono addirittura aumentati” (49). I CDC non sono messi meglio (50).

Un risultato falsamente positivo può avere gravi conseguenze per molti malati che, anziché essere curati per i loro reali problemi, vengono trattati sperimentalmente con farmaci tossici, e sottoposti a ventilazione forzata, con esito spesso fatale, come abbiamo descritto nell’articolo “Fatale Therapie” (51).

Dovunque si sia verificato un eccesso di mortalità, nella ricerca delle cause non devono essere ignorati fattori come le terapie “improvvisate” e i lockdown. Questo è tanto più vero in quanto oltre il 90% dei decessi etichettati come “COVID-19” riguardano pazienti che erano già affetti da patologie gravi o addirittura terminali (52).

Il test è la vera pandemia, non un presunto virus nuovo, eccezionalmente pericoloso.

Non sta a noi giudicare le ragioni di chi tiene in ostaggio il mondo intero con questa nuova forma di terrorismo globalizzato, anzi siamo convinti che molti dei personaggi coinvolti stiano agendo in buona fede. Tuttavia i fatti scientifici sono chiari: i numeri dei casi etichettati come “Covid-19” sono enormemente gonfiati, perciò non è assolutamente giustificato spaventare l’intera umanità e imporre dei lockdown che fanno sprofondare miliardi di persone nella povertà e nella disperazione, fino al suicidio.

Tutte le domande finora presentate evidenziano che sono stati gravemente disattesi i parametri scientifici più elementari, e ci lasciano con una sola conclusione certa: gli apologeti di un nuovo coronavirus avrebbero dovuto affrontare queste domande prima di mettere l’umanità intera sotto lockdown e medicalizzarla/colpevolizzarla con una PCR “pigliatutto”.

Questa eclatante inosservanza degli obblighi scientifici suscita inevitabilmente il pensiero che interessi finanziari e geopolitici svolgano un ruolo decisivo nell’Emergenza Covid-19.

Originariamente pubblicato il 1/7/20 in inglese su: <https://bpa-pathology.com/covid19-pcr-tests-are-scientifically-meaningless/> e il 11/7/20 in tedesco su: <https://www.rubikon.news/artikel/die-nonsens-tests>

Versione italiana a cura del coautore Konstantin Demeter

- 1) <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19—16-march-2020>)
- 2) <https://www.reuters.com/article/us-healthcare-coronavirus-who/test-test-test-who-chiefs-coronavirus-message-to-world-idUSKBN2132S4>
- 3) <https://www.bbc.com/news/av/world-51916707/who-head-our-key-message-is-test-test-test>
- 4) <https://www.foreignaffairs.com/reviews/review-essay/walter-lippmann-and-american-century>
- 5) https://books.google.de/books?id=cyFMAAAAMAAJ&q=%22Where+all+think+alike+no+one+thinks+very+much%22&pg=PA51&redir_esc=y&hl=de#v=onepage
- 6) <https://www.nytimes.com/2007/01/22/health/22whoop.html>
- 7) <https://vimeo.com/417500646>
- 8) <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1808>
- 9) Email del Prof. Thomas Löscher, datata 6 marzo 2020
- 10) <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1808/rr-15>
- 11) www.torstenengelbrecht.com
- 12) <https://science.sciencemag.org/content/293/5527/24>
- 13) Email di Charles Calisher del 10 maggio 2020
- 14) <https://www.fda.gov/media/134922/download>, p. 39
- 15) <https://off-guardian.org/2020/06/09/scientists-have-utterly-failed-to-prove-that-the-coronavirus-fulfills-kochs-postulates/>
- 16) https://www.nature.com/articles/s41586-020-2312-y_reference.pdf
- 17) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5557920/pdf/41598_2017_Article_8392.pdf
- 18) <https://www.nobelprize.org/uploads/2018/06/mcclintock-lecture.pdf>
- 19) <https://www.caixinglobal.com/2020-02-26/14-of-recovered-covid-19-patients-in-guangdong-tested-positive-again-101520415.html>
- 20) <https://www.zmescience.com/science/a-startling-number-of-coronavirus-patients-get-reinfected/>
<https://europepmc.org/articles/pmc7283767/bin/jmv-9999-na-s001.docx>
- 21) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jmv.25786>
- 22) <https://www.straitstimes.com/singapore/18-discharged-from-dresort-community-isolation-care-after-being-cleared-of-coronavirus-moh>
- 23) <https://childrenshealthdefense.org/wp-content/uploads/04-30-20-Letter-to-WHO-and-Dr.-Fauci.pdf>
- 24) <https://www.aerzteblatt.de/archiv/214370/PCR-Tests-auf-SARS-CoV-2-Ergebnisse-richtig-interpretieren>
- 25) <https://www.fda.gov/media/134922/download>
- 26) <https://www.fda.gov/media/136151/download>
- 27) https://altona-diagnostics.com/files/public/Content%20Homepage/-%202002%20RealStar/INS%20-%20RUO%20-%20EN/RealStar%20SARS-CoV-2%20RT-PCR%20Kit%201.0_WEB_RUO_EN-S02.pdf
- 28) http://technical-support.roche.com/_layouts/net.pid/Download.aspx?documentID=1cca7ff9-388a-ea11-fa90-005056a772fd&fileName=TP00886v2&extension=pdf&mimeType=application%2Fpdf&inline=False
- 29) <https://www.creative-diagnostics.com/sars-cov-2-coronavirus-multiplex-rt-qpcr-kit-277854-457.htm>
- 30) <https://www.fda.gov/media/136049/download>
- 31) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6988269/pdf/eurosurv-25-3-5.pdf>
- 32) <https://www.nobelprize.org/prizes/chemistry/1993/mullis/25900-interview-transcript-1993/>
- 33) <https://blog.nomorefakenews.com/2020/04/08/corona-creating-illusion-of-pandemic-through-diagnostic-test/>
- 34) <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/protocol-v2-1.pdf>
- 35) An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age
- 36) https://virologie-ccm.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc05/virologie-ccm/dateien_upload/Weitere_Dateien/Charite_SARS-CoV-2_viral_load_2020-06-02.pdf
- 37) <https://diagnostics.roche.com/global/en/products/params/cobas-sars-cov-2-test.html>
- 38) <https://www.rapidmicrobiology.com/news/roche-distribute-tib-molbiol-wuhan-coronavirus-assays-for-rnap-envelope-and-nucleocapid-genes>

- 39) https://clinical.r-biopharm.com/wp-content/uploads/sites/3/2020/02/pg6815ruo_ridagene_sars-cov-2-ruo_en_2020-02-12_final.pdf
- 40) https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/real-time-rt-pcr-assays-for-the-detection-of-sars-cov-2-institut-pasteur-paris.pdf?sfvrsn=3662fcb6_2
- 41) <https://www.gene-quantification.de/miqe-bustin-et-al-clin-chem-2009.pdf>
- 42) https://www.sigmaaldrich.com/catalog/product/sigma/p8117?lang=it®ion=IT&gclid=CjwKCAjw_sn8BRBrEiwAnUGJDv2gT6eBZEck5O3xDRluVKcHKai_d7ukEGqi5r5xh6CVFarQVerrKxoCtCUQAvD_BwEpag.8
- 43) [Professor Stephen Bustin](#)
- 44) https://en.wikipedia.org/wiki/Stephen_Bustin
- 45) [interview von David Crowe](#)
- 46) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6374950/pdf/main.pdf>
- 47) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/eci.12801>
- 48) <https://childrenshealthdefense.org/wp-content/uploads/Godlee-2010-Conflicts-of-interest-and-pandemic-flu.pdf>
- 49) https://www.globalresearch.ca/can-we-trust-who/5708576?utm_campaign=magnet&utm_source=article_page&utm_medium=related_articles
- 50) <https://childrenshealthdefense.org/cdc-who/>
- 51) <https://www.rubikon.news/artikel/fatale-therapie>
- 52) https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_4_ottobre.pdf

Coronavirus, il virologo Palù: «Il 95% dei positivi è asintomatico. Chiudere tutto? No, basta con l'isteria»

Intervista - Corriere della Sera 24/10/20

Il professore ordinario di Microbiologia e Virologia all'Università di Padova: «Il numero che conta veramente è quello dei ricoverati in terapia intensiva»

«Confusione»: se si dovesse riassumere, in una parola, la situazione Covid-19 in Italia oggi, questa sarebbe la più indicata, almeno nella testa della gente. Come uscirne? Intanto partiamo dalle impressionanti cifre dei bollettini giornalieri: ieri si parlava di 19.143 «contagi» o, in alternativa, di «casi» oppure di «positivi», tutti intercettati con i famosi tamponi. In crescita esponenziale. Ma che cosa questi termini nascondono in realtà? Lo chiediamo al professor Giorgio Palù, un'autorità indiscussa nel campo della virologia, professore emerito dell'Università di Padova e past-president della Società italiana ed europea di Virologia.

Professor Palù, la gente è scontentata e non sa più a chi credere. Come rispondere?

«C'è tanto allarmismo. È indubbio che siamo di fronte a una seconda ondata della pandemia, ma la [circolazione del virus non si è mai arrestata](#), anche se, a luglio, i casi sembravano azzerati, complice la bella stagione, l'aria aperta, i raggi ultravioletti che uccidono il virus. Poi c'è stato il ritorno dalle vacanze, la riapertura di tante attività e, soprattutto, il rientro a scuola».

Risultato: i numeri dei «casi» sono in aumento. Come interpretarli correttamente?

«Ecco, parliamo di “casi”, intendendo le persone positive al tampone. Fra questi, il 95 per cento non ha sintomi e quindi non si può definire malato, punto primo. Punto secondo: è certo che queste persone sono state “contagiate”, cioè sono venuti a contatto con il virus, ma [non è detto che siano “contagiose”](#), cioè che possano trasmettere il virus ad altri. Potrebbero farlo se avessero una [carica virale alta](#), ma al momento, con i test a disposizione, non è possibile stabilirlo in tempi utili per evitare i contagi».

Altri motivi per cui certe persone «positive» non sono «contagiose»?

«Perché potrebbero avere una carica virale bassa, perché potrebbero essere portatrici di un ceppo di virus meno virulento oppure perché presentano solo frammenti genetici del virus, rilevabili con il test, ma incapaci di infettare altre persone».

Allora, riassumendo: so che certe persone sono positive al tampone, so che sono asintomatiche, quindi non malate, so, però, che in una certa percentuale di casi (non è possibile stabilire quanto grande) possono contagiare altri. E, quindi, come comportarsi, visto che [a Milano, per esempio, si è dichiarato il fallimento della](#)

possibilità di tracciare i contatti?

«Ci si dovrebbe attivare nel caso si individuino dei “cluster” (traduzione: raggruppamenti, ndr): quando, cioè, il positivo è venuto a stretto contatto con altre persone in un ambiente di lavoro, a scuola o in famiglia. Allora si dovrebbero fare i tamponi a tutti».

Quindi, conoscere i dati giornalieri, come da bollettini, sui contagi/casi/positivi non è, in definitiva, utile?

«Quello che veramente conta è sapere quante persone arrivano in terapia intensiva: è questo numero che dà la reale dimensione della gravità della situazione. In ogni caso questo virus ha una letalità relativamente bassa, può uccidere, ma non è la peste».

A che cosa attribuisce l'attuale impennata di casi?

«Certamente alla riapertura delle scuole. Il problema non è la scuola in sé, ma sono i trasporti pubblici su cui otto milioni di studenti hanno cominciato a circolare. Tenere aperte le scuole è, però, indispensabile».

Lei è contrario o favorevole a nuovi lockdown?

«Sono contrario come cittadino perché sarebbe un suicidio per la nostra economia; come scienziato perché penalizzerebbe l'educazione dei giovani, che sono il nostro futuro, e come medico perché vorrebbe dire che malati, affetti da altre patologie, specialmente tumori, non avrebbero accesso alle cure. Tutto questo a fronte di una malattia, la Covid-19, che, tutto sommato ha una bassa letalità. Cioè non è così mortale. Dobbiamo porre un freno a questa isteria».

Parliamo adesso di quel 5 per cento di persone positive al tampone e con sintomi. Che fine fanno?

«Chi ha sintomi gravi (polmonite, ndr) viene ricoverato. Ma ci sono anche i “ricoveri sociali”, mi informano i clinici. Persone che hanno disturbi lievi, ma non possono stare a casa perché sono soli o perché possono infettare altre persone in famiglia o perché sono poveri e non sanno dove andare».

Come funziona l'assistenza domiciliare delle persone positive?

«Se ne dovrebbero occupare i medici di famiglia, ma non esistono regole e protocolli che li orientino nella scelta delle terapie. Sono lasciati soli».

L'inverno del nostro scontento

Geminello Preterossi 24 Ott , 2020 La Fionda

Siamo di fronte a un fallimento epocale. Dell'Europa e dell'Occidente, certo. Ma anche, e significativamente, dell'Italia. Il nostro è stato il primo Paese in Europa a essere colpito con intensità dalla pandemia, a marzo. Allora fu invocato l'alibi della sorpresa, con qualche ragione, seppur parziale (ricordo che lo stato di emergenza fu dichiarato a fine gennaio, e per un mese ci si trastullò). Oggi è impossibile trovare scusanti. Il covid-19 è un virus stagionale. Com'era prevedibile, con i primi freddi (santa estate!...) e l'affollamento dei mezzi pubblici per la riapertura delle scuole, la circolazione del virus si è progressivamente intensificata (anche se la situazione non è, ancora, quella della primavera). Il coronavirus crea un'emergenza di natura sanitaria, e più precisamente dal punto di vista dell'organizzazione della sanità, mettendola sotto pressione. Lo si sapeva: la prima urgenza era potenziare i posti di terapia intensiva e in generale i reparti covid. Ciò non è accaduto, o almeno non a sufficienza. Tremila posti di terapia intensiva non sono ancora disponibili. Stiano attenti, governo e maggioranza, a rivendicare risultati che non rispondono alla realtà: non è vero che le terapie intensive reali sono state raddoppiate rispetto alla primavera scorsa: oggi sono poco più di 6000, con la possibilità di attivarne altre 3000, cosa che però ad oggi non è ancora accaduta. La responsabilità se la rimpallano governo, regioni, commissario; resta che la prima e più importante cosa da fare non è stata fatta.

Si sono persi molti mesi, dietro polemiche sterili o questioni secondarie, quando gli interventi necessari erano chiari: sanità, come si diceva (non solo ospedali, ma anche medicina territoriale, in grado di fare prevenzione, diagnosi e cura almeno nei casi non gravi, senza intasare le strutture di pronto soccorso e i reparti: anche perché ci sono altre malattie, altrettanto o più gravi del coronavirus, la cui prevenzione e cura rischia di finire in secondo piano); potenziamento del trasporto pubblico; riorganizzazione dell'orario scolastico, scaglionando gli

ingressi e riducendo il numero degli studenti in aula, anche attraverso l'assunzione di un numero congruo di insegnanti per l'emergenza; screening di massa e tracciamento in tempi celeri.

Tutto ciò avrebbe consentito di reggere molto meglio l'urto. Ora invece siamo tornati, quasi, al punto di partenza. La strategia dello scaricabarile sui cittadini (dipende da voi! state a casa!), della criminalizzazione senza fondamento di intere categorie (i runners, i giovani, i frequentatori di palestre costitutivamente "fascisti": è stato detto anche questo, sì, nel circo mediatico e social, che costituisce un'emergenza perlomeno pari al coronavirus), è servita a nascondere inerzia, inefficienza, assenza di un disegno complessivo centrato su obiettivi essenziali e mirati. Squallide armi di distrazione di massa, che si inseriscono in una precisa strategia comunicativa della disperazione e servono a rendere possibile un paradossale rovesciamento della logica delle responsabilità, per il quale chi governa non spiega, rassicura e orienta razionalmente, ma terrorizza, aggredisce e stigmatizza chi è governato. In questo, De Luca è un maestro.

Dunque rischiamo di tornare alla fase 1. Scuole e università chiuse. Vita sociale azzerata. Coprifuoco. Limitazione degli spostamenti. Sospensione delle libertà costituzionali. E qualcuno quasi quasi sembra provare ebbrezza. O perlomeno si capisce che la negazione della vita "qualificata", sociale e interpersonale, non è percepita come un vero problema. O addirittura è perseguita con perfido compiacimento: quasi fosse una punizione meritata. Come quando ci dicevano che, in nome dell'austerità e dell'euro, bisogna mettersi il cilicio e chiedere scusa (di che, poi? Di aver fatto avanzamenti primari, cioè pagato più tasse di quanto si è speso per i cittadini, da più di vent'anni?). La logica è la stessa. E forse, per qualcuno, il coronavirus è quasi un riscatto, un alibi per giustificare la propria non vita, evitando di affrontare problemi psicosociali preesistenti, legittimando un isolamento atomistico che qualcosa a che fare con l'antropologia neoliberale del "trentennio inglorioso" deve avere, a naso. Esattamente come alla "non politica" corrisponde una "mezza cultura" conformista e acritica, figlia di un'ideologia che nega se stessa. Non si va da Freud, non ci si organizza per cambiare un assetto economico iniquo, fallimentare e fanatico, ma ci si affida a un virologo, o sedicente tale (attuale sostituto dell'economista mainstream).

Un giorno dovremo anche approfondire questa frattura antropologica per cui il terrore sanitario, che è altra cosa dalla produttività razionale di una paura circostanziata rispetto a un problema realisticamente individuato e circoscritto, è diventata un fattore che consente di azzerare millenni di civilizzazione, normalizzando tutto. Ad esempio, come si fa a sostenere a cuor leggero che scuola e università debbono transitare on line? Come si può affermare che la vita culturale – teatri, musica, cinema, convegni – possa e debba essere cancellata perché appartiene al superfluo? Perché ci si può ammassare sugli autobus, mentre non si può fare un evento in presenza, rispettando le norme di sicurezza? Ricordo che studi recenti hanno mostrato come i teatri siano tra i luoghi più sicuri, attualmente. Tutto ciò è rivelativo di una mentalità, che è parte costitutiva del problema, il quale, prima ancora del virus, è rappresentato dalla qualità della nostra risposta ad esso, da come ci si atteggiava. Un discorso che non può essere liquidato volgarmente: qui nessuno sostiene di non prendere gli accorgimenti necessari (anzi, si sta criticando il fatto che non è stato predisposto per tempo quanto serviva davvero), ma si cerca di guardare alla narrazione, all'uso politico-comunicativo del virus.

A proposito di narrazione: visto che le conseguenze del gioco dell'oca che stiamo facendo saranno anche, e pesantemente, economiche, vogliamo dire che bisogna smetterla di fare spallucce sui "bottegai", come irrisoriamente, con malcelato disprezzo, vengono qualificati in certi ambienti politici commercianti, artigiani, parrucchieri, gestori di bar e ristoranti ecc.? Cioè un bel pezzo di economia reale, ma anche di cultura materiale del nostro Paese, che dovrebbe difendere queste tradizioni e radici, invece di progettare un'Italia desertificata e plastificata, in mano alla grandi multinazionali finanziarie della distribuzione. Inoltre, sarebbe bene andare cauti quando si dice che in Italia nessuno muore di fame (mentre di coronavirus sì). Perché questo stilema polemico è oltre che semplicista e rozzo, offensivo e falso nel messaggio che pretende di veicolare. Basta leggere le ricerche elaborate dal Forum sulle disuguaglianze, per rendersi conto della dimensione della povertà assoluta e relativa in Italia. Invece, quando la Confindustria apre bocca, ci si mette sugli attenti. Capisco che possiedano i grandi media. Però, se si rivendica l'autonomia della politica, e di una politica che pretende di riannodare il

legame sociale, non si può essere subalterni al finazcapitalismo, e si devono difendere gli interessi dei ceti popolari (tutti: dipendenti e non). Ma, come cantava Scarpia, “è fallace speranza”.

Infine, un dubbio: non è che si vuole realizzare un lockdown mascherato, che ci fa uscire di giorno per lavorare (almeno in tutti i casi in cui non si può evitare) e ci sequestra per il resto della giornata? Una trovata che consentirebbe di risparmiare ristori e cassa integrazione, scaricando ancora di più sulla cittadinanza (già provata), e in particolar modo sulla parte più esposta e precaria, il costo della crisi, o meglio dell’incapacità di affrontarla. Ma quando una strategia non funziona, quando certe idee si rivelano sbagliate – ad esempio quelle di certi “consulenti” di governo, quelli che a marzo dicevano che le mascherine non servono, per coprire il fatto che non erano disponibili – non è razionale cambiarle? Forse un risveglio si intravede, il che spiega la cautela, finora, del Presidente del Consiglio. Destinata, temo, a essere travolta. Però se nuovo lockdown sarà (totale o parziale, dichiarato o mascherato), non sarà così pacifico e senza conseguenze. Il tempo di stringersi a corte è finito.

L’anti-umanesimo del virus Brian Cepparulo

24 Ottobre 2020 Osservatorioglobalizzazione.it

Come avevamo [ipotizzato](#) in tempi non sospetti, il mantra “*nulla sarà più come prima*” appare sempre più come un obiettivo, piuttosto che una previsione. È l’obiettivo del nuovo management politico, trasversale gli schieramenti, e che prevede l’istaurarsi di un nuovo paradigma bio-securitario, tecnico e scienziato, che potremmo sintetizzare in un termine: l’anti-umanesimo. Infatti avevo già sottolineato [altrove](#), come questa presunta guerra al virus, il nemico invisibile e onnipresente, altro non sia che una guerra contro gli uomini, cioè contro noi stessi. La prassi bellica si concreta nello scontro alla nostra stessa natura umana, la quale è intrinsecamente relazionale, per non dire politica nel senso Aristotelico di *zoon politikon*. I greci lo sapevano bene che la vera dimensione degli uomini era quella sociale, che si concretava nella *polis* e nelle sue leggi, dove la dimensione comunitaria sovrastava quella individuale. Gli psicologi sanno altrettanto bene quanto continuo le relazioni per il nostro benessere mentale.

Con lo scoppio dell’epidemia è stato sancito un nuovo principio etico: la [sopravvivenza biologica](#) è l’unica cosa che conta e va difesa ad ogni costo. È questo il nuovo dogma scienziato di quella che Agamben chiama la “religione della salute”, in cui quest’ultima non è un diritto ma un obbligo da far osservare anche con la coercizione. Una nuova fede, che va a radicalizzarsi giorno dopo giorno, e che vede l’uomo non più come un animale politico, ma piuttosto come un ammasso informe, quasi obsoleto (antiquato avrebbe detto Gunter Anders), di microbi, batteri e virus. Pertanto il pericolo biologico giustifica qualsiasi limitazione della socialità e dell’aggregazione, per non parlare delle libertà individuali e collettive. Non sono cose necessarie ci [dicono](#); *ubi maior minor cessat*. Ma Pensare il contrario è peccato.

È peccato secondo la nuova morale scienziato che definisce la verità quale enunciato di una [struttura di potere composta da “esperti”](#). Questi sono i nuovi sacerdoti del tempio, coloro i quali, tramite l’occupazione militare dei presidi mediatici, determinano *ex cathedra* la dimensione del vero e del falso nel discorso pubblico. Compito dei sacerdoti è, anche, quello di ribadire il dogma. Quest’ultimo delegittima la politica e legittima una seconda ondata di limitazioni. Ritorniamo così al normativismo infondato dei DPCM, [dello stato di emergenza senza emergenza](#), dell’infodemia giornalistica. E ritorniamo al metodo del blaim the victim: si ritorna a quella consolidata abitudine di governo di addossare ai cittadini, le vere ed uniche vittime, le responsabilità di pubblica sanità. Il popolo ridotto a infante da educare, con le buone o con le cattive. Anzi, meglio le cattive, “*Mazz’ e panell’ fanne ‘e figli bell*” dicono a Napoli. Il nostro premier lo ha detto chiaramente: “un nuovo lockdown dipenderà dai cittadini”. E vai giù con nuove restrizioni, chiusure, coprifuochi ecc. Insomma [bisogna fare un lockdown per evitare un nuovo lockdown: it makes sense!](#) Poco conta che su queste misure non ci sia stata fornita alcuna evidenza scientifica della loro utilità, come [affermato](#) persino da un membro del

potentissimo CTS. Insomma il senso è psicologico: è gestione del terrore. Bisogna innalzare nella massa, nella moltitudine, un sufficiente livello di paura; far emergere un nemico da combattere.

Precedentemente espressi il timore che la nuova normalità del distanziamento sociale sia il [vero scopo](#) e non un semplice mezzo di politica sanitaria. Gli indizi sono tanti. Per esempio, è molto probabile che dopo la pasqua quest'anno salteremo il Natale. Il celebre "[zanzarologo](#)", ha già paventato questa possibilità. Quel che si vuole colpire con il Natale non è tanto un residuo della fede cattolica, le cui istituzioni si sono sin da subito completamente arrese e sottomesse all'immanenza del virus rinnegando la propria origine di "ekklesia", ma piuttosto un residuo della tradizione e dell'aggregazione familiare.

Con l'estate e la breve pausa concessa a un popolo psicologicamente stremato, qualcuno aveva persino ricominciato a vivere. A incontrarsi, a vedersi, a toccarsi, a riunirsi, a ballare insieme. Sono tornati gli aperitivi, lo sport, i bar e le discoteche. Insomma qualcuno era tornato a vivere sprazzi di normalità.

Una colpa tremenda secondo chi dall'alto ha in mente una normalità completamente diversa. Via ai processi mediatici, ai giudizi morali, contro chi vive la vita. I giovani, i vacanzieri, chi va in discoteca. Comportamenti "irresponsabile" secondo la morale scienziata. "Vi siete lasciati andare", "avete abbassato la guardia", sono gli slogan paternalistici del regime. Così chiudono prima le discoteche, poi i bar, poi lo sport, poi le scuole e piano piano chiude di nuovo la vita. L'ipotesi che il virus circoli nonostante i nostri comportamenti non è neanche contemplata. Una delle cose che più mi sconvolge è che la banalità della nostra vita, composta di cose così consuetudinarie, semplici e apparentemente innocenti come giocare a calcetto con gli amici, o incontrarsi la sera al bar per una birra, sia diventata immorale ed illegale. Ed è incredibile come le persone non si rendono conto della china pericolosa che stiamo imbeccando. Siamo come la rana bollita: a poco a poco ci toglieranno di nuovo tutto. E se lo faranno diranno che è colpa nostra. Cornuti e mazziati! La cosa più triste è che molti si berranno la "pappa al pomodoro" cucinata dal giornale unico del virus credendo veramente che loro, o meglio, i loro vicini, fratelli e figli siano la causa di tutto ciò. Come afferma Agamben "*...la biosicurezza si è dimostrata capace di presentare l'assoluta cessazione di ogni attività politica e di ogni rapporto sociale come la massima forma di partecipazione civica*". Se gli esempi di Trump, Berlusconi, Briatore delle decine e decine di calciatori, e sportivi non sono serviti ai più a contemplare l'idea che anche in caso di malattia si possa guarire, difficilmente lo capiranno mai, e resteranno rinchiusi in una bolla di terrore sostanzialmente mediatica.

E non si dica "*ma sono solo le discoteche*", "*è solo lo sport*". Perché la politica del "terapeuticamente corretto" ha varcato un nuovo traguardo biopolitico. Vuole entrarci anche in casa, [vuole dirci](#) come comportarci dentro le sacre mura del nostro domicilio, vuole persino istruirci a come fare [nesso](#). Risulta "normale" quindi che un ministro intimi pubblicamente alla delazione nel silenzio dei vertici istituzionali. Questa invasione della *Insula* nasconde anch'essa un'altra intenzione, ovvero quella di andare a colpire l'ultimo tassello di socialità e relazionalità rimasta, l'ultimo argine al nichilismo tecno-scienziata, il nucleo originario di ogni individuo: [la famiglia](#). Beati loro che s'illudono che potranno mediare le proprie relazioni tramite dispositivi virtuali, a loro le cieche speranze prometeiche. L'unica cosa che otterranno è favorire l'ascesa di una nuova elite tecnocratica che Eric Sadin definisce come: "*Un insieme che vede l'implacabile alleanza di potenze industriali ed economiche, responsabili politici, un'ampia fetta del mondo universitario e scientifico e gruppi di influenza di varia natura che, con il pretesto di inserirsi nella "direzione della storia" e di rappresentare le forze progressiste, lavorano al rapido sradicamento dei nostri principi fondatori e alla diffusione di un anti-umanesimo radicale*".

La guerra al virus è una guerra totale alle relazioni e la socialità, con l'effetto di esonerare gli uomini da loro stessi; renderli assoluti ovvero privi di legami, disfare quella trama relazione che è il vero fulcro della nostra esistenza. La nostra identità è data dall'alterità. Purtroppo, o per fortuna, non siamo biologicamente predisposti a vivere da segregati. Prima lo capiamo, rigettando il dogma scienziata, e meglio è. Le conseguenze di prolungati stati di stress sociale sulle popolazioni possono prendere pieghe imprevedibili. La vita merita di essere vissuta nella sua incredibile e straordinaria varietà di forme, e ogni vita degnamente vissuta conduce a rischi di ogni natura. Non possiamo lasciare che un virus influenzale, per quanto pericoloso sia, stravolga per

sempre la nostra esistenza. Non possiamo considerare questa che ci stanno imponendo come la nuova normalità.

Le opinioni qui presentate corrispondono alla visione personale dell'autore, analista di lungo corso dell'Osservatorio che intende promuovere un dibattito capace di coinvolgere tutte le voci interessate a esprimere la propria opinione sul tema delle conseguenze politiche, economiche e sociali della pandemia. Chi volesse proporre di pubblicare un articolo con la propria opinione e visione in materia può scrivere ad info@osservatorioglobalizzazione.it

Fonti

Sadin, É., & Bonomi, F. (2018). Critica della ragione artificiale: una difesa dell'umanità. Luiss University Press.

Agamben, G. (2020). A che punto siamo. *L'epidemia come politica* (Macerata: Quodlibet, 2020).

Clamoroso studio dell'OMS: covid-19, il tasso di letalità sotto i 70 anni è dello 0,05%

25/10/20 ByoBlu

Quando le notizie arrivano da fonti ufficiali ci si attende una diffusione importante soprattutto se i dati sono clamorosi e se possono contribuire a fare chiarezza, ad evitare paure e preoccupazioni. Va bene che l'Organizzazione Mondiale della Sanità di imbarazzanti marce indietro ne ha fatte parecchie, ma questa volta [nel suo bollettino](#) pubblica uno studio che non può restare nel silenzio: il tasso medio di letalità del SARS-CoV-2 sotto i 70 anni è dello 0,05%. A dirlo è il dottor **John Ioannidis**, professore di Epidemiologia e Salute della popolazione all'Università di Stanford, uno dei massimi esperti mondiali di analisi dei dati in medicina. E così, mentre in molti Paesi si assiste a misure di contenimento sempre più drastiche tra lockdown generalizzati, chiusure parziali e divieti che continuano a colpire indistintamente chiunque, questo studio porta alla luce dei dati che dovrebbero far riflettere e indirizzare le azioni dei governi, governi che ormai hanno ceduto la loro agenda a quel gruppo di "esperti" che appare poco incline al confronto con chi ha una visione diversa. Così si continuano a limitare libertà e diritti di milioni di persone, si devastano interi settori dell'economia, si creano le condizioni ideali perché la criminalità organizzata possa aumentare il proprio peso e la penetrazione negli strati meno abbienti della società mentre gli effetti psicologici, anche su intere generazioni, forse è ancora presto per poterli vedere.

IL PROFESSOR IOANNIDIS: "DA RIVEDERE LE PRECEDENTI STIME"

È scritto nero su bianco nel bollettino dell'OMS: "I tassi di letalità dell'infezione sono molto inferiori rispetto alle stime fatte in precedenza". Il professor John Ioannidis non è proprio l'ultimo arrivato, è un medico-scienziato, uno scrittore, un professore della Stanford University che ha fornito un importante contributo alla ricerca scientifica e all'epidemiologia. Tutti continuano a dire che di questo coronavirus si sa ancora poco, che gli studi proseguono, che una terapia non esiste e che gli effetti sono tutti da capire. Va bene. E allora, proprio per questo, non sarebbe opportuno allargare il confronto all'intera comunità scientifica, dar voce a professori ed esperti che sono arrivati a conclusioni diverse da quelle che ci vengono propinate quotidianamente ormai da mesi?

Nessun medico di fronte a un tumore non considera gli effetti collaterali delle cure. Analogamente non si può pensare di risolvere un'emergenza sanitaria creando un'altra emergenza, di tipo socio-economico ma potenzialmente altrettanto grave. Dove sono le misure per sostenere le persone che hanno perso e perderanno il lavoro, o avranno una riduzione del reddito, a cause delle nuove chiusure? Dove sono i piani di recupero delle risorse per la sanità? Quali sono le proposte per eliminare le enormi disparità educative, i problemi psicologici, l'aumento dei suicidi e degli abusi domestici associato ai lockdowns?

Questa impennata autunnale dei casi di COVID-19 in Italia – ed infatti in tutto l'emisfero boreale del pianeta, confermando come SARS-CoV-2 abbia caratteri di stagionalità – sta creando ansia tra la popolazione e, comprensibilmente, anche tra chi deve prendere decisioni sul da farsi (i decisori politici), chi consiglia i decisori (i cosiddetti esperti tecnici, CTS in primis) e chi racconta queste vicende al pubblico (i media). E spesso ormai si sente quella parola che al contempo molti temono ed altri vedono come l'unica vera soluzione: i lockdowns generalizzati. Nelle righe che seguono proveremo, con questa riflessione, a portare la nostra prospettiva medico-scientifica e soprattutto umana su quello che sta accadendo in questi giorni e cosa si potrebbe fare nel prossimo futuro. Lo facciamo pubblicamente, nonostante l'enorme stanchezza che entrambi proviamo in questa fase, per amore di verità, e per rispetto delle tante persone che ci hanno seguito in questi mesi, le quali si aspettano una nostra parola in questo senso. Sia chiaro che scriviamo con la massima serenità, senza nessuna voglia di fare polemica o di stimolare polarizzazioni inutili.

Il concetto che proveremo a illustrare in queste righe è molto semplice: di fronte ad una malattia a carattere epidemico, che per definizione coinvolge una società intera, il comportamento che la società stessa dovrebbe adottare per proteggersi non è dissimile da quello di una persona a cui è stato diagnosticato un tumore ed a cui viene proposta una chemioterapia anti-tumorale (una esperienza abbastanza comune sia dal punto di vista personale che professionale, alla quale pensiamo qualsiasi lettore possa relazionarsi).

Innanzitutto, è chiaro che nel momento in cui ad una donna (o uomo) viene diagnosticata una leucemia, per fare un esempio, è importante che il medico dica la verità alla paziente, senza ovviamente proporre letture idiote ed irresponsabili (del tipo: non preoccuparti, la leucemia non esiste, è solo un complotto di Big-Pharma). Allo stesso tempo il medico non dovrebbe neanche ripetere ossessivamente e cupamente il fatto che ci sono 50 per cento possibilità di morire entro un anno, 80 per cento di morire entro cinque anni, che ci sarà da soffrire tantissimo, che se anche la chemioterapia funziona poi ci sarà un rischio alto di ricaduta, etc.

Invece il medico serio, professionale e compassionevole, nel creare l'alleanza terapeutica col paziente, e nello spiegare la realtà della malattia basandosi sui fatti, cerca anche di motivare positivamente il paziente a lavorare insieme sul percorso terapeutico, incoraggiandolo ad essere speranzoso ed ottimista, consapevole del fatto che questo approccio onesto, empatico e costruttivo, che rappresenta lo standard-of-care in oncologia clinica, porti il paziente ed i familiari a vivere meglio le inevitabili difficoltà e sofferenze che li attendono. Non che sia una cosa facile trovare questa via di mezzo, ma sarebbe sbagliato pensare che, per paura che il paziente non segua la terapia come dovuto, la strada migliore da percorrere sia quella di terrorizzarlo continuamente sui rischi e la gravità del suo tumore.

[E qui rivendichiamo con forza l'uso del termine "ottimista", e soprattutto la scelta di praticare questo tipo di comunicazione, a livello sia di rapporto medico-paziente che di rapporto con il pubblico durante una pandemia, perché promuovere l'ottimismo della conoscenza non significa affatto che si voglia "minimizzare" o tantomeno "deresponsabilizzare", come purtroppo continuano ad insinuare falsamente alcuni soggetti, che speriamo invece possano riflettere a mente aperta su quanto stiamo scrivendo].

E ora parliamo della scelta della terapia e nella gestione degli effetti collaterali, che è l'aspetto più importante del problema. È chiaro che se potessimo usare la combinazione di chirurgia, chemioterapia e radioterapia senza minimamente preoccuparci degli effetti collaterali, praticamente quasi ogni tumore potrebbe essere eliminato, e non avremo i 175.000 morti di cancro che abbiamo in Italia ogni anno. Invece dobbiamo tener conto del banalissimo fatto che non esiste solo il tumore, e che il resto del corpo deve comunque continuare a funzionare,

perché altrimenti ci salveremmo dal tumore, ma si morirebbe comunque per altre cause (e, forse, invece di 175.000, i morti sarebbero in numero molto maggiore). Infatti, nel momento in cui si decide l'approccio terapeutico ad una leucemia non si parte solo ed unicamente dal principio che ogni cellula neoplastica deve essere distrutta, ma dal fatto che l'obiettivo finale è la salute della persona nella sua interezza. Per questo le dosi di chemioterapia o radioterapia che si fanno sono precise e limitate, e basate su protocolli medici e dati scientifici che tengono conto non solo della loro efficacia nel ridurre di ridurre la massa tumorale, ma anche del rischio di causare effetti collaterali pericolosi (immuno-soppressione, anemia, disturbi della coagulazione del sangue, nefrotossicità, epatotossicità, cardiotoxicità, etc). Qualunque medico o infermiere sa esattamente di cosa stiamo parlando e chiunque abbia avuto una esperienza personale, diretto o indiretta, con le terapie oncologiche è perfettamente in grado di capire questo ragionamento.

A questo punto si può tornare sul tema COVID-19, e svelare la facile chiave della metafora. Il paziente è la nostra società civile, la leucemia che viene all'improvviso è come l'arrivo di SARS-CoV-2, il medico che decide la terapia rappresenta chi ci governa, la chemio/radioterapia sono le chiusure generalizzate, e l'efficacia come gli effetti collaterali di queste terapia ormai li sappiamo abbastanza bene. Ed infatti, anche se ci possono giustamente essere opinioni discordanti su quale sia la dose giusta del farmaco da somministrare, credo che tutti concordino sul fatto che se da un lato le chiusure sono efficaci nel ridurre la diffusione del virus (e come potrebbero non esserlo?) nel contempo esse causano effetti collaterali profondamente negativi dal punto di vista socio-economico (e come potrebbe essere altrimenti?).

In questo momento, quindi, continuando con la nostra metafora, noi vorremmo chiedere, molto semplicemente e umilmente, a chiunque (governo, CTS, media, scienziati, etc) proponga un lockdown generalizzato come misura per ridurre i contagi ed i morti di COVID-19, di adottare il comportamento di un bravo oncologo che deve affrontare una neoplasia potenzialmente molto grave con una terapia dagli effetti collaterali molto seri. In altre parole, chiediamo che informi il paziente dei potenziali effetti avversi della terapia esattamente con la stessa accuratezza e rigore scientifico con cui lo ha informato dei rischi della neoplasia, e proponendo fin da prima dell'inizio della cura un piano preciso sia di monitoraggio dettagliato degli effetti collaterali che di ottimale gestione clinica degli stessi, allo scopo di ridurre il più possibile la gravità (ad esempio: copertura antibiotica in caso di immunodeficienza, trasfusioni in caso di anemia o piastrinopenia, riduzione del dosaggio in caso di nefrotossicità, etc). Senza dilungarci ulteriormente, e nella speranza che la descrizione di questa metafora (o allegoria, scegliete voi, non siamo puristi della retorica) sia stata sufficientemente chiara, vorremmo chiedere, molto serenamente e sommestamente, a chiunque proponga chiusure generalizzate del paese per contenere i danni di SARS-CoV-2 e COVID-19, di completare il suo "piano di trattamento" del paziente Italia descrivendo nel contempo, con chiarezza ed in modo dettagliato e quantitativo, quale sia il suo approccio o piano programmatico per:

- **sostenere le persone che perderanno il lavoro a causa delle chiusure**
- **sostenere le persone che avranno una notevole riduzione del reddito a causa delle chiusure**
- **sostenere le piccole aziende, botteghe artigiane, esercizi commerciali e studi professionali che chiuderanno o ridurranno di molto l'attività a causa delle chiusure**
- **recuperare risorse per sanità pubblica, istruzione pubblica, pensioni, ricerca scientifica etc. — risorse che si ridurranno in caso di prevedibile caduta del PIL conseguente alle chiusure**
- **quantificazione di questi fondi di "sostegno" all'economia ed al welfare sociale del paese, spiegando con chiarezza come verranno trovati ed a quali altre voci di spesa verranno tolti**
- **eliminare le disparità educative che la chiusura delle scuole crea sulla base del censo delle famiglie**
- **risolvere i problemi psicologici causati dalle chiusure, soprattutto in persone con pre-esistenti problemi sanitari**
- **ridurre l'aumento dei suicidi e degli abusi domestici associato ai lockdowns**

Non diciamo che sia facile farlo, esattamente come non è facile trattare una leucemia o gestire gli effetti collaterali di una chemioterapia aggressiva. Non è facile, ma lo si deve fare, e lo si deve fare adesso, perché non

pensiamo che si possa risolvere un'emergenza sanitaria creando un'altra emergenza, di tipo socio-economico ma potenzialmente altrettanto grave. Altrimenti si rischia di fare l'equivalente di un medico che prescrive una terapia anti-tumorale senza tenere conto degli effetti collaterali.

Paolo Spada, Sara Gandini & Guido Silvestri

[Link alla fonte originale: qui pubblicato con l'autorizzazione di Pillole di ottimismo](#)

Homo pandemicus - Ideologia COVID e nuove frontiere del consumo.

di Fabio Vighi (Università di Cardiff) 25/10/20 Filosofiainmovimento.it

L'attuale emergenza sanitaria dovrebbe suggerirci una riflessione sul potere dell'ideologia in un'epoca troppo frettolosamente definita post-ideologica. La caduta del muro di Berlino, ça va sans dire, non ci ha liberati dalle ideologie. Piuttosto, il sentirci affrancati da pressioni ideologiche ci rende vulnerabili a un non-pensiero unico tarato sull'anonima brutalità del calcolo economico. Con la globalizzazione e l'emancipazione dalle Grandi Narrazioni ci siamo consegnati a forme sempre più subdole di manipolazione che intercettano la dimensione viscerale del nostro essere. La dissoluzione dei vecchi legami simbolici ci ha proiettato nella dittatura piatta e invisibile dell'economia, contrabbandata come libertà. Questa pretestuosa libertà si risolve, essenzialmente, nell'obbligo di produrre e consumare valore (merce).

Resistere alla potenza di fuoco dell'ideologia capitalista è sempre più arduo. La nostra info-sfera centrifuga dati, annunci e comunicati a velocità supersonica. Questi segni ci soverchiano, demolendo le nostre capacità critiche e condannandoci a uno stato di ipnosi semi-permanente. Se a volte troviamo la forza di resistere a questa sopraffazione, ci ritroviamo però ridotti all'impotenza quando si tratta di immaginare nuove configurazioni sociali in grado di garantirci uno spazio di autonomia rispetto ai rapporti socio-economici che ci definiscono. Da qui la percezione di un tempo storico insieme irreversibile e inesauribile, per cui l'intera esperienza umana ripiega in un flusso destinale dove ogni evento è posto e insieme presupposto dalla metafisica del capitale.

1. Consumo panico, ergo sum.

Per quanto all'apparenza cinico e disincantato, il soggetto contemporaneo è, come intuì Walter Benjamin ¹, un credente e un praticante assiduo. L'inflessibilità della sua fede si manifesta pascalianamente ², ovvero nell'atto pratico piuttosto che nel lavoro dello spirito. Se infatti la nostra vita morale è ormai scevra di militanze, quella attiva è dedicata a un unico culto: il ciclo di accumulazione del capitale. Elevato a religione universale, il capitalismo si nutre della disciplina di milioni di fedeli persuasi che il senso delle cose appartenga alla soddisfazione individualistica del potere d'acquisto, che a sua volta alimenta la pulsione errante del capitale. Per questo motivo, l'ordine subliminale di non disturbare la legge del profitto è la cifra ideologica del nostro tempo. Ostinandosi a negare la devastante implosione strutturale che la sta attraversando, la società della "post-crescita" fa un uso smodato di sostanze ideologiche. Quando povertà e incertezza dilagano, il potere ipnotico di narrazioni salvifiche al cospetto di un nemico (il virus) spietato e ineffabile può fare autentici miracoli. Allo stesso tempo, consente di implementare un 'Great Reset' mirato non tanto alla 'sostenibilità globale' e alla 'giustizia sociale' ³, ma a riaffermare il dogma del capitale a un più elevato regime di complessità tecnologica. Così homo pandemicus, da ultimo uomo nietzschiano qual è, sopravvive alla propria disfatta anestetizzandosi a dosi di panico. Non possiamo dimenticare che negli ultimi decenni si è diffuso un conformismo feroce, spacciato sottotraccia come unica via alla realizzazione personale. Nel colonizzare l'inconscio, l'omologazione consumistica è divenuta sovrana, dissolvendo consolidati legami simbolici e consegnandoci al rapporto solipsistico con il Dio-capitale. La virtualizzazione delle nostre vite ha accelerato i processi di dominio reale. La paralizzante utopia del virtuale (spazio infinito dove innumerevoli agenti si incontrano per condividere e creare le loro realtà) inibisce le nostre resistenze rispetto alla deriva in corso del capitalismo autoritario. In altre parole, s'impone un'ontologia piatta e senza crepe dove il soggetto – per definizione spinto alla ricerca di legami simbolici dalla consapevolezza della propria mancanza – viene progressivamente abolito. È allora

davvero ingenuo pensare che homo pandemicus possa risollevare le proprie sorti attraverso un fantomatico senso di solidarietà ⁴. Piuttosto, dobbiamo constatare che il panico da pandemia è una tipologia di consumo, e in quanto tale è armoniosamente inserito nell'architettura antropologica di homo economicus. Consumare panico è la nuova frontiera dell'ideologia capitalistica.

Il Capitale di Marx comincia con questa osservazione: 'La ricchezza delle società nelle quali predomina il modo di produzione capitalistico si presenta come una "immane raccolta di merci"' ⁵. Oggi il mondo dominato dalla merce instaura, da una parte, una ferrea governance globale vincolata dalla competizione tra grandi capitali, e dall'altra un individualismo tendenzialmente ottuso che inibisce il pensiero critico e, insieme, fomenta il delirio di onnipotenza del consumatore. Se ci soffermiamo sul soggetto, noteremo un rapporto causativo diretto tra la mercificazione narcisistica dell'io, l'ingiunzione consumistica a godere, e l'interdizione del senso di precarietà ontologica (o, per dirla con poeti e filosofi, della caducità dell'essere). Gli effetti sono sotto gli occhi di tutti: da un lato il deserto culturale che avanza (conformemente alla desertificazione del pianeta), dall'altro la normalizzazione di comportamenti psicopatologici di varia entità e natura, ma tutti riconducibili all'irrigidimento di un ego sempre più incapace di allestire relazioni simboliche con l'eterna domanda che lo circonda (l'altro) e che lo abita (l'io).

Caso esemplare di reificazione è il recente omicidio di Colleferro, in cui l'individuo atrofizzato in "corpovetrina" (o corpo-feticcio) riduce l'altro a strumento di soddisfazione pulsionale. Così, pestare a morte un ragazzino e consumare un "apericena" al bar rientrano nello stesso (l'unico) orizzonte fenomenologico del mondo governato dalla merce. Pasolini aveva descritto lucidamente questa regressione psicologica di massa (dunque transclassista) commentando il "massacro del Circeo" (avvenuto tra il 29 settembre e l'1 ottobre 1975), giusto un mese prima di finire pure lui massacrato. Dopo quasi mezzo secolo la situazione non è cambiata, perché il modello (a)sociale propagandato come massimo ideale di libertà è, in sostanza, sempre il medesimo. Per l'individuo incapace di introspezione, per cui il rapporto con l'altro si riduce a rituali virtuali di autopromozione esibizionistica (dal sexting ai food selfies, attraverso un'eterogenea tipologia di mini-perversioni quotidiane), la vita non può che contrarsi in una serie di comportamenti meccanici e irriflessi. E dietro a questa psicotizzazione conformistica non c'è altro che la "folle razionalità" di un modo di produzione che trasforma l'intera esperienza umana in valore di scambio.

Identificandosi nell'oggetto-merce, il soggetto rescinde dunque il legame con la propria singolarità. La distanza cartesiana tra res cogitans e res extensa tende a evaporare, poiché il soggetto pensante (cogitans) si appiattisce nella vuota oggettualità (extensa) della merce, da cui non riesce più a distinguersi. La causa non è però da ricercarsi in epifenomeni quali la famiglia "scoppiata", la tecnologia distopica, o il sempreverde "governo ladro", bensì in un secolare processo di socializzazione fondato sul dogma della produzione-consumo di un'infinità di cose e esperienze, la maggior parte del tutto superflue. Oggi, al culmine di questo processo storico, l'individuo si ritrova non solo sempre più povero e privato di diritti fondamentali (casa, cibo, salute), ma anche cosalizzato, ovvero riprodotto serialmente quale estensione della stessa merce che consuma, o che vorrebbe consumare. Ciò che fino a qualche decennio fa creava ancora legame sociale – la cosiddetta "società del lavoro" – oggi conduce fatalmente alla decomposizione della comunità umana. Come scrisse Ralf

Dahrendorf nel lontano 1985, 'la società centrata sul lavoro è morta, ma non sappiamo come seppellirla' ⁶ – e in effetti, aggiungiamo noi, il fetore comincia a farsi insopportabile. Rimaniamo cioè definiti dal produttivismo capitalista senza però poter più estrarre nuova ricchezza (plusvalore) da un "lavoro vivo" ormai estromesso da inarrestabili processi di automazione. Ma proprio l'individuo improduttivo e atomizzato della globalizzazione neoliberista, il soggetto "senza valore", smarrito e infantilizzato, è oggi completamente assuefatto al dominio reale dei rapporti capitalistici. L'indole conformistica della piccola borghesia di un tempo si trasferisce oggi nell'aspirazione collettiva di appartenere a un "ceto mediocre" impegnato solo a consumare e sopravvivere, o a vivere per rimanere in vita. Solo l'essere-per-la-merce (insieme a un avvilito narcisismo fatto di palestra, addominali, tatuaggi, pilates, cardiofitness, ecc.) ci tiene uniti. Mai come ora la teologia feticistica del valore si

afferma come ideologia, estendendosi a tutti i settori della vita, inclusi l'informazione, l'istruzione e la medicina.

Soggiogato a una dinamica socio-economica impersonale e autodistruttiva, dinanzi all'allarme sanitario homo pandemicus non può che barricarsi nel proprio fragile guscio e sgranare il rosario della paura, sconvolto dalla prospettiva di perdere, con la vita, il suo potere d'acquisto. Non essendo più in grado di affrontare l'angosciosa percezione della propria transitorietà – unico modo di vivere intensamente la vita, e immaginarne un reale processo di trasformazione – homo pandemicus si affida a riti apotropaici collettivi (la mascherina), trovando nel silenzio del terrore l'unico miserabile sentimento di appartenenza alla specie. Il panico si rivela dunque una delle principali forme dell'omologazione contemporanea, esprimendo null'altro che la volontà di continuare a vegetare nell'inerzia del consumo, nonostante il crollo in tempo reale della “società dell'opulenza”. Consumare panico significa ostinarsi a negare non solo l'apocalisse sociale cui ci siamo condannati, ma soprattutto la percezione della morte quale unico sentimento capace di conferire un senso alla vita, perché ‘solo grazie alla morte, la nostra vita ci serve ad esprimerci.⁷ L'entusiasmo del vivere, l'amore per la vita, può nascere solo dall'intuizione che un giorno non ci saremo più, e dai processi simbolici che questa intuizione mette in atto. Non è un caso che filosofi, sociologi e antropologi ci ripetano da decenni che la nostra epoca, quella del benessere materiale, ha rimosso il sentimento della morte⁸. È del tutto evidente che si tratta di una rimozione ideologica, perché funzionale all'imposizione del modello falso-vitalistico della produzione e del consumo. Il dissociare la vita dalla morte caratterizza tutta la cultura moderna, perché permette la plus-valorizzazione di ogni frammento dell'esistenza. Il solo valore che (si) conta è la pseudo-vivificazione economica della vita. La rimozione del legame simbolico con la morte, ancora centrale nelle società premoderne, ha consentito all'economia politica di instaurare la socializzazione repressiva della vita attraverso la sua mortificazione a valore di scambio. Il successo dell'attuale narrazione emergenziale si alimenta di questa rimozione utilizzandone strumentalmente il ritorno, ovvero l'improvvisa riattivazione del fantasma della nostra mortalità. L'effetto-shock del memento mori da coronavirus non è infatti (almeno per ora) la solidarietà del genere umano consapevole della propria finitezza, ma il rigor mortis cerebrale di homo pandemicus, già di per sé necrotizzato dall'ossessione compulsiva per la sicurezza. Messo sadicamente di fronte alla propria potenziale dipartita causa virus, il consumatore ingrassato al culto mondano del proprio io non può che ammutolire, o balbettare (sotto la mascherina, o rinchiuso nella casa-sarcofago) una serie infinita di tragicomici luoghi comuni.

2. Ideologia oggi

La grancassa mediatica attorno alla pandemia ha gioco facile nell'inoculare il virus del panico in un corpo sociale sempre più anemico, la cui identità nasce e muore nel cerchio magico di un grottesco personalismo alimentato da un altrettanto grottesco vitalismo consumistico. La lunga storia delle relazioni sociali capitalistiche confluisce oggi nella totale mercificazione dell'essere umano, tanto iperattivo quanto psichicamente vuoto: spremuto, consumato, remissivo, e dunque consegnato inerme a facili manipolazioni. Tecnologia e politica non sono che estensioni di una forma economica di dominio globale, e della specifica alienazione ideologica che ingenera. Il loro scopo “biopolitico” (controllo della vita) è ancillare rispetto al capitale, che oggi vuole intere popolazioni docili e mansuete (ovvero isolate, insicure e impaurite) rispetto alle violente accelerazioni che le dominano. Tra queste accelerazioni, si distinguono la digitalizzazione di tutti i settori della vita sociale (lavoro, educazione, svago, ecc.), il crollo dell'economia reale e l'espansione di quella del debito (con annessa ipertrofia della “prostata finanziaria”), la normalizzazione dello stato di emergenza, la censura dell'informazione aprioristicamente considerata falsa (da parte di orwelliani “comitati contro le fake news”), e la medicalizzazione pervasiva e invasiva della vita. Così il virus fornisce alle dinamiche del dominio capitalistico l'occasione di un colossale ricatto emotivo: o con noi (salvatori di vite), o con l'ineffabile micro-killer e le schiere di nega-complottisti (neo-nazisti, terra-piattisti, ecc.) che rischiano di farci perdere il filo del racconto. Nel frattempo, ricchezza e potere si accentrano sempre più disinvoltamente nelle mani dei soliti noti che, nel veder raddoppiati o triplicati i loro patrimoni in un batter di ciglia⁹, tentano pure, con la manina filantropica sul cuore (e quella invisibile, di smithiana memoria, sul portafoglio), di farci credere che si stanno

adoperando per il bene comune. Con mezzo miliardo di esseri umani finiti sotto la soglia della povertà, non ci sarà da stupirsi se, a breve, anche i morti di fame verranno spacciati per morti da coronavirus.

Irretito dalla fanfara mediatica orchestrata dai ricchi padroni della notizia, il soggetto pandemico si rifugia nella fede anziché dar voce al legittimo dubbio. Secondo numerosi test sierologici ¹⁰, e a detta di immunologi di fama mondiale tra cui il celeberrimo Anthony Fauci (non certo un negazionista), e Michael Ryan (direttore esecutivo del programma per le emergenze dell'OMS), l'indice di mortalità del virus, considerate tutte le variabili del caso, si attesta intorno allo 0,14% ¹¹, al livello cioè di una 'forte influenza stagionale' ¹². Tradotto, ciò significa che più del 99% della "colonna infame" di manzoniana memoria (i "positivi") continua la propria vita senza turbamenti intestinali o etciù (la stragrande maggioranza), o al limite accusando febbricole e normali sintomi influenzali. Ma i numeri non possono nulla se non vengono inseriti in una narrazione vincente. Peraltro, il brodo di coltura liberale in cui siamo immersi – "cultura" del tutto compromessa con l'attuale determinismo economico – sembra faticosi terribilmente a cogliere l'involuzione autoritaria del capitalismo contemporaneo. O, fuor di ironia: la coglie perfettamente, ma preferisce affrontarla con l'arma spuntata del falso moralismo, che rimanda tutto al solito bolso ideale del "capitalismo dal volto umano" (o meglio, ora, "dal volto mascherato"). All'interno di questo quadro depressivo è davvero difficile ignorare l'accelerazione ideologica dell'informazione mainstream. Essa ci parla con voce sempre più unica e arrogante al fine di delegittimare chi si permette, socraticamente, di avanzare dubbi sull'uniformità della trama. Iniziative come la recente lettera aperta firmata da migliaia tra medici e operatori sanitari in Belgio – corredata da dettagliate evidenze fattuali – vengono sistematicamente ignorate dagli oligopoli dell'informazione ¹³. Nei media imperversa un vero e proprio coprifuoco informativo, insieme a quella che Vladimiro Giacchè ha definito 'falsa sineddoche' ¹⁴, figura retorica per cui si sceglie un frammento di realtà (spesso un dettaglio insignificante) al fine di amplificarne la percezione negativa o catastrofica.

Il dilagante autoritarismo comunicativo si concretizza poi nell'efficacia della strategia linguistica. Lemmi ripetuti come mantra o canzonette balneari (lockdown, quarantena, tampone, tracciamento, paziente zero, virologo, smartworking, curva del contagio, ecc.) umiliano ulteriormente un linguaggio già fiaccato da una storica regressione a formula magica produttrice di incantesimi. Come sottolineato da Foucault ne *Le parole e le cose* ¹⁵, già dal XIX secolo il linguaggio dei moderni comincia a schiacciarsi su sé stesso, sclerotizzandosi nella forma di oggetto preposto a utilizzo tecnico-strumentale, rinunciando così alla sua vitale ambiguità umanistica, indice di insufficienza semantica e dunque di ricchezza espressiva e capacità evolutiva.

Il potere ideologico della comunicazione assiomatica e autoreferenziale erogata dai piazzisti del sapere unificato è una delle facce della rimozione di ciò che potenzialmente resiste ai processi di mercificazione: il nostro difetto ontologico. Per homo economicus, la morte del produttore-consumatore esiste solo come astrazione numerica positiva (conteggio delle salme, calcolo statistico) o come oggetto di morbosa spettacolarizzazione e accanimento mediatico – due facce della stessa medaglia. Lo scacco del non-esserci è l'esatto contrario dell'ubiquità dell'esserci-per-la-merce, che declina tutto il vissuto al tempo eterno e presentificato del valore. Ci viene ripetuto ad nauseam che la vita è sacra; ma lo è solo in quanto idolo astratto, smaterializzato e economicamente accumulabile. Il morire, a confronto, è un'oscenità disumana e inammissibile, perché non trasformabile in valore di scambio. Come scrisse Baudrillard, 'al giorno d'oggi non è normale essere morti [...]. Essere morto è un'anomalia impensabile, rispetto alla quale tutte le altre sono inoffensive. La morte è una delinquenza, una devianza incurabile' ¹⁶.

L'effetto sconvolgente del ritorno del rimosso è ideologico, in quanto ci costringe a consumare panico rispetto a un evento senz'altro violento e traumatico, ma da subito strumentalizzato anziché indagato come sintomo di un fallimento strutturale: dagli errori diagnostici alla gestione degli anziani nelle case di cura; dal deterioramento del sistema sanitario alla mancata campagna preventiva; dall'inquinamento atmosferico all'agribusiness; dalle ingerenze di Big Pharma alle contraddizioni degli "esperti" e dei politici che essi rappresentano, tutti a loro volta rappresentati da un unico impalpabile padrone, il meccanismo anonimo, spietato e disumanizzante

dell'economia. Perché il capitale quale “soggetto automatico” (Marx) non è un individuo in carne e ossa, non ha sede nelle intenzioni empiriche di chi agisce, ma incarna la forma della nostra vita determinandone le scelte e i contenuti. Il pulsare meccanico e sordo della “volontà” del capitale, della sua invisibile potenza, sovrasta dunque l'intera gestione dell'emergenza sanitaria, e si avvera nel confezionamento del testo ideologico. Ma allora, tutti quei morti? L'alta mortalità da/con coronavirus (la differenza è fondamentale, ma quasi mai presa in considerazione) dev'essere inquadrata innanzitutto come inquietante fallimento di sistemi politico-sanitari (coordinati da una governance globale) che hanno stipato i malati, in particolare gli anziani in condizioni già compromesse, in ambienti ricchi di microrganismi patogeni come ospedali e case di cura. Se nel 2016 le sole infezioni ospedaliere hanno causato in Italia circa 50.000 decessi (strage vergognosamente silenziosa) ¹⁷, l'aumento dell'esposizione di soggetti debilitati a una tale concentrazione di agenti patogeni non poteva che avere quel tragico risultato. Fenomeno, questo, che si è ripetuto puntualmente in paesi con simile predisposizione al rischio sepsi, in cui cioè negli ultimi anni i finanziamenti al sistema sanitario nazionale sono stati allegramente decurtati. Quando ripetiamo slogan come “la nostra vita non sarà più come prima” parliamo allora attraverso la forma capitalistica, che sopravvive a sé stessa solo grazie a continue e violente rivoluzioni tecnologico-gestionali interne, le famose ondate di ‘distruzione creativa’ descritte da Joseph Schumpeter ¹⁸. In realtà, la nostra vita (il new normal) è esattamente quella di prima – solo peggiore. Questo a causa del terrore del contagio e delle sanzioni, dell'isolamento dai propri cari, dell'incremento di disoccupazione, miseria e depressione, del sospetto verso il prossimo, e di una pervasiva alienazione digitale. Il punto, però, è che COVID-19 non ha causato questi fenomeni degenerativi; li ha semplicemente accelerati. Già prima dell'arrivo del virus, per esempio, la morte era stata ridotta a fatto privato e puramente biologico, per cui non si esitava a lasciar morire anonimamente i malati negli ospedali e gli anziani negli istituti di ricovero, esattamente come si fa (peggio) in epoca COVID. Allo stesso modo, il distanziamento a-sociale ci era già stato imposto attraverso i famigerati a-social networks. L'innesco di una nuova frontiera di manipolazione ideologica è forse l'aspetto più originale dell'attuale emergenza, specie quando giustificato come atto umanitario. Evidentemente, anni di “guerre umanitarie” non sono bastate a insegnarci che, parafrasando H. L. Mencken, dietro a ogni desiderio di salvare l'umanità c'è il desiderio di dominarla.

Non è un caso che negli ultimi vent'anni, a partire da quel grande imbroglio che fu l'attacco al World Trade Centre, il discorso politico che ha accompagnato la crisi del processo di globalizzazione si sia servito della più antica e consolidata arma ideologica: seminare terrore rispetto a un sanguinario agente esterno in grado di penetrare il nostro mondo fino a annientarlo. Se la Guerra al Terrorismo aveva basi concrete – le contraddizioni economiche e geopolitiche innescate dalla globalizzazione – il suo utilizzo fu puramente ideologico, finalizzato a giustificare una serie di scellerati interventi militari come risposta (tanto violenta quanto disperata) a quelle contraddizioni. L'efficacia ideologica della narrazione catastrofista, tuttavia, dipende dalla sua duttilità, ovvero dalla capacità di rinnovarsi creativamente. Per questo l'incubo ancestrale delle teste mozzate da orde di jihadisti incappucciati, che ha terrorizzato l'immaginario collettivo occidentale fino a un paio di anni fa, è stato ora sostituito da un nuovo ma complementare modello di “shock therapy” (Naomi Klein) ¹⁹, quello appunto del virus pandemico. Si tratta di un modello in grado di evocare fantasmi apocalittici ancor più devastanti al fine di impedirci di prendere atto di quanto la nostra crisi epocale – che riduce in miseria milioni di umani a dispetto delle enormi capacità tecniche a disposizione – non abbia nulla a che fare con la natura del virus e tutto con la natura del capitalismo. Come il lettore ricorderà, la narrazione del virus mortifero era già iniziata nel 2009, quando fu dichiarata la pandemia da H1N1 (“influenza suina”). Tuttavia, quella narrazione aveva attecchito solo parzialmente, al punto che fummo costretti a ridimensionarne l'impatto ²⁰. Oggi invece, al secondo tentativo, il racconto funziona a meraviglia, tanto da farci sentire tutti, riprendendo una felice intuizione del ricercatore canadese Alan Cassels ²¹, pre-malati o potenziali pazienti. In altre parole, siamo già idealmente proiettati nelle statistiche riguardanti il tracciamento dei positivi, essendo divenuti null'altro che, come scrisse Ivan Illich ²², algoritmi di un sistema sanitario che ci inquadra all'interno di calcoli probabilistici telecomandati

dalla legge del profitto. In questo senso, i bollettini di guerra serali hanno il semplice obiettivo di attivare un fenomeno identificatorio preesistente: noi, anonime popolazioni alla mercé di anonime astrazioni, siamo là dove ci vuole la medicina, o meglio l'economia che la "sostiene". Ciò innesca un fenomeno più unico che raro: per la prima volta nella storia dell'umanità non sono i malati che vanno dai medici, ma i medici che cercano i presunti malati. D'altronde, come dice il proverbio, "chi cerca, trova": la medicina asservita all'economia ci eleva tutti al rango di predestinati. Eppure, basterebbe osservare che lo stesso inventore del test RT-PCR, Kary Mullis, insignito per questo del Premio Nobel in chimica nel 1993, aveva ribadito senza mezzi termini che il test non può avere valore diagnostico ²³ – anche lui un pericoloso negazionista? Il problema è che il materiale genetico prelevato dal tampone dev'essere massicciamente amplificato per poterne dimostrare carica virale (sorta di "falsa sineddoche" virologica, per riprendere l'espressione di Giacchè). Ciò significa che tale materiale genetico può appartenere a "contaminazioni" del tutto innocue, come frammenti di vecchi genomi virali ormai inattivi; e che solo amplificandolo (moltiplicandone in laboratorio il fattore di virulenza), aumenteranno i "casi positivi". Il ragionevole dubbio sull'affidabilità del tampone rispetto a un virus che non è ancora stato isolato (e che quindi non soddisfa i postulati di Koch) è stato ribadito da numerosi virologi di fama mondiale (puntualmente ignorati dal mainstream); ma è chiaro che la paura fa novanta, e a homo pandemicus conviene rifugiarsi nella superstizione. Se Gesù moltiplicava pani e pesci, oggi tocca a infezioni e contagi.

La logica da "mostro sbattuto in prima pagina" che caratterizza i bollettini covidiani fa leva sulla percezione diffusa che il mostro si trovi già sulla soglia di casa. La ritualità para-religiosa dell'informazione numerologica ha come obiettivo farci credere di essere tutti, almeno potenzialmente, già vittime dell'orco. Questo ulteriore assalto alla nostra singolarità non può che rafforzare il tratto ideologico dell'informazione, per cui il problema della Fine – delle nostre vite, della nostra civiltà, e pertanto di un modo di riproduzione sociale in piena fase implosiva – viene trasformato nel trauma della virulenza di un oscuro agente patogeno icasticamente elevato a rappresentante del Male Assoluto, contro il quale possiamo solo combattere uniti (si fa per dire).

3. Denkverboten e umanità senza volto: eterogenesi dei fini?

La retorica della "guerra mondiale contro il virus", sdoganata con perfetto tempismo dai Bill Gates di questo mondo, e divulgata urbi et orbi da Carneadi politici miracolati dall'inattesa opportunità, implica che l'unico obiettivo è vincere la guerra, indipendentemente da quanto costi, chi la debba pagare, chi se ne avvantaggi, e cosa succederà dopo. Perché la guerra a un tale mostro – che esiste innanzitutto come rappresentazione mediatica, così come l'inferno esisteva nelle pale d'altare delle chiese medievali – richiede innanzitutto ubbidienza, da intendersi non solo come ulteriore limitazione delle nostre libertà civili o presunte tali, ma soprattutto come denkverboten, proibizione di articolare pensiero critico che si discosti di un millimetro dalla linea ufficiale. I pochi che hanno il coraggio di denunciare questo stato di cose fanno ampio uso critico di espressioni quali "pensiero unico", "mondializzazione", "poteri forti", e così via. Queste accezioni sembrano aver sostituito il classico riferimento al "Potere" inteso come piovra tentacolare che comanda le nostre vite dall'alto. Nel 1974, Pasolini ipotizzò l'avvento di una nuova forma di dominio reale che, a suo dire, si lasciava cogliere solo attraverso effetti di inaudita omologazione culturale. Ne diede una definizione che merita di essere riproposta:

Scrivo 'Potere' con la P maiuscola [...] solo perché sinceramente non so in cosa consista questo nuovo Potere e chi lo rappresenti. So semplicemente che c'è. Non lo riconosco più né nel Vaticano, né nei Potenti democristiani, né nelle Forze Armate. Non lo riconosco più neanche nella grande industria, perché essa non è più costituita da un certo numero limitato di grandi industriali: a me, almeno, essa appare piuttosto come un tutto (industrializzazione totale), e, per di più, come tutto non italiano (transnazionale). Conosco anche – perché le vedo e le vivo – alcune caratteristiche di questo nuovo Potere ancora senza volto ²⁴.

Pasolini complottista? Chi accusa di complottismo è spesso l'utile idiota che non sa (o, per interesse o quieto vivere, finge di non sapere) che da sempre il potere cospira e complotta. Di esempi abbaglianti, planetari e nazionali, è pieno il tormentato corso della storia umana. Per quanto ci riguarda, non siamo forse il paese della

P2, delle trattative stato-mafia, degli intrighi del Vaticano, delle stragi di stato? Davvero non vale la pena dilungarsi. Diremmo piuttosto che il “tutto” transnazionale cui si riferiva Pasolini oggi ha un nome preciso: capitalismo finanziario. Si tratta, come aveva intuito il poeta, non semplicemente di loschi figuri mossi da spietati interessi personali o vocazioni malthusiane, ma di una configurazione storica e logica del modo di produzione capitalistico che ha la prerogativa di infilarci in ogni angolo delle nostre vite, addomesticandole e ammorbidendole ai propri interessi. Chi detiene il potere economico è, come scrisse Marx, un funzionario del capitale ²⁵, quindi sbaglieremmo a personalizzare il capo d'accusa senza riconoscere il vero nemico nel processo automatico che autorizza e dirige le nostre vite. È quasi banale osservare che, oggi, sono gli interessi (letteralmente) del capitale in versione finanziaria a muovere le cose del mondo: tengono in pugno intere popolazioni, modellano le loro idee e azioni, e dunque esercitano un potere assoluto su quella forma di vita sempre più liquida e nuda che, nostro malgrado, siamo diventati. Tutto ciò mentre la politica, da tempo umiliata a esercizio di ragioneria fantozziana, continua a genuflettersi ai diktat economici, anche quando riaccesa da un virile rigurgito di antica passione. Ma dobbiamo aggiungere che le accelerazioni da coronavirus riguardano anche il carattere implosivo di questa nostra forma di vita: è proprio l'egemonia dell'industria finanziaria sull'economia reale a decretare la sconfitta di un modello sociale fondato sullo sfruttamento del lavoro umano (estrazione di plusvalore dal lavoro vivo organizzato in tempo di lavoro). Tutto ciò indipendentemente dal fatto che lo sfruttamento, ovviamente, continua, sia in forme sempre più oscure di sottoccupazione che attraverso la creazione di quelli che il compianto David Graeber, con geniale semplicità, ha definitivamente *bullshit jobs* ²⁶. Detto più chiaramente: il settore finanziario – laddove si mette al lavoro non l'essere umano, ma il denaro, al fine di creare magicamente altro denaro – ha ormai raggiunto una quasi totale indipendenza dalla base reale dell'economia, la cui profittabilità è precipitata in termini direttamente proporzionali all'aumento vertiginoso delle possibilità di automazione della produzione. Al punto che, come sostiene Graeber, il sistema è costretto a inventarsi lavori perfettamente inutili (*bullshit*, appunto) al fine di mantenere una parvenza di consistenza strutturale. Sia nei *Grundrisse* che nel terzo volume del *Capitale*, Marx aveva preconizzato, pur con vari distinguo, la “caduta tendenziale del saggio di profitto” in relazione all'aumento del “capitale organico”, calcolato come rapporto tra “capitale costante” (macchine) e “capitale variabile” (lavoro vivo). Oggi, dopo la terza e all'alba della quarta rivoluzione industriale (dalla microelettronica all'intelligenza artificiale), l'intuizione di Marx suona come una sentenza senza diritto d'appello: più aumentano gli investimenti nell'*hi-tech*, dettati dalla competizione tra grandi capitali, più si inibisce la profittabilità del capitale stesso in termini assoluti, poiché, considerato appunto l'impatto dell'automazione, il lavoro umano eliminato non può più essere riassorbito agli stessi livelli di intensità occupazionale e produttiva. Che piaccia o meno, questa contraddizione interna all'economia politica segna la fine dell'antropologia del lavoro che ha caratterizzato, dai primordi della modernità, il modello riproduttivo del capitalismo.

Da “società del lavoro” il nostro mondo si sta inesorabilmente trasformando in “società senza lavoro”, o al limite in “società del lavoro di merda” (per riprendere l'accezione di Graeber), ed è per questo motivo che si consegna sempre più di buon grado alle alchimie finanziarie e annessi rischi, ricatti e sconvolgimenti sociali. Per quanto la categoria lavoro (precario) continui a definire le nostre vite, è chiaro che il destino del lavoro salariato di massa, presupposto alla creazione di ricchezza allargata, è solo una: scomparire, o più realisticamente continuare a trasformarsi in forme più o meno esplicite di schiavitù. Ci troviamo di fronte a un meccanismo di ordine pressoché deterministico che mina alle fondamenta le nostre società, spingendo i capitali a cercare profittabilità in ambito finanziario/speculativo. Il Potere “senza volto” di cui parlava Pasolini è il potere del capitale nel suo ultimo travestimento, attraverso cui cerca disperatamente di sfuggire alla nemesi autodistruttiva innescata dalla propria ‘contraddizione in processo’ ²⁷, che ormai è ingovernabile. Nel definire “liquido” questo capitalismo a leva finanziaria, dovremmo precisare che è tale in quanto si avvia a liquidare le basi antropologiche della nostra ontologia sociale.

Proprio il potere “senza volto” (anonimo, rarefatto, algoritmico) ma onnipotente del capitale finanziario ci impone una riflessione finale sul simbolo della lotta al COVID-19: la mascherina. C'è qualcosa di disperato e,

insieme, involontariamente comico, nel consumo di questo strumento nella lotta al virus. Al di là del suo business – che pure esiste e sicuramente informa l'ossessione mediatica per questo oggetto – nell'obbligo della mascherina (ora anche all'aperto) c'è qualcosa del teatro dell'assurdo di Beckett e Ionesco, che sfugge al testo esplicito dell'ideologia covidiana cogliendone però metaforicamente l'essenza. Quale essenza? Precisamente quella del “senza volto” attribuita da Pasolini allo spirito del nuovo Potere, il cui fine è ‘l'omologazione brutalmente totalitaria del mondo’²⁸. Il significato profondo del rituale apotropaico della mascherina che ci mummifica è il tentativo di rendere il genere umano sempre più arrendevole rispetto al “senza volto” del capitalismo contemporaneo e delle sue ciniche nonché criminali esigenze. Anonimo il capitale, anonimi (isolati, depressi, impotenti) i suoi sudditi.

Il mascherinamento come “servitù volontaria” (Étienne de La Boétie) ci parla dell'accelerazione di un processo di disumanizzazione soft in atto da tempo, la lenta apocalissi che ci vuole specularmente identici al capitale nel suo camuffamento finanziario. E lo fa nell'unico modo possibile, privandoci oltremodo della nostra singolarità, da intendersi non come unicità piena e assertiva (libertaria) di vite dedite al grufolamento consumistico, ma, in modo ben più radicale, come mancanza a noi stessi, scarto tra ciò che non siamo e ciò che crediamo di essere. Solo prendendo atto di questa mancanza, e mettendola al lavoro, possiamo aprirci all'ipotesi di un futuro alternativo al presente. L'umanità imbavagliata di fronte a un “prossimo nostro” presunto contagiato e soprattutto contagioso, è l'umanità senza inconscio, ridotta all'ubbidienza perché disarmata di pensiero critico. Un pensiero critico che si rispetti nasce infatti dal mettersi in gioco del soggetto pensante, che riconosce e insieme rifiuta la propria appartenenza al mondo divenuto oggetto di riflessione. Se il soggetto non si smarca da sé stesso, se non si mette in gioco andando contro la propria identità mediata dall'Altro (cioè dal linguaggio, dall'ideologia, dai privilegi, ecc.), non ci può essere coscienza critica e non ci può essere trasformazione. Ecco perché la mascherina, nella sua misera banalità, assurge a simbolo del *denkverboten* impostoci universalmente affinché nessuno possa più opporsi allo strapotere di una “razionalità economica” che tira dritto verso il baratro. La mascherina che toglie i peccati del mondo rappresenta il coma dogmatico in cui siamo caduti e che ci rende ciechi, oltre che muti, di fronte all'operazione di distruzione creativa in pieno svolgimento, volta a favorire il salto (mortale?) nell'economia digitale a piena trazione finanziaria.

Attraverso la prolungata emergenza pandemica, il Moloch capitalistico mira a silenziare tutto il pianeta, senza comprendere che, così facendo, rischia di autodistruggersi, portando a compimento la sua più intima vocazione. Dietro la maschera di *homo pandemicus* c'è il ghigno cinico e ottuso di *homo economicus* che, distruggendo il suo passato, tenta vanamente di salvarsi da sé stesso: dalla contraddizione che lo sta lentamente divorando. Alcuni, a sinistra, guardano con entusiasmo a questa accelerazione implosiva, ritenendo che possa generare, finalmente, consapevolezza di oppressione, e magari pure un'intelligenza collettiva rivoluzionaria. È un ragionamento galvanizzante e condivisibile, ma solo in teoria. In pratica, infatti, il tentativo di mascherare l'attuale demenza senile del capitalismo attraverso un dettato ideologico insidioso e autoritario, oggi sembra prevalere abbastanza facilmente, e funzionare.

E funziona proprio nel nome di una narrazione salvifica a cui è quasi impossibile sottrarsi o controbattere, perché appunto si tratta di salvare vite umane. Fino a quando durerà questa narrazione? E, sull'onda del suo successo, quante ne seguiranno? La realtà è che stiamo scivolando nelle sabbie mobili di una nuova tipologia di fascismo che insegue il vecchio obiettivo di usare lo Stato per proteggere e promuovere gli interessi dell'élite finanziaria. Meglio forse convenire che, senza una coscienza critica di ciò che ci sta accadendo, ci sveglieremo presto in una sorta di deserto neo-feudale, o di Ottocento digitalizzato. Attualizzando Gramsci, diremmo che ci attende un lungo ‘interregno’ in cui ‘si verificano i fenomeni morbosi più svariati’²⁹. In fondo, rispetto a una possibile eterogenesi dei fini da crisi emergenziale e collasso economico, il problema rimane la nostra reale positività al virus capitalistico, per il quale non abbiamo ancora inventato il vaccino (l'unico di cui abbiamo urgentemente bisogno). E i negazionisti – ignobile definizione che smaschera una volta per tutte l'ipocrisia liberale – sono, al limite, coloro che di fronte a questa ingombrante e propriamente catastrofica realtà, fanno

finta di niente, costringendoci a consumare pane e veleno (“solo veleno!” diceva Totò), ovvero panico da virus [30](#).

Note:

1. Il famoso ‘frammento’, scritto nel 1921, inizia così: ‘Nel capitalismo va scorta una religione, vale a dire, il capitalismo serve essenzialmente all’appagamento delle stesse ansie, pene e inquietudini alle quali un tempo davano risposta le cosiddette religioni.’ (Walter Benjamin, *Capitalismo come religione*, Genova, Il nuovo melangolo, 2013, p. 41).
2. Mi riferisco al famoso monito di Blaise Pascal, per cui ‘l’abitudine [...] fa inclinare l’automa, che trascina l’intelletto senza che questo ne sia consapevole’, per cui è sufficiente che ‘ci si metta in ginocchio, si preghi con le labbra, ecc.’ e la fede viene da sé (Pensieri, Pordenone, Edizione Studio Tesi, 1986, pp. 93-94).
3. <https://www.weforum.org/agenda/2020/08/building-blocks-of-the-great-reset/>
4. Questa è la posizione di Slavoj Žižek nel suo recente *Virus. Catastrofe e solidarietà* (Milano, Ponte alle grazie, 2020).
5. Karl Marx, *Il Capitale. Critica dell’economia politica*, vol. I (Torino, Einaudi, 1975), p. 43.
6. Ralf Dahrendorf, *Pensare e fare politica* (Roma-Bari, Laterza, 1985), p. 79.
7. Pasolini, *Empirismo eretico* (Milano, Garzanti, 2003), p. 241.
8. Si veda tra gli altri Philippe Ariès, *Storia della morte in Occidente dal Medioevo ai giorni nostri* (Milano, Rizzoli, 1978); Jean Baudrillard, *Lo scambio simbolico e la morte* (Milano, Feltrinelli, 1979); Norbert Elias, *La solitudine del morente* (Bologna, Il Mulino, 2011); Davide Sisto, *La morte si fa social. Immortalità, memoria e lutto nell’epoca della cultura digitale* (Torino, Bollati Boringhieri, 2018); Robert Redeker, *L’eclissi della morte* (Brescia, Querniana, 2019).
9. <https://www.oxfam.org/en/press-releases/pandemic-profits-companies-soar-billions-more-poorest-pay-price>
10. <https://swprs.org/studies-on-covid-19-lethality/#overall-mortality>;
11. Il 5 ottobre 2020 il dottor Ryan ha dichiarato che almeno il 10% della popolazione globale ha ormai contratto il COVID-19 (circa 780 milioni di persone). Secondo queste ‘stime accurate’ il rapporto tra infezione e mortalità è allo 0.14%. Si veda <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-who-idUSKBN26Q1SI> e <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/planning-scenarios.html>
12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7121221/>
13. <https://docs4opendebate.be/fr/open-brief/> (varie traduzioni in italiano circolano sul web).
14. Vladimiro Giacchè, *La fabbrica del falso* (Reggio Emilia, Imprimatur, 2016).
15. Michel Foucault, *Le parole e le cose. Un’archeologia delle scienze umane* (Milano, BUR Rizzoli, 2016).
16. Baudrillard, *Lo scambio simbolico e la morte*, cit., p. 139.
17. https://www.adnkronos.com/salute/sanita/2019/05/15/impennata-morti-infezioni-ospedale-allarme_MLv0wKUGU9UQXHpQxxMYPJ.html
18. Joseph A. Schumpeter, *Capitalismo socialismo e democrazia* (Milano, Edizioni di Comunità, 1955).
19. Naomi Klein, *The Shock Doctrine. The Rise of Disaster Capitalism* (London, Allen Lane, 2008).
20. <https://www.webmd.com/cold-and-flu/news/20100907/h1n1-swine-flu-no-worse-than-seasonal-flu>
21. Alan Cassels, *Seeking Sickness. Medical Screening and the Misguided Hunt for Disease* (Vancouver Toronto Berkeley, Greystone Books, 2012).
22. Ivan Illich, *Nemesi medica. L’espropriazione della salute* (Milano, Red Edizioni, 2013).
23. <https://www.youtube.com/watch?v=TGvkG86Yw7U&feature=youtu.be>; si veda anche <https://www.creative-diagnostics.com/sars-cov-2-coronavirus-multiplex-rt-qpcr-kit-277854-457.htm>
24. Pier Paolo Pasolini, *Scritti corsari* (Milano, Garzanti, 1990), pp. 45-46.
25. Karl Marx, *Storia delle teorie economiche*, vol. 2 (Torino, Einaudi, 1955), p. 192.
26. David Graeber, *Bullshit Jobs. The Rise of Pointless Work and What We Can Do About It* (London, Penguin Books, 2018).
27. ‘Il capitale è esso stesso la contraddizione in processo, per il fatto che tende a ridurre il tempo di lavoro a un minimo, mentre, d’altro lato, pone il tempo di lavoro come unica misura e fonte della ricchezza’ (Karl Marx, *Lineamenti fondamentali della critica dell’economia politica*, Firenze, *La Nuova Italia*, 1968-70, vol. 2, p. 402).
28. Pasolini, *Scritti corsari*, cit., p. 50.
29. Antonio Gramsci, *Quaderni del carcere* (Torino, Einaudi, 1975), p. 311.

30. Con il termine “negazionista” si sottolinea la continuità tra chi dissente sulla narrazione ufficiale del COVID e chi nega la Shoah. Si fa dunque, letteralmente, di tutta l’erba un fascio. L’ipocrisia del progressismo liberal viene così smascherata: com’è possibile che, chi ha fatto della lotta per i diritti civili e umani, e del politically correct, la sua missione, si abbandoni a simili insulti?

Cina, l’epidemia è sotto controllo

di Ugo Bardi 26/10/20

In Cina, non risultano decessi da Covid-19 da circa metà marzo. Il totale delle vittime è circa 4.600 su quasi un miliardo e mezzo di persone. La provincia di Hubei ha avuto circa venti volte meno decessi della Lombardia. Come è possibile? Hanno mentito sui dati? Di certo sono confrontabili con i dati di altri paesi asiatici vicini: anche in quelli la mortalità è stata minima o inesistente...

Vi ricordate di quando a gennaio i Cinesi (o quelli che sembravano cinesi) venivano insultati per la strada da gente che credeva che fossero degli appestati? Le cose sono cambiate un bel po’ e oggi sono i cinesi a credere che siamo noi italiani gli appestati. In Cina, non risultano decessi da Covid-19 da circa metà marzo. In quanto a casi positivi, dopo quella data ci sono stati solo occasionali “focolai” di poche decine di casi, quasi tutti di importazione (2). L’economia cinese è ripartita e adesso funziona a pieno regime. Da quello che si legge sui media internazionali e da quello che mi dicono i colleghi che vivono e lavorano in Cina, al momento il paese è completamente aperto. Tutte le attività commerciali e industriali sono in funzione. I negozi e i ristoranti sono aperti e non ci sono restrizioni ai viaggi. Portare mascherine è opzionale. Dalle foto che arrivano dalla Cina, vedi per esempio quella che vi passo qui, (del “China National Day” del 1 Ottobre), si vede che la gente non fa molto caso agli “assembramenti” di persone senza mascherine. Va detto anche che non è che in Cina abbiano “abbassato la guardia.” Sicuramente stanno ancora attenti a molte cose e il governo interviene energicamente appena viene fuori qualche piccolo focolaio. Per esempio, le autorità della città di Qingdao hanno trovato recentemente un focolaio che sembra essere stato originato da una partita di merluzzo congelato di importazione. Di conseguenza, si sono impegnati a testare per il Covid tutti i 9 milioni di abitanti della città! (3). Ma, nel complesso, è chiaro che in Cina e altrove in Asia l’epidemia è sotto controllo senza bisogno di lockdown. Non solo l’epidemia sembra sparita in Cina, ma ha anche fatto pochissimi danni. Il totale delle vittime è circa 4.600 su quasi un miliardo e mezzo di persone. Ovvero 3 decessi per milione contro i quasi 600 dell’Italia, un valore che ritroviamo in altri paesi europei. Anche se consideriamo soltanto le regioni geografiche dove il virus ha colpito più duramente, troviamo che la provincia di Hubei ha avuto circa 20 volte meno decessi della Lombardia. (4) Come è possibile una cosa del genere? Si legge spesso sui social e sui media che la Cina ci avrebbe imbrogliato e che starebbe continuando ad imbrogliarci. Si legge a volte che, dato che la Cina è una dittatura, se ne dovrebbe dedurre che tutto quello che ci dice il governo cinese non può essere che falso — incluso il fatto che l’epidemia non c’è più. È possibile una cosa del genere? Va detto che spesso i governi non si fanno troppi scrupoli a imbrogliare la gente. Abbiamo visto in altri articoli come almeno un paese europeo, la Bielorussia, potrebbe aver parzialmente falsificato i dati sull’epidemia (5). Per quanto riguarda la Cina, ci sono casi precedenti di dati falsificati. Per esempio, un’analisi dei dati sulla pesca che arrivavano dalla Cina negli anni 1990 ha indicato evidenti falsificazioni per nascondere l’esaurimento degli stock (6),(7)). Ma un’epidemia è una faccenda ben più grave e più estesa di un imbroglio in uno specifico settore commerciale. Sarebbe molto difficile anche per il governo cinese nascondere se ce ne fosse una in corso. Certo, tutto è possibile, ma se vogliamo credere che i cinesi ci raccontino balle sull’epidemia dobbiamo in qualche modo portare qualche evidenza in proposito. Rimanendo sull’esempio dei dati sulla pesca, una delle ragioni che ha portato a sospettare della validità dei dati cinesi erano le anomalie che si notavano confrontando con i dati di altre regioni simili. Possiamo trovare qualche anomalia del genere per la pandemia? Sembra proprio di no: i dati cinesi sulla diffusione del Covid-19 sono confrontabili con i dati di altri paesi asiatici vicini che, in generale, hanno avuto mortalità minima o inesistente. Per esempio, Taiwan ha fatto anche meglio della Cina continentale con un totale di 7 decessi su 23 milioni di abitanti (meno di un decesso per milione). Altri paesi hanno fatto un po’ peggio, ma sono comunque rimasti su livelli molto bassi di mortalità.

Singapore riferisce 5 decessi per milione, Hong-Kong 13. Anche il vicino Giappone ha subito solo 13 decessi per milione. Poi, sia la Mongolia che Macao riferiscono addirittura zero decessi. Certo, uno potrebbe dire che la Mongolia non conta perché è un paese di cammellieri che vivono in tende in mezzo al deserto, ma ovviamente non è così. La capitale, Ulan Bator, è una metropoli con oltre un milione di abitanti. Macao, poi, è una città di 700.000 abitanti ad altissima densità di popolazione, forse la più alta al mondo. E l'epidemia è passata sia da Ulan Bator come da Macao senza lasciare nemmeno una vittima! È quanto meno poco credibile che tutti questi governi si siano messi d'accordo per nascondere al resto del mondo un'epidemia in corso.

Ma perché in Asia le cose vanno tanto meglio che da noi? Forse i cinesi hanno usato misure di contenimento particolarmente efficaci? Per certi versi, il lockdown cinese di quest'anno può essere stato più drastico di quello occidentale, ma non è durato più a lungo che da noi. Non è nemmeno possibile dire che sia stato più tempestivo se, come dicono gli stessi cinesi, il virus già circolava a dicembre. Il lockdown è stato istituito a Wuhan soltanto il 23 Gennaio e alcuni giorni dopo per tutta la provincia di Hubei.

A proposito del "distanziamento sociale," sappiamo tutti che in Asia si tende a evitare il contatto fisico fra le persone. Ma è anche vero che se vi è mai capitato di prendere la metro in una città orientale (per esempio a Tokyo (8)) vi sarete fatti un'idea molto specifica del significato dell'espressione "strizzati come le sardine". Se non avete avuto questa esperienza, vi passo il link a un video impressionante della metropolitana di Beijing (9). Le metropoli orientali sono estremamente affollate e in certe condizioni è semplicemente impossibile evitare il contatto fisico. Può darsi allora che il trucco sia stato nel "contact tracing"? In effetti, da quello che si legge si potrebbe pensare che i paesi asiatici siano stati più aggressivi di noi nel tracciamento e l'isolamento delle persone che sono state in contatto con persone colpite dal virus (10). Questa è una spiegazione interessante, ma non è che in Europa il tracciamento non sia stato fatto. Forse non lo abbiamo fatto abbastanza bene? È possibile, ma non abbiamo confronti quantitativi che ci possano dire se questa è la spiegazione di tutta la faccenda. C'è anche un'altra possibile interpretazione che non ha a che vedere con quello che i governi hanno fatto o non fatto. Può darsi che i cinesi siano stati esposti al virus per più tempo di noi occidentali e quindi si siano avvicinati prima all'"immunità di gregge" Probabilmente avete sentito parlare di Li Wenliang, il medico cinese che aveva notato per primo dei casi di polmonite anomala a dicembre e che poi è morto lui stesso per aver contratto l'infezione. Inizialmente, non fu creduto, ma oggi è considerato un eroe in Cina. Li aveva cominciato a lanciare l'allarme verso la fine di dicembre del 2019, ma nulla ci vieta di pensare che il virus esistesse già da tempo in Cina, forse anche in forme leggermente diverse da quella che poi ha colpito l'Europa. Soltanto, le persone colpite venivano diagnosticate come normali casi di polmonite. È possibile che la popolazione cinese fosse stata esposta al virus già molto prima della dichiarazione dell'emergenza? C'è un dato che ci potrebbe dare una forte indicazione in proposito: la mortalità in eccesso. Se l'epidemia esisteva già a Novembre-Dicembre del 2019, o anche prima, dovremmo vedere una mortalità anomala rispetto alla media per quel periodo. Ottima idea, ma con un problema: i dati sulla mortalità aggiuntiva in Cina non si trovano in nessun posto sul Web. Attenzione: questo non vuol dire che il governo cinese ci nasconda qualcosa. Quasi nessun governo al mondo diffonde questi dati in una forma facilmente accessibile per chi non conosce la lingua locale. L'Europa è un'eccezione con un database sull'eccesso di mortalità chiamato "Euromomo" gestito da un network che fa capo all'Oms, ma non c'è niente del genere per l'Asia Orientale. Quindi, per il momento l'idea di un inizio anticipato dell'epidemia rimane un'ipotesi. Ci sono altri fattori che potremmo metterci a esaminare ma questo virus ci ha abituato al fatto che le previsioni e le interpretazioni si rivelino sempre sbagliate. Anche in un recente articolo su Nature (11), gli autori hanno detto francamente che "non siamo ancora in grado di fornire una spiegazione generalizzata per le differenze di mortalità quantitative osservate fra i vari paesi". Così, dobbiamo contentarci di dire che l'epidemia ha fatto danni molto meno gravi in Asia che da noi per qualche ragione che, al momento, non possiamo identificare con certezza. Ma rimaniamo su quello che sappiamo, ovvero che al momento le cose in Cina vanno decisamente bene e dal caso cinese possiamo perlomeno capire che non siamo di fronte a un nemico invincibile. È possibile batterlo senza dover necessariamente distruggere l'economia con dei lockdown prolungati e generalizzati. In Cina, infatti, il lockdown "duro" ha interessato

soltanto una provincia di 60 milioni di abitanti, grande come l'Italia, ma niente in confronto al miliardo e 400 milioni di abitanti di tutta la Cina. Certamente, da noi siamo in un momento molto difficile, ma non è impossibile superarlo e non c'è ragione di pensare che dovremo continuare a vivere nel terrore nei secoli a venire. *L'autore ringrazia Chandran Nair per i suoi commenti sulla situazione in Cina.*

Note

1. <https://ugobardihomepage.blogspot.com/.../ugo-bardis-personal...>
2. <http://www.nhc.gov.cn/.../2fbce5a9836d4b09a89a0d85a2e05ac2.sh...>
3. <https://www.globaltimes.cn/content/1203836.shtml>
4. https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=176464484012617&id=111172767208456
5. <https://ugobardi.blogspot.com/.../pandemia-e-possibile-che-qu...>
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11734851/>
7. <http://www.fao.org/3/Y3354M/Y3354M00.htm>
8. <https://www.youtube.com/watch?v=E7kor5nHtZQ>
9. <https://www.youtube.com/watch?v=9uY7N3dZ9k>
10. <https://www.bloomberg.com/.../these-elite-contact-tracers-sho...>
11. <https://www.nature.com/articles/s41591-020-1112-0>

Le chiusure italiane vs il pragmatismo svedese Redazione Il Cambiamento 26-10-2020

Ulteriori e assai impattanti misure restrittive sono state introdotte dal presidente del Consiglio con il Dpcm pubblicato ieri: chiusura di innumerevoli attività, forti limitazioni al movimento e ai servizi in diversi ambiti. In Italia si è scelta questa strada, mentre in Svezia, come si sa, tutt'altra. Vediamo cosa dicono opinionisti e studi sulla diversa gestione dell'allarme Covid.

Ulteriori e assai impattanti misure restrittive sono state introdotte dal presidente del Consiglio con il Dpcm pubblicato ieri: chiusura di innumerevoli attività, forti limitazioni al movimento e a servizi in diversi ambiti. In Italia si è scelta questa strada, lastricata di inefficienze che ora emergono con chiarezza, come la mancata riorganizzazione e il mancato potenziamento della rete di assistenza sanitaria territoriale di base, del personale sanitario e del trasporto pubblico. In un altro paese, che ha avuto onori e disonori della cronaca, si è fatta una scelta completamente diversa. Stiamo parlando della Svezia. Come scrive l'[Economist](#), nel paese scandinavo si è usato un "tocco leggero" senza chiusure o restrizioni forti; sono stati vietati gli assembramenti e sono stati forniti alla popolazione suggerimenti su come comportarsi a livello igienico-sanitario e sociale. I morti iniziali, di cui la stragrande maggioranza tra i molto anziani, sono stati proporzionalmente di più rispetto a Finlandia e Norvegia, che invece hanno attuato i lockdown. Ma in Svezia, a differenza che in molti altri paesi europei, non si assiste a una seconda ondata significativa e questo, secondo l'[Economist](#), è dovuto a un'ampia capacità di effettuare i test e a un efficace contact tracing, accompagnati da messaggi chiari alla popolazione che hanno lasciato autonomia alle persone in modo da gestire in maniera sostenibile l'emergenza.

La lezione che si può trarre dalla politica svedese, sottolinea l'[Economist](#) è quella che ci mostra come il governo del paese scandinavo abbia soppesato i pro e i contro e abbia anche cercato compromessi in ogni restrizione. Per esempio, quando una persona risulta positiva, i familiari vengono messi in quarantena ad eccezione dei bambini in età scolare, poiché il governo ha considerato che i benefici di garantire loro la continuità educativa prevalgono rispetto ai rischi del mancato isolamento. Inoltre, la quarantena dura dai 5 ai 7 giorni e non 14 come ad esempio in Italia, poiché il rischio di diffondere il virus nella seconda settimana è assai basso mentre è elevato l'impatto che un isolamento prolungato può avere sulla salute mentale delle persone. E ancora, le scelte svedesi, spiega sempre l'[Economist](#), si fondano sull'idea che il Covid 19 resterà a lungo tra la gente, quindi occorre trovare il modo di convivere senza richieste spropositate ed eccessive nei confronti della popolazione. Riguardo alle mascherine, la scelta di non farle indossare obbligatoriamente più che una "prova di libertà" è una scelta che deriva dal fatto che gli esperti del governo sostengono che le evidenze secondo cui la mascherina protegge siano deboli e che le altre misure siano efficaci. Se poi i numeri dovessero

cambiare, il governo si è detto disposto a cambiare politica, ma dopo tutto la finora le scelte sono risultate basate sulle prove e sul pragmatismo e non su ciechi principi. In uno [studio](#) condotto da ricercatori del Karolinska Institute e di diverse università svedesi si leggono inoltre affermazioni interessanti, secondo cui la strategia è caratterizzata da una sorta di alleanza tra governo e società, non invece una criminalizzazione o una contrapposizione. Gli svedesi si fidano del governo e il governo mostra fiducia negli svedesi e l’OMS ha proposto proprio come questo modello come quello da seguire in futuro. «Il sistema sanitario del paese non è mai stato sopraffatto – si legge nello studio - e quindi si può concludere che la curva è stata appiattita con successo». Viene comunque sottolineata la mortalità relativamente alta tra gli anziani rispetto ad altri paesi scandinavi, cosa che è stata molto discussa, ma gli autori sostengono anche che non c’è ancora una risposta certa sul fatto che il successo di una strategia dipenda dal livello delle restrizioni e che già comunque la correlazione non è così diretta. Ci sono molti fattori confondenti e concorrenti, come la densità della popolazione, l’organizzazione delle cure sanitarie e le regole sociali, la proporzione di persone vulnerabili, gli stili di vita, l’ambiente. Gli autori dello studio invitano anche a considerare il danno inflitto al sistema sanitario ed educativo nei paesi che applicano il lockdown, oltre ai rischi per la salute mentale, la criminalità e la violazione dei diritti umani.

Studio ISS. Solo il 3,5% (166 pazienti su 4738) sono morti esclusivamente di Covid in

Italia Redazione L’Antidiplomatico 26/10/20

Quanti sono in Italia i morti di Covid-19 che non avevano nessun’altra patologia concomitante? Uno studio condotto [dall’Istituto Superiore di Sanità](#), su un campione di 36.806 pazienti deceduti e positivi all’infezione da SARS-CoV-2 in Italia, ha determinato che sono 168 pazienti su 4738. Come scrive l’ISS nello studio “complessivamente, 168 pazienti (3,5% del campione) presentavano 0 patologie, 631 (13,3%) presentavano 1 patologia, 928 (19,6%) presentavano 2 patologie e 3011 (63,6%) presentavano 3 o più patologie. Prima del ricovero in ospedale, il 22% dei pazienti deceduti SARS-CoV-2 positivi seguiva una terapia con ACE-inibitori e il 14% una terapia con Sartani (bloccanti del recettore per l’angiotensina). Nelle donne (n=1780) il numero medio di patologie osservate è di 3,6 (mediana 3, Deviazione Standard 2,0); negli uomini (n=2958) il numero medio di patologie osservate è di 3,4 (mediana 3, Deviazione Standard 2,0)”. Qual è invece l’età media dei pazienti deceduti e positivi al Covid? “L’età media dei pazienti deceduti e positivi a SARS-CoV-2 è 80 anni (mediana 82, range 0-109, Range InterQuartile - IQR 74-88). Le donne sono 15.719 (42,7%). L’età mediana dei pazienti deceduti positivi a SARS-CoV-2 è più alta di 30 anni rispetto a quella dei pazienti che hanno contratto l’infezione (età mediana: pazienti deceduti 82 anni – pazienti con infezione 52 anni). Le donne decedute dopo aver contratto infezione da SARS-CoV-2 hanno un’età più alta rispetto agli uomini (età mediana: donne 85 – uomini 79)”. Per quanto riguarda le diagnosi di ricovero, nel 91% circa dei casi queste erano compatibili con il Covid-19. “Nel 91,1% delle diagnosi di ricovero erano menzionate condizioni (per esempio polmonite, insufficienza respiratoria) o sintomi (per esempio, febbre, dispnea, tosse) compatibili con COVID-19. In 387 casi (8,9% casi) la diagnosi di ricovero non era da correlarsi all’infezione”. L’ISS specifica inoltre che in “57 casi la diagnosi di ricovero riguardava esclusivamente patologie neoplastiche, in 131 casi patologie cardiovascolari (per esempio infarto miocardico acuto-IMA, scompenso cardiaco, ictus), in 52 casi patologie gastrointestinali (per esempio colecistite, perforazione intestinale, occlusione intestinale, cirrosi), in 147 casi altre patologie”. Quali sono invece le terapie maggiormente utilizzate in ospedale sui pazienti ricoverati? “La terapia antibiotica è stata comunemente utilizzata nel corso del ricovero (86,5% dei casi), meno usata quella antivirale (57,6%), più raramente la terapia steroidea (45,2%). Il comune utilizzo di terapia antibiotica può essere spiegato dalla presenza di sovrainfezioni o è compatibile con inizio terapia empirica in pazienti con polmonite, in attesa di conferma laboratoristica di COVID-19. In 1138 casi (26,5%) sono state utilizzate tutte e tre le terapie. Al 4,6% dei pazienti deceduti positivi all’infezione da SARS-CoV-2 è stato somministrato Tocilizumab”. Infine lo studio condotto dall’Istituto Superiore di Sanità sulle caratteristiche dei pazienti

deceduti positivi al Covid mostra che sono “aumentati i tempi di sopravvivenza dall’insorgenza dell’infezione”. Secondo i dati analizzati “triplica il tempo che trascorre dall’insorgenza dei sintomi al decesso, diminuisce il tempo che trascorre dall’insorgenza dei sintomi all’esecuzione del tampone per la rilevazione dell’infezione da SARS-CoV-2; aumenta di oltre 4 volte la durata mediana in giorni dal ricovero in ospedale al decesso”.

Qual è il tasso di letalità di Covid-19? Una prima risposta Redazione AsSIS | 27 Ott 2020

Avevamo già chiesto in un precedente [articolo](#) quale fosse il tasso di letalità della Covid-19, ed una risposta è stata fornita da John Ioannidis, professore di epidemiologia e salute della popolazione all’università di Stanford, uno dei massimi esperti mondiali di analisi dei dati in medicina. Lo scienziato ha pubblicato, sul bollettino dell’OMS, un articolo dal titolo “[Tasso di letalità per infezione di COVID-19 dedotto da dati di sieroprevalenza](#)“, indicando che il valore sarebbe molto inferiore rispetto alle stime finora conosciute. **In particolare, negli under 70 si va da 0 a 0,31%, con una mediana di 0,05.** Questi risultati (sottoposti a peer review) scaturiscono da una analisi di 61 studi e 8 stime nazionali preliminari dell’Infection fatality rate (IFR) di Covid-19. Secondo questa ricerca nella fascia di età inferiore ai 70 anni la Covid-19 può effettivamente uccidere una persona su 2000 sane. Questa stima è 5 volte inferiore rispetto a quella precedentemente riferita anche dallo stesso Ioannidis, che si attestavano intorno allo 0,25%. Ovviamente, sono subito piovute sul capo del professore numerose critiche, per cui anche all’eminente studioso è stata appiccicata l’etichetta di essere un negazionista. La democrazia della scienza!

Basta col farci credere che tutti i morti positivi al coronavirus sono morti di coronavirus.

Serve la verità. E subito. di Roberto Volpi Redazione AsSIS | 28 Ott 2020

“Covid-19 è la causa direttamente responsabile della morte nell’89% dei decessi di persone positive al test Sars-CoV-2”. “COVID-19 è una malattia che può rivelarsi fatale anche in assenza di concause. Non ci sono infatti concause di morte preesistenti a COVID-19 nel 28,2% dei decessi analizzati”.

Sono queste le due principali conclusioni cui giunse il rapporto del 16 luglio “[Impatto dell’epidemia COVID-19 sulla mortalità: cause di morte nei deceduti positivi a SARS-COV2](#)”, realizzato dall’ISTAT e dall’Istituto Superiore di Sanità che esaminava la prima fase dell’epidemia, ovvero i decessi di persone positive al coronavirus ai tempi del lockdown. Dunque, a scanso di equivoci, il rapporto congiunto ISS-ISTAT constata che **col lockdown non c’è stato scampo: 9 su 10 morti positivi al coronavirus sono morti proprio e specificamente a causa del coronavirus.** La cosa appare di una palmare consequenzialità: chiudendo nelle proprie abitazioni per otto lunghe settimane soggetti positivi al coronavirus assieme, tra gli altri, ad anziani fragili, si è ottenuto il risultato di quasi 29 mila morti, pressoché tutti di coronavirus. E oggi? Come stanno le cose oggi? Che si aspetta a verificare se da quando siamo entrati nella seconda ondata dell’epidemia succede com’è successo nei mesi del lockdown? Si aspetta perché non sono ancora abbastanza i deceduti positivi al coronavirus per i quali sono state compilate con tutte le informazioni necessarie le relative schede di morte? Probabile. Ma allora, visto il clima tra isteria e depressione che monta nel paese, anche a causa di continui DPCM con controverse misure e labirintici divieti, sarebbe il caso di sveltire le operazioni e di rispondere alla domanda delle domande: **quanti di coloro che muoiono oggi essendo positivi al coronavirus muoiono specificamente per questa causa?** Siamo curiosi, curiosissimi di conoscere la risposta essendo, al momento, in possesso di queste informazioni essenziali ricavate dal “[Report del 22 ottobre dell’Istituto Superiore di Sanità sulle caratteristiche dei deceduti positivi al coronavirus](#)”:

- l’età media dei deceduti positivi al coronavirus è salita dai meno di 78 anni della prima ondata dell’epidemia agli 82 anni della seconda, con un aumento di oltre 4 anni;

- tra i deceduti positivi al coronavirus, diversamente dalla prima ondata, non ce ne sono più senza patologie preesistenti;
- tra i deceduti positivi al coronavirus la percentuale di quanti hanno tre e più patologie preesistenti è passata dal 60 per cento della prima ondata al 78 per cento di questa seconda ondata.

Patologie	Donne		Uomini		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Cardiopatía ischemica	406	22,8	910	30,8	1316	27,8
Fibrillazione atriale	454	25,5	672	22,7	1126	23,8
Scompenso cardiaco	333	18,2	429	14,3	762	16,1
Ictus	211	11,9	313	10,6	524	11,1
Ipertensione arteriosa	1202	67,5	1906	64,4	3108	65,6
Diabete mellito-Tipo 2	477	26,8	909	30,7	1386	29,3
Demenza	534	30,0	461	15,6	995	21,0
BPCO	235	13,2	566	19,1	801	16,9
Cancro attivo negli ultimi 5 anni	290	16,3	523	17,7	813	17,2
Epatopatia cronica	74	4,2	146	4,9	220	4,6
Insufficienza renale cronica	338	19,0	645	21,8	983	20,7
Dialisi	29	1,6	72	2,4	101	2,1
Insufficienza respiratoria	122	6,9	179	6,1	301	6,4
HIV	0	0,0	10	0,3	10	0,2
Malattie autoimmuni	109	6,1	91	3,1	200	4,2
Obesità	186	10,4	305	10,3	491	10,4
Numero di patologie	N.	%	N.	%	N.	%
0 patologie	40	2,2	128	4,3	168	3,5
1 patologia	207	11,6	424	14,3	631	13,3
2 patologie	333	18,7	595	20,1	928	19,6
3 o più patologie	1200	67,4	1811	61,2	3011	63,6

La tabella presenta le più comuni patologie croniche preesistenti (diagnosticate prima di contrarre l'infezione da SARS-CoV-2) nei pazienti deceduti.

Questi elementi fanno dire all'Istituto Superiore di Sanità che nel periodo giugno-ottobre "i decessi riguardano persone più anziane e con una condizione di salute preesistente peggiore rispetto ai decessi relativi al trimestre marzo-maggio".

Ora, scrivere così è come dire che i deceduti per la specifica causa del coronavirus tra i deceduti positivi al coronavirus di questa seconda ondata sono proporzionalmente di meno, forse molti di meno, che nella prima ondata. Del resto, sarebbe davvero incomprensibile se così non fosse. Quasi 8 su 10 deceduti positivi al coronavirus hanno oggi 3 e più importanti patologie preesistenti (e si dica pure, in media, addirittura 4 patologie preesistenti) e la causa specifica della morte dovrebbe essere quasi sempre, come nel lockdown, il coronavirus? Del tutto irrealistico. I dubbi si moltiplicano a pensare che i deceduti positivi al coronavirus con meno di 50 anni nei mesi di giugno-ottobre sono appena uno su 100 deceduti positivi. Insomma, **questa seconda ondata non fa soltanto meno morti** (si ricordi che nel lockdown si superò largamente la media di 500 morti giornalieri) **ma molti di questi morti, ci si può scommettere, non sono morti di coronavirus.**

Che vengano dunque fornite al più presto almeno le stime di quanti sono i morti effettivi di coronavirus.

Basta col considerare tutti i morti positivi al coronavirus morti di coronavirus. Non è così. Continuare a farlo credere è tradire la fiducia degli italiani, è ingannarli.

Coronavirus, lo studio della Cattolica ribalta i dati ufficiali su contagi e mortalità in Italia

Milioni di italiani potrebbero già aver contratto il Covid. Non è la prima volta che lo sentiamo dire. Ecco cosa dimostrerebbe il nuovo studio dell'Università Cattolica 28 Ottobre 2020

Il [Covid corre in maniera preoccupante nel nostro Paese](#). Mentre arriva l'[autorizzazione dell'Agenzia italiana del farmaco per l'avvio dello studio clinico del raloxifene](#), che verrà utilizzato per la terapia dei pazienti affetti da Covid-19 che presentano sintomi scarsi, si scopre che milioni di italiani potrebbero già aver contratto il Covid. Anche se non è la prima volta che lo sentiamo dire, stavolta le conseguenze potrebbero essere davvero determinanti.

Gli studi di marzo e maggio

A maggio, tre indagini Doxa condotte sul territorio nazionale sui sintomi correlati a Covid-19 e coordinate dall'Università Statale di Milano avevano evidenziato che il 25% della popolazione italiana, ossia 15 milioni di persone, aveva riportato sintomi di tipo Covid-19 fra il 7 marzo e il 4 maggio e di questi 8 milioni di persone potrebbero aver avuto la malattia, perché sintomi analoghi potrebbero essere dovuti ad altre forme influenzali. Prima ancora invece, a marzo, uno studio realizzato da un team dell'Imperial College di Londra guidato da Neil Ferguson e Samir Bhatt, diffuso dall'Oms Collaborating Centre for Infectious Disease Modelling, aveva rilevato che le persone entrate in contatto con il virus sarebbero già state circa 6 milioni in tutto il mondo, e che si sarebbero potute evitare 120mila vittime in 11 Stati, tra cui Italia, Regno Unito, Francia, Germania e Spagna. La percentuale di persone già infettate allora dal virus sarebbe stata tra il 2 e il 12% della popolazione: 2,7% nel Regno Unito, solo 0,41% in Germania, 3% in Francia e addirittura 9,8% in Italia, primo Paese ad essere colpito duramente in Europa.

Cosa dice lo studio dell'Università Cattolica

Ora, un nuovo lavoro svolto presso il campus di Roma dell'Università Cattolica ha stimato che oltre 5 milioni di italiani, ovvero il 10% della popolazione, sono entrati in contatto con il SARS-CoV-2. Sarebbero, molti di più, quindi, rispetto alle stime ufficiali. Lo studio, pubblicato sulla rivista *Science of the Total Environment* e condotto dal professor Giuseppe Arbia, docente di Statistica Economia alla Facoltà di Economia dell'Ateneo, in collaborazione con la professoressa Francesca Bassi dell'Università di Padova e del dottor Piero Demetrio Falorsi dell'ISTAT, dimostra anche che cambia l'età mediana dei contagiati, salita a 46 anni, contro la stima di 41 anni che emerge dal dato del Ministero della Salute calcolato sulla analisi dei tamponi effettuati.

Il problema dei tamponi

I tamponi ([qui](#) la mini-guida di QuiFinanza) oggi vengono fatti testando solo i sintomatici o chi è entrato in contatto con un positivo e non facendo tamponi di screening sulla popolazione. Per questo, le persone infette e con sintomi risulterebbero sovrarappresentate, mentre gli asintomatici e i paucosintomatici, al contrario, sottorappresentate. Per questo, spiega Arbia, fino ad oggi non era possibile avere una stima precisa del numero di persone entrate finora in contatto con il Covid e quindi una stima della letalità del virus, che si calcola generalmente facendo il rapporto tra il numero di decessi e il numero di persone contagiate.

Un nuovo modello statistico

In questo il team di Arbia ha tentato di ovviare a questa distorsione proponendo un **modello statistico** attraverso il quale i dati ufficiali vengono "pesati" sulla base della struttura per sesso ed età della popolazione italiana. Ad esempio, dato che le persone più giovani rientrano raramente nei dati ufficiali in quanto più spesso asintomatici, in questo modello vengono pesati maggiormente, come se ogni giovane positivo che viene testato valesse di più di un individuo positivo di età maggiore.

Quanti sono davvero i contagi e quante le morti

L'esito è una stima delle persone entrate in contatto col virus di molto superiore ai dati ufficiali e pari a circa 5.263.000, ovvero un po' meno del 10% della popolazione, contro una stima di 381.602 ottenuta con i dati ufficiali della Protezione Civile, e contro la stima di 1.482.000 emersa dall'indagine sierologica condotta dall'ISTAT. "Il dato che emerge dalla nostra ricerca è peraltro in linea con le stime dell'Imperial College di

Londra – sottolinea Arbia – e con quelle diffuse da Mike Ryan dell'Organizzazione mondiale della sanità, che convergono nell'affermare che i contagiati sarebbero, appunto, il 10% circa della popolazione mondiale”.

Due conseguenze

Mentre diversi medici e virologi [invocano un nuovo lockdown](#), tradotto, questi dati cosa significano? Due cose, dicono gli esperti, una buona e una cattiva. Quella cattiva è che il numero di contagiati è di molto superiore a quello che pensiamo e, quindi, è maggiormente elevato il rischio di ulteriore trasmissione rapida e incontrollata del virus. Quella buona invece è che la letalità del virus potrebbe essere di molto inferiore a quella stimata ufficialmente. Secondo i dati diffusi dalla Protezione civile, infatti, la letalità sarebbe del 9,5%, secondo l'indagine sierologica dell'ISTAT scenderebbe al 2,4% e secondo le stime dell'Università Cattolica si abbasserebbe addirittura allo 0,6%, ovvero 6 persone su mille. La letalità della pandemia spagnola del 1918 fu del 4%, mentre quella dell'influenza stagionale si aggira annualmente intorno allo 0,1%. La letalità del Coronavirus, dunque, sarebbe sei volte superiore a quella di una comune influenza stagionale.

Tracciamento in tilt. Ha senso spendere 12 milioni di euro al giorno per i tamponi?

di Fabrizio Verde 28/10/20 L'Antidiplomatico

La pandemia di Covid-19 causata dal nuovo coronavirus ha mostrato tutti i limiti del sistema sanitario nazionale. Limiti e inadeguatezze dovute a decenni di tagli draconiani effettuati senza soluzione di continuità, in maniera bipartisan da tutti i governi succedutisi, in ossequio ai dogmi dell'austerità neoliberista. Una politica cieca, ottusa, scellerata e criminale visto che i sanitari italiani si trovano costretti a scegliere chi curare tra i malati colpiti dal covid e gli altri. Quando l'Italia è stata investita dalla cosiddetta prima ondata di contagi il sistema sanitario è stato letteralmente sommerso. Gli ospedali sono andati in tilt. Il virus ha mostrato in maniera lampante i danni causati da un altro virus forse ancora più insidioso del nuovo coronavirus: il virus del neoliberismo.

Ci si sarebbe quindi aspettati che il governo italiano fosse corso immediatamente ai ripari provvedendo a rendere tutto il sistema più solido e capace di affrontare nuove situazioni 'emergenziali'. Quindi nuovi posti letto, terapie intensive, rafforzamento della cosiddetta medicina del territorio. Assunzioni di personale. In primis medici e infermieri. Invece non è stato fatto praticamente nulla. Con il risultato che le persone impaurite da un'informazione ansiogena e dai messaggi contrastanti inviati dai vari medici che spadroneggiano sugli schermi televisivi a rete unificate intasano gli ospedali. Anche quando non vi è bisogno di recarsi presso un nosocomio. Perché non è stato fatto quasi nulla? Probabilmente la risposta è sempre la stessa: l'Italia non è uno Stato sovrano. Non può effettuare i massicci investimenti che servirebbero nel settore a causa delle scellerate regole di bilancio decise in sede europea. Inoltre il nostro paese spende una cifra considerevole nei tamponi. Dal mese di febbraio a settembre - secondo una stima di Altems dell'Università Cattolica riportata da [ABOUTPHARMA](#) - l'Italia avrebbe speso ben 300 milioni di euro. In media 59 euro a tampone tendendo conto delle variazioni di prezzo da regione a regione. Il governo ha addirittura deciso di aumentare sensibilmente il numero di tamponi. Nella sola giornata del 28 ottobre gli esami fatti sono stati ben 200mila, per una spesa di 12 milioni di euro, secondo la cifra calcolata dall'Università Cattolica. Soldi praticamente buttati visto che ormai il sistema di tracciamento è completamente saltato.

Le ASL sono sommerse e non riescono a processare tutti gli esami. Le file per sottoporsi ai tamponi risultano infinite anche presso i centri privati. Come dicevamo, i tentativi di risalire all'intera catena di contagio sono falliti, anche perché una persona individuata come negativa oggi può diventare positiva domani. Una ricerca affannosa che infine porta a scovare soprattutto asintomatici. A questo punto non sarebbe stato più saggio utilizzare questi fondi per rafforzare il sistema sanitario, soprattutto la medicina territoriale, in modo da essere pronti ad affrontare un aumento dei contagi senza far andare le strutture ospedaliere in tilt? Come dichiarava il professor [Giulio Tarro all'AntiDiplomatico](#) lo scorso aprile: “L'attuale obiettivo non dovrebbe essere quello di arginare un indiscriminato contagio ma, ad esempio, proteggere gli anziani, ripristinare la rete di terapia

intensiva (compromessa dai tagli al nostro Sistema sanitario) e, soprattutto, strutturare una indagine sieropidemiologica nazionale che ci permetta di tenere sotto controllo la situazione”. Perché non si è andati in questa direzione?

Invece il governo italiano ha deciso di incartarsi andando ad aumentare sempre di più il numero di tamponi effettuati col risultato di scovare sempre più asintomatici e al contempo alzare il livello di preoccupazione e paura nella popolazione. Aumentare solo il numero dei tamponi senza di fatto non avere alcuno strumento che consenta un tracciamento veloce ed efficace dei contatti, come avvenuto in Corea del Sud, non serve quasi a nulla. Ha senso agire in questo modo? Le risorse impiegate non potrebbero essere utilizzate in maniera più efficace? Adesso ci troviamo al punto dove si prospetta un nuovo confinamento dal sapore medievale. Con l'economia italiana già fiaccata da decenni di austerità neoliberista che potrebbe ricevere il definitivo colpo di grazia. A quel punto le manifestazioni di rabbia di questi giorni saranno solo un ricordo. Prepariamoci alle rivolte.

ABC del “Effetto Gregge”

Leopoldo Salmaso*

Ott 30, 2020

Per Covid-19 l'effetto gregge non è ragionevolmente prospettabile. L'attesa “messianica” di codesti vaccini non è basata su fondamenti clinici o epidemiologici.

Quando una sufficiente proporzione di individui ha raggiunto l'immunità contro un agente infettivo (in seguito a infezione naturale o a vaccinazione efficace), la minoranza non immune difficilmente verrà raggiunta da quell'infezione, grazie alla “barriera” offerta dalla maggioranza. Questo fenomeno si chiama “Effetto Gregge”. L'effetto gregge è ben più raro di quanto si afferma nella comunicazione contemporanea, sia scientifica che divulgativa. Le ragioni di ciò sono facilmente comprensibili anche dai profani, e cercherò di spiegarlo con esempi classici.

1. Effetto gregge massimo.

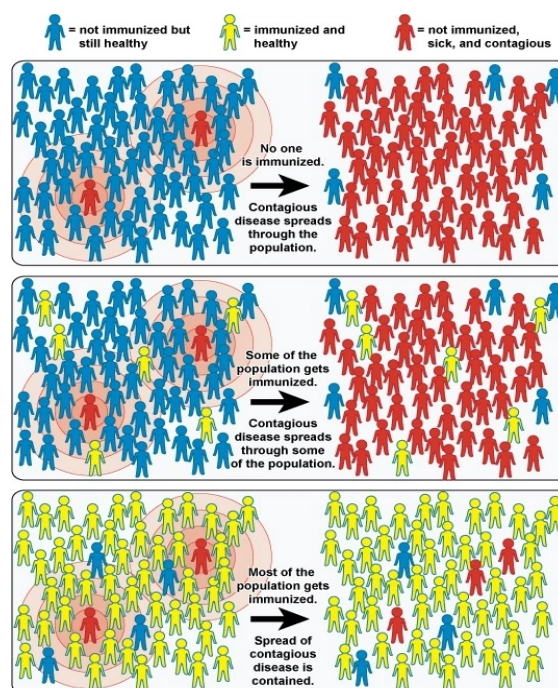
E' il caso del **Morbillo**, perché il virus del Morbillo è uno dei più stabili che si conoscano: a differenti epoche e latitudini, quel virus si è finora presentato sempre identico. Perciò l'immunità, sviluppata in seguito a infezione o (in misura minore) a vaccinazione è molto prolungata, di conseguenza si può davvero sviluppare un effetto gregge. Per altro, data l'altissima contagiosità del morbillo, per raggiungerlo occorrono coperture pari al 95% (e oltre?) della popolazione.

2. Effetto gregge zero.

E' il caso del **Tetano**: se anche 999 persone su 1000 sono vaccinate, non costituiscono alcuna barriera per l'unica persona non vaccinata. Le spore di quel batterio sono ubiquitarie, resistenti alle più estreme variazioni di temperatura e umidità, nonché alla maggior parte dei disinfettanti. In effetti, infezioni con spore del Tetano sono frequenti e – in assenza di un idoneo trattamento delle ferite – in molti casi sarebbero mortali. Il vaccino (più eventuali immunoglobuline) non contrasta l'infezione, ma la micidiale tossina che il bacillo sviluppa dopo che le sue spore hanno germinato all'interno dell'organismo.

Anche nel caso della **difterite** il vaccino non contrasta il batterio, ma la tossina che si sviluppa dai ceppi tossigeni. Il vaccino dunque non impedisce la colonizzazione della gola, né una possibile trasmissione.

Dunque non ci sono i presupposti per un effetto gregge.



3. **Effetto gregge intermedio.**

Vedere la tabella qui sotto, preparata dal collega dottor Alberto Donzelli (uno dei più seri studiosi che abbiamo in Italia su questi argomenti) e da lui proiettata tre anni fa alla Commissione Sanità del Senato. La colonna 4 indica la copertura vaccinale teorica (secondo l'OMS) necessaria per ottenere l'effetto gregge; la colonna 5 dice se tale effetto sia davvero raggiungibile. Questa tabella, con poche integrazioni bibliografiche[i],[ii],[iii],[iv], conferma che la possibilità effettiva di raggiungere un valido effetto gregge si limita al Morbillo (e forse alla Rosolia). Negli altri casi i costi umani (gravi effetti indesiderati), sociali (selezione di ceppi più aggressivi) ed economici non giustificano la crociata mondiale a senso unico, tantomeno l'obbligatorietà per legge o per ricatto. Un equo dibattito e una comunicazione non dogmatica sarebbero certamente molto più cost-effective per il raggiungimento di un vero consenso informato, caso per caso.

E la vaccinazione antinfluenzale?

La vaccinazione antinfluenzale ha un effetto protettivo medio assai scarso (mi sia consentito non partecipare alla bagarre di citazioni e contro-citazioni, di cui fa sostanzialmente piazza pulita un articolo recente e difficilmente contestabile[v]). Del resto, chiunque sa che ogni anno moltissime persone vanno incontro a episodi di ILI (Influenza Like Illness – Malattia Simil Influenzale, causata in più del 70% dei casi da virus diversi da quelli influenzali, ma che danno effetti clinici indistinguibili dall'influenza), e che l'anno successivo si ricomincia daccapo anche se molte di quelle persone ricevono ogni anno il vaccino che dovrebbe contrastare il mix più aggiornato dei microorganismi responsabili. La spiegazione di ciò è la stessa data per il Morbillo, ma si applica al contrario perché i virus influenzali mutano di frequente: è una corsa senza fine in cui il vaccino non può che inseguire. D'altra parte la vaccinazione influenzale propriamente detta non può contrastare i virus non influenzali associati a ILI. In conclusione, per l'Influenza, e a maggior ragione per l'insieme delle ILI, l'effetto gregge è irraggiungibile.

E la vaccinazione anti-Covid-19?

Poiché i Coronavirus mutano con frequenza ancor maggiore rispetto ai virus influenzali, va verificato se e quanto i vaccini anti-Covid-19 avranno effetti protettivi sugli individui, e se l'effetto gregge sarà raggiungibile. Con tali premesse, gli eventuali vantaggi potrebbero ben risultare inferiori agli effetti negativi sulla salute individuale/collettiva e ai costi sociali ed economici.

L'attesa "messianica" di codesti vaccini non è basata, ad oggi, su fondamenti clinici o epidemiologici.

* *Dr. Leopoldo Salmasso, Specialista in Malattie Infettive e Tropicali, Specialista in Sanità Pubblica, già "Esperto del Min. Affari Esteri" in Tanzania, già Direttore Distretto 3, AULSS 16 Padova*

[i] <https://www.epiprev.it/intervento/vaccinazione-antivaricella-argomenti-scientifici-possibili-strategie-diverse-dalle-attual>

[ii] <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1900236>

[iii] <https://www.epiprev.it/intervento/epidemiologia-della-pertosse-e-strategie-di-prevenzione-problemi-e-prospettive>

[iv] <https://www.epiprev.it/intervento/bimbi-immunodepressi-e-compagni-di-scuola-non-vaccinati-quanto-è-grande-il-problema>

[v] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32120383/>

Covid, quei "riduzionisti" dell'Istituto Superiore di Sanità di Giuseppe Masala 30/10/20

A leggere il "Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia" aggiornato al 22 Ottobre 2020 dell'Istituto superiore di Sanità c'è da rimanere sbalorditi. Si notano in particolare due cose:

- L'età media dei deceduti per (o sarebbe più giusto dire, con) Covid19 è di 80 anni che è - ohibò - l'età media di vita di una persona in Italia. Dunque l'età media di morte da Covid19 non si discosta di nulla o quasi dalla speranza di vita assoluta degli italiani (vedi immagine 1);

2. Dati demografici

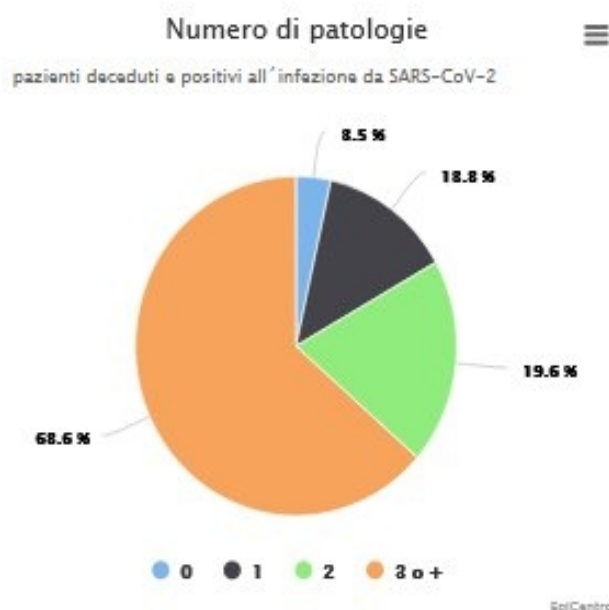
L'età media dei pazienti deceduti e positivi a SARS-CoV-2 è 80 anni (mediana 82, range 0-109, Range InterQuartile - IQR 74-88). Le donne sono 15.719 (42,7%). L'età mediana dei pazienti deceduti positivi a SARS-CoV-2 è più alta di 30 anni rispetto a quella dei pazienti che hanno contratto l'infezione (età mediana: pazienti deceduti 82 anni – pazienti con infezione 52 anni). Le donne decedute dopo aver contratto infezione da SARS-CoV-2 hanno un'età più alta rispetto agli uomini (età mediana: donne 85 – uomini 79). La figura mostra l'andamento dell'età media dei pazienti deceduti positivi a SARS-CoV-2 per settimana di calendario, a partire dalla 3° settimana di febbraio 2020 (la data del primo decesso risale al 21 febbraio 2020). L'età media dei decessi settimanali è andata sostanzialmente aumentando fino agli 85 anni (1° settimana di luglio) per poi calare leggermente.

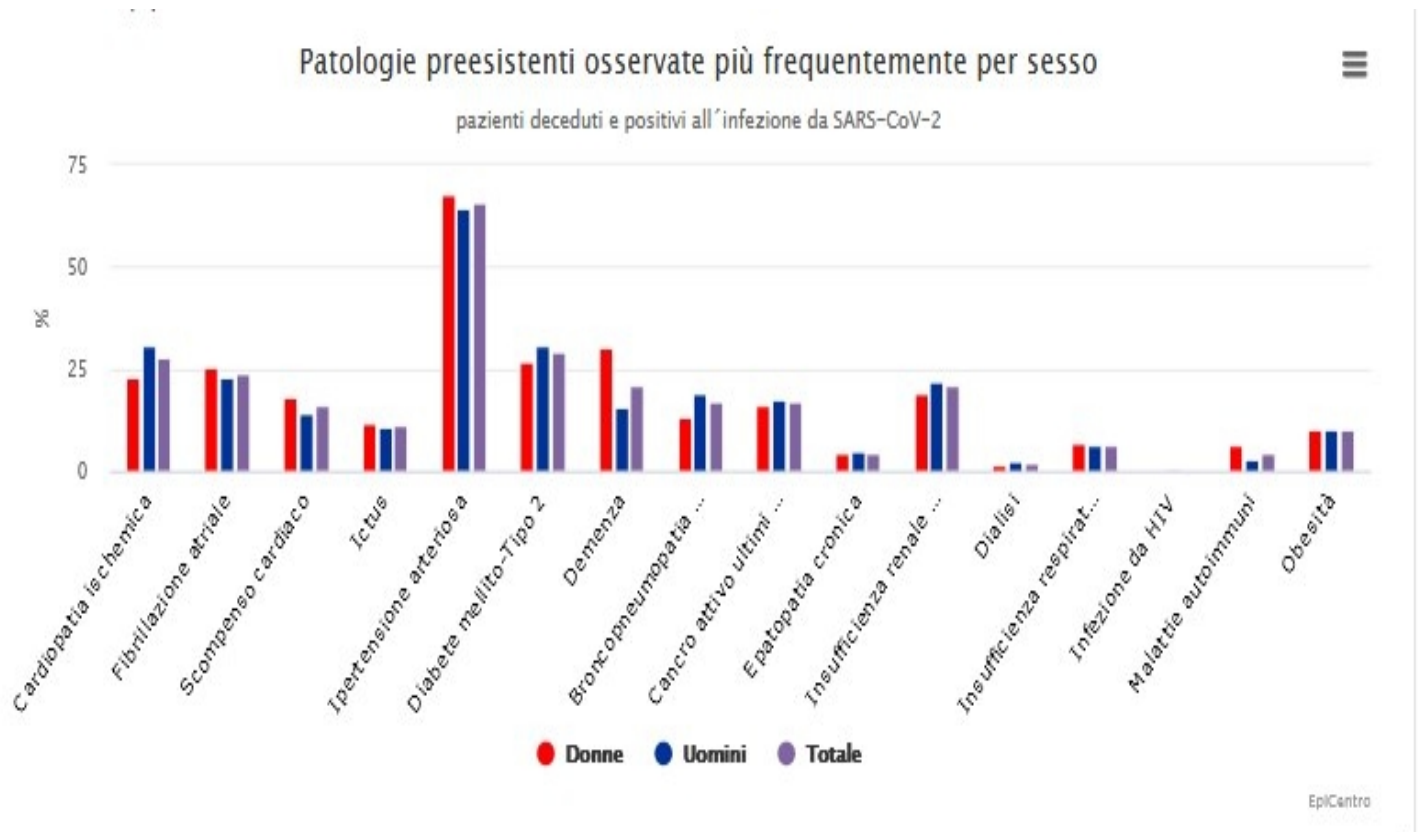
- La media delle patologie preesistenti tra i morti Covid è di 3,5 e più precisamente solo il 3,5% dei morti Covid19 aveva 0 (zero) patologie, il 13,3% aveva 1 (una) patologia, il 19,6% aveva 2 (due) patologie, il 63,6% avevano 3 (tre) o più di tre patologie (vedi immagine 2). Quali sono queste patologie? Un'unghia incarnita? Un brufolo purulento? Ce lo dice lo stesso Istituto Superiore di Sanità: cardiopatie, diabete, ictus, broncopneumopatia, cancro, epatopatia cronica, ecc. (vedi immagine 3). Ovvero tutta roba che pure il sopraggiungere un'influenza (a maggior ragione se in età avanzata) può portare al decesso.



3. Patologie preesistenti

Il grafico presenta le più comuni patologie croniche preesistenti (diagnosticate prima di contrarre l'infezione da SARS-CoV-2) nei pazienti deceduti. Questo dato è stato ottenuto da 4738 deceduti per i quali è stato possibile analizzare le cartelle cliniche. Il numero medio di patologie osservate in questa popolazione è di 3,5 (mediana 3, Deviazione Standard 2,0). Complessivamente, 168 pazienti (3,5% del campione) presentavano 0 patologie, 631 (13,3%) presentavano 1 patologia, 928 (19,6%) presentavano 2 patologie e 3011 (63,6%) presentavano 3 o più patologie. Prima del ricovero in ospedale, il 22% dei pazienti deceduti SARS-CoV-2 positivi seguiva una terapia con ACE-inibitori e il 14% una terapia con Sartani (bloccanti del recettore per l'angiotensina). Nelle donne (n=1780) il numero medio di patologie osservate è di 3,6 (mediana 3, Deviazione Standard 2,0); negli uomini (n=2958) il numero medio di patologie osservate è di 3,4 (mediana 3, Deviazione Standard 2,0).





In altre parole, non mi pare azzardato dire che l'ISS ci dica che seppur il covid19 non sia un'influenza (perché diverso è il virus patogeno) ma gli effetti sull'essere umano sono sostanzialmente gli stessi che quelli di un'influenza. Ma perché l'ISS espone su documenti ufficiali questa verità "riduzionista"? A me pare che siamo di fronte alla nota tecnica di "paraggio preventivo di culo". In altri termini, se l'Operazione in corso non andrà a buon fine, questi signori potranno dire che loro hanno sempre detto la Verità e che semmai sono stati i politici e i media ad ingigantire il problema. E già, perché un giorno qualcuno potrebbe chiamarli a rendere conto della "strage vera e silenziosa" di decine di migliaia di malati per gravissime malattie morte per assenza di cure appropriate a causa dell'isteria Covid19 oltre che della distruzione sistematica del tessuto produttivo italiano a furia di folli lockdown e della crisi sociale, politica e istituzionale che potrebbe seguirne con chissà quali drammatici sbocchi.

Alcuni dati Giorgio Agamben 30 ottobre 2020

Secondo i comunicati ufficiali, i casi positivi di covid-19 in Italia al 28 ottobre sono in tutto 617.000, di cui guariti 279.000. I decessi sono 38.127 (la cifra si riferisce al numero dei positivi, indipendentemente dalla causa effettiva del decesso). I positivi sono nella grande maggioranza quelli che un tempo si definivano portatori sani (ora si chiamano curiosamente "malati non sintomatici").

La popolazione italiana è 60.391.000. Nel 2017 sono morte in Italia 650.614 persone (nel 2019, 647.000). I decessi per malattie respiratorie nel 2017 sono stati 53.372. Quelli per malattie cardiovascolari 230.283 (dati ISTAT). Secondo gli studi scientifici, l'IFR (Infection fatality rate, o tasso di mortalità) per il covid-19 è intorno allo 0,6 % (cfr. «Organisms, Journal of biological Sciences», vol. 4, n. 1, 2020, p. 6).

È sulla base di questi dati che le libertà costituzionali sono state sospese, la popolazione è stata terrorizzata, la vita sociale cancellata, la salute mentale e fisica degli uomini gravemente minacciata.

Prof. Guido Silvestri (virologo all'Università di Atlanta). "No al lockdown. Gli anticorpi stanno arrivando" 30/10/20 L'Antidiplomatico

In Italia diventa sempre più incombente un nuovo lockdown. Da più parti lo si invoca e il governo Conte decreto dopo decreto avvicina sempre più il nuovo confinamento. I vari virologi che imperversano a reti unificate spargendo ansia e terrorismo a piene mani sembrano tutti concordare. Solo il confinamento può mitigare la forza del virus. C'è però qualche voce fuori dal coro. Qualcuno che scarta l'ipotesi di un nuovo lockdown come unica soluzione. Il professor Guido Silvestri, virologo presso l'Emory University di Atlanta, tramite il proprio profilo [Facebook](#) afferma: «La cavalleria degli anticorpi sta arrivando, e mentre aspettiamo, con noi del settore che lavoriamo per farli arrivare in Italia al più presto, cerchiamo tutti di stare calmi e di non fare scelte che potremmo rimpiangere amaramente, come quella di un lockdown generalizzato o di richiudere le scuole». Il virologo dice che inoltre in questa fase bisogna avere «nervi saldi, niente panico, usiamo il cervello e il buon senso. È uscito ieri sul New England Journal of Medicine, la Bibbia della ricerca clinica, il primo studio dell'anticorpo monoclonale neutralizzante LY-CoV-555, alias Brenno. Risultato principale: se usato ai primi sintomi, riduzione del rischio di finire in ospedale del 72% (da 6,3% a 1,6%)». Poi aggiunge: «Dai dati preliminari dell'uso insieme a Dodi (LY-CoV-016) – un altro anticorpo, di cui non si parla però in questo articolo sul New England – la riduzione sale ad oltre 85% nei soggetti a rischio (età e peso corporeo). Poi ci sono anche Fede e Luca, cioè i due anticorpi di Regeneron (Regn10933 e Regn10987), quelli dati a Trump, che hanno dato risultati simili, forse anche un po' migliori. Per non parlare di altri in via di sperimentazione, tra cui quelli potentissimi di Gsk, previsti per marzo, e i famosi nanocorpi per spray nasale, le 'truppe cammellate', per cui ci vorrà più tempo». Insomma, il professor Silvestri sembra voler ridimensionare il clima terroristico venutosi a creare in Italia negli ultimi giorni. Anche a causa dei tanti virologi che al contrario di Silvestri pensano che solo il confinamento della popolazione possa rallentare la corsa del virus.

Tanzania Covid-Free: occorre che niente cambi perché tutto resti cambiato

Leopoldo Salmaso Ott 31, 2020

La Tanzania ha votato per continuare a vivere senza Covid-19 e con la pancia piena

Aggiornamento 31/10 ore 05:47. Magufuli rieletto con l'84% dei voti.

A 48 ore dalla chiusura delle urne non ci sono ancora dati ufficiali, neppure parziali. Le comunicazioni telefoniche sono stentoree da quattro giorni, internet praticamente oscurata[i], radio e tv trasmettono solo intrattenimento, però il tamtam informale mi comunica che è certa la rielezione del presidente John Pombe Magufuli al secondo mandato, e che avanza ulteriormente il suo CCM (Partito della Rivoluzione) che domina la scena politica fin dal 1961, anno dell'indipendenza dal protettorato inglese. Non è cambiato praticamente nulla: – i partiti dell'opposizione, come sempre, hanno denunciato boicottaggi vari e violenze già mesi prima del voto, e brogli in questi ultimi giorni[ii]; – gli operatori dell'informazione non governativa (portavoce del mainstream globale) erano e restano a dir poco intimiditi[iii]; – le elezioni, come sempre, sono state funestate da incidenti anche gravi, questa volta con “solo” una decina di morti[iv]; – gli osservatori internazionali, che nei decenni precedenti facevano finta di osservare con un occhio solo ma li tenevano chiusi entrambi, questa volta hanno presenziato a ranghi ridotti[v]; – l'UE guarda e tace, come sempre, anzi più di sempre

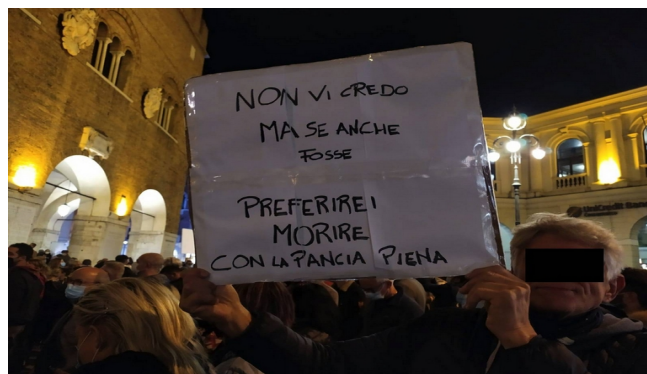


Illustrazione 1: Illustrazione 1: Manifestazione anti-DPCM, Treviso, 17/10/2020

avendo sparato l'unica cartuccia nel modo più controproducente possibile due anni fa, quando richiamò il proprio ambasciatore per “gravi violazioni dei diritti umani”[vi]; il che era vero, ma l'occasione scelta (intimidazioni contro i gay) fu un vero autogol[vii] perché la Tanzania è un' “isola felice” a paragone del resto d'Africa dove l'omosessualità è ferocemente repressa (nella confinante Uganda vige ancora la pena di morte per i gay). Insomma, non è cambiato niente, se non un atteggiamento sempre più ostile da parte dell'occidente[viii] e del suo mainstream: ostilità ufficialmente motivata con la svolta autoritaria impressa dal presidente Magufuli nei cinque anni del suo primo mandato. Ostilità farisaica per la semplice ragione che prima, quando la Tanzania si lasciava irretire sempre più nel mortale abbraccio del neoliberismo[ix], riscuoteva lodi sperticate e prestiti “generosi”, nella misura in cui può essere generoso un prestito usuraio[x]... E le elezioni, a volte anche con centinaia di morti, erano sempre portate ad esempio come “libere e sostanzialmente corrette”. Durante il suo primo mandato Magufuli ha preso saldamente in pugno gli affari interni ed esteri del paese, e soprattutto l'economia: imponendo il pagamento tracciabile in tutte le attività produttive e in particolare negli scambi con l'estero e nel turismo; costringendo le compagnie straniere, specialmente quelle minerarie, a pagare diritti sostanziosi invece di quelli simbolici che si erano arrogate da sempre[xi]; dando un notevole impulso alle infrastrutture (strade, ferrovie, oleodotti e gasdotti, aeroporti, porti) con il formidabile concorso della Cina[xii]. Lo scorso luglio la Banca Mondiale ha promosso la Tanzania dalla fascia dei paesi poveri a quella dei paesi con reddito medio[xiii]... (pecunia non olet?). Nei prossimi giorni probabilmente sentiremo, più fragoroso che mai, il coro del mainstream occidentale intento a stigmatizzare le pecche sopra accennate, e forse qualche imbarazzato accenno alla ragione per cui ogni giorno ogni tanzaniano, di qualsiasi fede religiosa o politica, ringrazia il suo Dio per avergli dato un presidente, “novello Mosè”, che ha liberato il suo popolo dalla schiavitù della Covid-19[xiv],[xv]. La Tanzania è davvero libera da Covid-19, ancor più di Svezia Giappone, Cina, Corea del Sud. Non perché il suo padre-padrone impone il silenzio su questo argomento, ma perché non ci sono né epidemie simil-influenzali né morti “inconsuete” (chi, senza cognizione di causa, corre subito a prospettare che i dati della Tanzania siano truccati, evidentemente ignora fino a che punto sono truccati i dati del resto del mondo, a cominciare dall'Italia). Che la Tanzania sia effettivamente Covid-free, posso affermarlo con cognizione di causa perché mi reco regolarmente in quel paese (quest'anno a febbraio-marzo e poi ad agosto-settembre) dopo avervi lavorato, nel controllo di epidemie vere, per cinque anni fra il 1978 e il 1985, e poi ancora per circa tre mesi ogni anno dal 2001 al 2012 nel più grande programma nazionale di prevenzione e controllo dell'AIDS. Mantengo rapporti di amicizia e confidenza con medici, infermieri, laboratoristi, a partire dal più sperduto dispensario fino agli ospedali universitari e al ministero della salute. Oltre ai professionisti della salute, c'è la testimonianza di tanti cittadini profani, che parlano al passato dei “tempi terribili del Corona” (Febbraio-Aprile, quando le scuole erano chiuse, le TV trasmettevano terrificanti bollettini quotidiani[xvi] -esibendo perfino le bare di Bergamo – pardon: Lampedusa – o spacciavano la faccia piangente di Bolsonaro per quella di Conte [xvii]; quando ogni morte – così frequente in Africa – era sospetta al punto da costringere le famiglie a funerali clandestini, peraltro vergognosamente strumentalizzati da BBC & C. [xviii]). Poi, ai primi di Maggio, il presidente ha cambiato tutto, al punto che tanti Tanzaniani, pur restando decisamente critici per la sua stretta autoritaria, negli scorsi mesi e settimane mi confidavano di temere che ingerenze straniere manipolassero le elezioni o addirittura uccidessero quel presidente che osava sfidare l'Occidente e addirittura ridicolizzare l'OMS rivelando che i campioni dei “pazienti positivi” provenivano in realtà da papaie, capre, olio per motori, e altre amenità del genere[xix]. Il presidente Magufuli ha davvero cambiato il destino del suo popolo, sottraendolo all'offensiva di terrorismo sanitario che sta seminando fame e disperazione nei paesi confinanti, e in gran parte del pianeta[xx]. A Maggio in Tanzania è cambiato tutto, e ora i Tanzaniani si rallegrano che le elezioni non abbiano cambiato niente. Per loro, ma non per l'Occidente alacre “esportatore di democrazia” in punta di drone, le elezioni sono un capitolo chiuso.

[i] <https://netblocks.org/reports/internet-disrupted-in-tanzania-on-eve-of-presidential-elections-oy9abny3>

[ii] <https://www.theguardian.com/world/2020/oct/29/opposition-leaders-allege-in-tanzanian-elections>

[iii] <https://www.reuters.com/article/us-tanzania-rights-idUSKBN1XU1CP>

[iv] <https://www.aljazeera.com/news/2020/10/27/zanzibar-opposition-say-leader-held-three-dead-ahead-of-polls>

[v] https://www.washingtonpost.com/world/africa/observers-say-tanzanias-presidential-vote-is-already-flawed/2020/10/25/0b00b962-1699-11eb-a258-614acf2b906d_story.html

[vi] <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2018/11/15/declaration-of-hr-federica-mogherini-on-behalf-of-the-eu-on-eu-tanzania-relations/>

[vii] <https://www.pressenza.com/it/2018/11/ue-contro-tanzania-il-paradosso-culturale/>

[viii] <https://tz.usembassy.gov/covid-19-information/>

[ix] <https://www.pressenza.com/it/2018/11/tanzania-la-rapace-ipocrisia-delloccidente/>

[x] <https://www.pressenza.com/it/2018/11/crisi-ue-tanzania-follow-the-money/>

[xi] <https://www.mining.com/web/barrick-golds-long-safari-ends-with-tanzania-deal/>

[xii] <https://www.youtube.com/watch?v=KSUruYsNIHg&app=desktop>

[xiii] http://www.china.org.cn/world/Off_the_Wire/2020-07/03/content_76230776.htm

[xiv] <https://www.bbc.com/news/world-africa-54603689>

[xv] <https://www.nytimes.com/2020/08/04/world/africa/tanzanias-coronavirus-president.html>

[xvi] <https://www.aa.com.tr/en/africa/tanzania-to-reopen-schools-after-3-month-closure/1878753>

[xvii] <http://www.tlaxcala-int.org/article.asp?reference=28497>

[xviii] <https://www.bbc.com/news/world-africa-52505375>

[xix] <https://www.agricolae.eu/tanzania-presidente-magufuli-accusa-dallestero-ricevuti-test-covid-19-difettosi-falsi-positivi-mai-stati-infettati/>

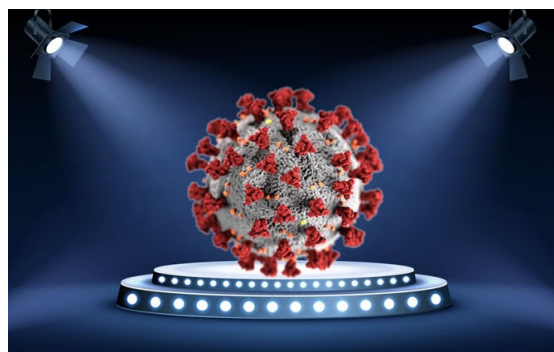
[xx] <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

Pandemic Show di Giorgio Lo Grasso 2/11/20 comendonchisciotte.org

Di numeri e corpi, si direbbe. Leggendo giornali e guardando TV mi pare di capire che alla fine la famosa premessa di Guy Debord si sia finalmente totalmente realizzata: “L’intera vita delle società, in cui dominano le moderne condizioni di produzione, si annuncia come un immenso accumulo di spettacoli. Tutto ciò che era direttamente vissuto si è allontanato in una rappresentazione.” (La società dello spettacolo, 1967).

Come nei “migliori tempi” della campagna pro-vax della Lorenzin (e del suo PD..), i “mercanti di malattie” oggi ancora una volta riempiono i media e la rete con pazienti intubati, tamponati,

asintomaticizzati e i loro volti preoccupati, mascherinati, visierati, vengono quotidianamente esposti su giornali, radio e tv, diventati tutti beceri tabloid.. E il morbillo del 2017 ? Sparito. Quello era solo una grande prova generale...Che dire allora? Certamente che a Debord l’infermiera sul red carpet di Venezia oggi gli sarebbe piaciuta molto. Gli sarebbero piaciuti anche Mentana intabarrato e la Azzolina in sado-maso imbrigliata nella museruola. “Ecco, avete visto? Ve l’avevo detto”, avrebbe detto... Lo spettacolo che inverte il reale finalmente è diventato reale, si è prodotto. Come prodotto, lo spettacolo del ” Covid”, indiscutibile e inaccessibile, viene ora rappresentato. L’attitudine a osservarlo esige ormai solo il semplice principio dell’ accettazione passiva che di fatto ha già da tempo ottenuto attraverso il suo modo di apparire insindacabile nel monopolio dell’apparenza. Lo spettacolo della pandemia è da mesi il sole che non tramonta mai. Esso ricopre tutta la superficie del mondo e si bagna indefinitamente della propria presenza gloriosa . Lo spettacolo ha sottomesso gli uomini viventi nella misura in cui l’economia li aveva già totalmente a sua volta sottomessi. Là dove il mondo reale si trasforma sempre più in semplici immagini, le semplici immagini diventano esseri reali, la motivazione efficiente per un comportamento standardizzato in un pensiero ipnotico. Lo spettacolo del Covid è la ricostruzione materiale dell’illusione religiosa, l’autoritratto del potere all’epoca della sua gestione totalitaria delle condizioni d’esistenza. Lo spettacolo è la mappa di questo nuovo mondo, mappa che copre esattamente tutto lo spazio del suo territorio. Sebbene lo spettacolo nell’odierna società corrisponde alla fabbricazione di una concreta



alienazione, e benchè lo si mistifichi, nella “società dello spettacolo” il processo di civilizzazione consiste nella continua sostituzione del naturale con l’artificiale, la rotta obbligata verso la surroga di quel che è vivo con ciò che è morto, plasmato, ricostruito in congegno, prodotto o formula, in una continua celebrazione dell’inautentico imposto per originario.

Nulla più esiste nella sua forma originaria: il cibo è diventato “prodotto industriale” (o dell’ingegno), il gioco una performance (per educare alla competizione e alla disciplina), il piacere è il suo consumo, l’ambiente ecologico un’architettura artificiale destinata ad ospitare piantumazioni domestiche, animali selezionati, razze inventate persino tra quelli che ci fanno compagnia. In questo “impero della finzione” chi prova a vivere affrancato dalle logiche del mercato e del denaro va “contro” natura, chi critica è un provocatore, chi protesta è un piantagrane, chi si oppone passa per terrorista. A sentire i “recuperatori sociali” del mondo civilizzato (psicologi, sociologi, preti, maestri, giornalisti, ecologisti salva-terra) il problema non è mai il “dominio”, ma l’ingiusto dominio (come che potesse esistere un dominio “giusto”!), il problema non è mai l’Autorità, ma l’autorità senza controlli, non è mai la Politica, la Scienza, l’Economia, ma le loro presunte degenerazioni. In un incredibile capovolgimento di senso la terra, gli animali, le donne, gli uomini, i bambini sono diventati “risorse” di cui servirsi per rendere la megamacchina-capitalistica più efficiente, astuta e omologante. Anche la morte adesso, annunciata dai suoi malati ancorchè immaginari, si appresta a diventarlo. Ultimo totem nell’odierno spettacolo sociale, la morte sembra essere insieme anche il più promettente e il più potente tra gli attori, celebrando non già gli strumenti, ma i fini stessi della rappresentazione, in un’evoluzione che ormai ci porta lontano all’altezza di un incomputabile residuo di umanità.

Covid-19 e buona pratica clinica, FAQ Leopoldo Salmaso 2/11/20

NOTA: Le linee guida qui presentate sono volutamente ridotte al minimo indispensabile.

D: Se mi vengono febbre e raffreddore, devo correre al Pronto Soccorso?

R: No. Contribuiresti solo a intasarlo, sottraendo assistenza a chi ne ha veramente bisogno.

D: Allora corro dalla mia dottoressa, perché ho tanta paura della CoViD-19.

R: Aspetta, anche i medici di famiglia sono sommersi da richieste improprie.

D: Allora che faccio?

R: Te ne stai a casa e ti curi come fai di solito con l’influenza.

D: Io sono piuttosto indisciplinato, mi rammenti le cose fondamentali?

R: Riposo, liquidi in abbondanza, Paracetamolo 500-1000 mg. x 2-3 volte al dì a stomaco pieno.

D: E se non mi passa?

R: Se non incominci a star meglio entro un paio di giorni, chiama il tuo medico di famiglia. Lui è in contatto con l’USCA (1) e assieme, in base ai protocolli concordati (2), valuteranno se iniziare la terapia con cortisone, oltre ad attivare gli accertamenti e le protezioni del caso.

D: E basta?

R: Sì, se non hai altre malattie croniche.

Altrimenti il tuo medico, sempre in contatto con l’USCA, potrà associare Eparina sottocute ed aggiustare la terapia in atto.

D: La mia dottoressa è brava e coscienziosa, ma non ha pratica ospedaliera.

R: Appunto, lei e l’USCA sanno gestire al meglio la tua situazione tenendoti a casa. Ma saprebbero anche farti ricoverare nel reparto più appropriato, se opportuno.

D: Se mi ricoverano mi intubano, e io ho paura...

R: Col trattamento iniziato a domicilio non ci sarà bisogno di sottoporti a ventilazione forzata: basterà un po’ di ossigeno con dispositivo normobarico (occhialini o maschera semplice). Inoltre verrà monitorato l’andamento della malattia acuta e di quelle soggiacenti, con gli aggiustamenti terapeutici del caso. Se opportuno riceverai il

plasma iperimmune, che contiene gli anticorpi delle persone già guarite da Covid-19. Quasi certamente nel giro di pochi giorni verrai dimesso.

D: Tutto qua?

R: Tutto qua, in estrema sintesi.

D: Ma allora, perché tutta questa baraonda mondiale?

R: La baraonda è soprattutto una questione di geopolitica, penso, ma io sono esperto “solo” di malattie infettive.

[1] USCA: Unità Speciali di Continuità Assistenziale (http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4188)

[2] In Italia non abbiamo ancora UN DOCUMENTO con le LINEE GUIDA NAZIONALI per il trattamento della Covid-19. Abbiamo centinaia di “linee guida” pubblicate da chiunque. Hanno un elemento in comune: in dozzine di pagine mescolano informazioni corrette con sproloqui su questioni di dettaglio.

SOTTOSCRITTO DA:

Dr. Leopoldo Salmaso, Specialista in Malattie Infettive e Tropicali, Specialista in Sanità Pubblica, già “Esperto del Min. Affari Esteri” in Tanzania, già Direttore Distretto 3, AULSS 16 Padova

Dr. Renzo Scaggiante, Specialista in Malattie Infettive Specialista in Pediatria, Direttore UOC e Dip. Provinciale Malattie Infettive, Belluno

Dr.ssa Annamaria Cattelan, Specialista in Malattie Infettive, Specialista in Malattie App. Respiratorio e Tisiologia Direttore UOC Mal. Infettive e Tropicali, Az. Ospedale-Università di Padova

Dr.ssa Valeria Mina, Specialista in Organizzazione Servizi Sanitari di Base, Responsabile SSD Assistenza Primaria, Asl Torino 4.

Covid-19: l'ABC dei tamponi di Leopoldo Salmaso* 3/11/20

Ovvero, la panico-demia da “tamponamento a catena”

Premessa: convengo che la terra non è piatta e che:

- 1) da circa un anno è emerso un ceppo di coronavirus denominato SARS-CoV-2;
- 2) SARS-CoV-2 è l'agente causale di una malattia chiamata CoViD-19;
- 3) SARS-CoV-2 ha una diffusione planetaria ignota, e l'OMS non ha mai dichiarato la pandemia[1];
- 4) la diagnosi clinica, nei casi gravi e ben documentati, è pacificamente condivisibile;
- 5) la contagiosità (numero medio di persone contagiate da una persona infetta) e la letalità (rapporto morti/infetti) di SARS-CoV-2 sono soggette a stime sempre più contrastanti a causa della crescente confusione fra “positivo al tampone” / “infetto” / “contagioso” / “malato”;
- 6) **alla base di codesto caos mondiale stanno i cosiddetti “tamponi”.**

Tutto ciò premesso, mi propongo di chiarire i limiti dei test RT-PCR che vengono eseguiti sul materiale prelevato mediante tampone naso-faringeo. Ciò permetterà di fare chiarezza anche sugli altri punti.

FALSI NEGATIVI (problemi con la sensibilità dei test)

Falsi negativi si verificano sostanzialmente nei seguenti casi:

- A) il prelievo mediante tampone può essere inaccurato;
- B) ci sono problemi di sensibilità intrinseci alla metodica, peraltro modesti nei pazienti anziani[2];
- C) Persone con quadro clinico altamente suggestivo di Covid-19 possono risultare negative alla RT-PCR, anche ripetutamente. In tal caso i falsi negativi sarebbero comunque rari, quindi poco influenti sui grandi numeri;
- D) Persone asintomatiche risultano ripetutamente negative. Anche in tal caso i falsi negativi sarebbero rari, quindi statisticamente trascurabili. Va anche rammentata una legge fondamentale della biologia: quando una nicchia ecologica è stabilmente occupata da una famiglia di microorganismi ben adattati -com'è il caso dei coronavirus nel nasofaringe-, difficilmente prenderà piede un ceppo meno adattato.

In conclusione, **i falsi negativi hanno un peso trascurabile sul piano epidemiologico.**

FALSI POSITIVI (problemi con la specificità dei test)

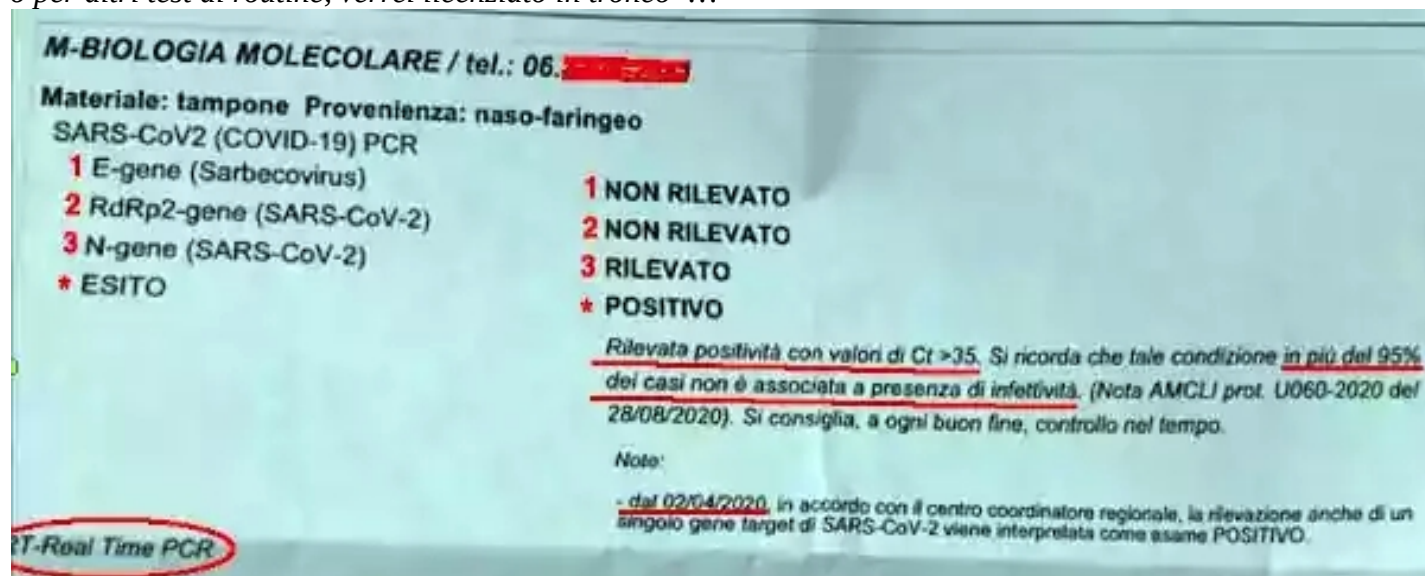
Falsi positivi si verificano sostanzialmente nei seguenti casi:

A) il passaggio preliminare RT “perde” specificità[3];

B) Il passaggio da tre a una sola sequenza “specificità” di SARS-CoV-2 è contrario ai basilari principi scientifici[4],[5],[6],[7], tanto da invalidare tutti quei test (vedere la figura sotto, da fonte[8], modificata);

C) il test PCR viene refertato come “positivo” dopo più di 35 cicli replicativi (Ct). Anche questo è contrario ai basilari principi scientifici[9] al punto da invalidate tutti quei test;

Ora, nessun laboratorista accetterebbe mai di eseguire e refertare un test con tante e tali carenze. Un collega ha così commentato: “*se facessi uscire dal nostro laboratorio referti altrettanto fuorvianti per il test di gravidanza o per altri test di routine, verrei licenziato in tronco*”...



D) C'è anche un limite di natura strettamente statistica: il **valore predittivo positivo (VPP)**. VPP è la probabilità statistica che un test positivo individui una persona davvero infetta. Il VPP è alto se l'infezione è molto diffusa nella popolazione, mentre è tanto meno valido quanto meno diffusa è l'infezione. Nel nostro caso assumiamo pure che la prevalenza reale sia 10%, come proclamano i bollettini ufficiali (ma sappiamo che molti sono falsi positivi, cioè che la prevalenza è ancora più bassa). 10% è una prevalenza molto bassa, e così il calcolo probabilistico dà il colpo di grazia all'affidabilità di un test che è già gravemente compromessa sul versante tecnico.

In conclusione: **i falsi positivi hanno enorme rilevanza sul piano epidemiologico. Ignorarli significa sovvertire le indicazioni scientifiche su cui impostare le politiche sanitarie.**

Che cosa comportano, in pratica, tutti questi limiti?

PER LE PERSONE MALATE, con un quadro clinico assai suggestivo di Covid-19 (febbre, dispnea, ossimetria < 90, immagini di polmonite “interstiziale” bilaterale, anamnesi di contatto con persona similmente malata), un test RT-PCR positivo corrobora[10] la diagnosi, mentre un test ripetutamente negativo la mette in dubbio e riorienta in parte la strategia terapeutica.

Comunque, **l'esito del test, positivo o negativo che sia, non incide sui grandi numeri dell'epidemiologia.**

PER LE PERSONE SANE, invece, cambia tutto. L'onere della prova che siano davvero “infette” ricade sui tamponi, e abbiamo visto quanti e quali problemi di affidabilità gravino sui “tamponamenti a catena”.

Oltretutto, errori così madornali conducono all'errata valutazione che esistano centinaia di milioni di persone “infette ma non contagiose”, il che è un evidente **paradosso** per un'infezione a trasmissione aerea.

A questo punto il medico obietterà allo statistico che il suo calcolo presuppone l'esistenza di due gruppi di popolazione nettamente distinti: da una parte malati contagiosi e dall'altra sani non contagiosi. Verissimo: con i coronavirus esistono tanti portatori sani contagiosi, allora ammettiamo che tutto quel 10% di popolazione, positiva al tampone, sia contagioso. Quanto contagioso? Evidentemente ben poco, se dopo un anno la “pandemia” ha raggiunto solo il 10% della popolazione. Perciò torniamo al punto di partenza: restiamo con un

test assolutamente inaffidabile e con la strategia anti-scientifica di “tamponare a catena” i contatti sani di persone sane. Infine, i bollettini quotidiani che “danno i numeri” dei tamponi positivi spacciandoli per persone “contagiate”, non avvertono che vengono conteggiati più volte i tamponi ripetutamente positivi della medesima persona: si veda il “famigerato” esempio del calciatore Ronaldo[11].

Corollario 1: la prevalenza reale sulla popolazione si può misurare solo mediante test anticorpali davvero specifici, da eseguire su campioni di popolazione rigorosamente randomizzati (con eventuali pesature) e da ripetersi a intervalli regolari.

Corollario 2: se anche la prevalenza dell’infezione nella popolazione generale fosse quella comunicata ufficialmente (circa 10%) **la contagiosità di SARS-CoV-2 sarebbe comunque inferiore a quella dell’influenza stagionale** (altrimenti, dopo quasi un anno, dovremmo avere prevalenze ben più alte).

Questo fatto è confermato dai pochi casi di Covid-19 in Svezia, Giappone, Corea del Sud, Tanzania, e altri paesi[12], dove non si può dire che la contagiosità di SARS-CoV-2 venga “frenata” mediante misure di protezione individuale, distanziamento sociale, lockdown e addirittura coprifuochi, perché in quei paesi tali misure sono o inesistenti o assai deboli.

Corollario 3: estrapolando i dati ISS al 28/10/2020[13], ottenuti dalla revisione di 4.888 cartelle cliniche di pazienti deceduti essendo “positivi all’infezione da SARS-CoV-2”, possiamo stimare con buona approssimazione che, in Italia, **sulle 37.468 persone esaminate, 1.311 sono morte “a causa di” SARS-CoV-2** [14], mentre **36.157 sono morte principalmente a causa di gravi malattie pre-esistenti** (in media 3,5), a un’età mediana di 82 anni (range IQR: 74-88 anni).

CONCLUSIONE

Dall’analisi statistica dei dati ufficiali, esaminati alla luce della più aggiornata letteratura scientifica, risulta che:

- **i tamponi eseguiti su popolazione sana danno una schiacciante preponderanza di falsi positivi;**
- **SARS-CoV-2 rivela una contagiosità e una letalità inferiori a quelle dell’influenza stagionale;**
- **il terrorismo scatenato e continuamente alimentato dai mass media è del tutto sproporzionato rispetto al pericolo oggettivamente misurabile;**
- **i leader politici di moltissime nazioni non sembrano voler ridimensionare codesta “panico-demia da tamponamento a catena”, anzi se ne fanno complici.**

Note

[1] L’OMS non ha mai dichiarato ufficialmente lo stato di pandemia per CoViD-19. Tutto quello che abbiamo è una conferenza stampa in cui il DG Ghebreyesus dice: “*Abbiamo valutato che CoViD-19 può essere caratterizzata come una pandemia*”. Nessun atto protocollato da parte degli organi competenti in base allo statuto dell’OMS: Assemblea Generale (art. 21a) o Consiglio Direttivo (art. 28i).

[2] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7180649/>

[3] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6374950/pdf/main.pdf>

[4] https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/real-time-rt-pcr-assays-for-the-detection-of-sars-cov-2-institut-pasteur-paris.pdf?sfvrsn=3662fcb6_2

[5] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7255707/>

[6] <https://diagnostics.roche.com/global/en/products/params/cobas-sars-cov-2-test.html>

[7] https://clinical.r-biopharm.com/wp-content/uploads/sites/3/2020/02/pg6815ruo_ridagene_sars-cov-2-ruo_en_2020-02-12_final.pdf

[8] <http://www.medicinapiccoledosi.it/stefano-scoglio-perche-pieni-positivi-ce-un-trucco-nel-test/>

[9] <https://www.gene-quantification.de/miqe-bustin-et-al-clin-chem-2009.pdf>

[10] la conferma diagnostica si avrebbe solo mediante coltura di particelle virali e loro tipizzazione, con successivo attecchimento in animali suscettibili.

[11] <https://www.proiezioniidiborsa.it/come-vengono-conteggiati-i-tamponi-del-coronavirus/>

[12] <https://comendonchisciotte.org/covid-19-svezia-e-tanzania-disobbedienti-a-chi/>

[13] https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_28_ottobre.pdf

[14] Dopo un paio di mesi di comprensibile disorientamento, oggi abbiamo conoscenze e presidi terapeutici tali da rendere la morte per Covid-19 alquanto improbabile. Vedere in proposito <https://comedonchisciotte.org/covid-19-e-buona-pratica-clinica-faq/>

* Specialista in Malattie Infettive e Tropicali, specialista in Sanità Pubblica, già “Esperto del Min. Affari Esteri” in Tanzania, già Direttore Distretto Sociosanitario 3, AULSS 16 Padova

La mascherina e il cane di Pavlov di Zory Petzova 3/11/20 ComeDonChisciotte.org

La Pandemia è la nuova Ideologia dominante, che ha prepotentemente annullato dal discorso pubblico ogni altra categoria del sapere, ogni confronto, tema o sentimento che non abbiano qualcosa da dire sulla sua emergenza. Non importa se in chiave confermativa o sottrattiva, perché quello che si evince è il monopolio del discorso, che per riflesso diventa ordinatore sociale, criterio della ragione pratica, anche quando non ha nulla a che vedere con la ragione critica. La semiotica della pandemia si configura nella triade dei nuovi simboli-feticcio che rischiano di penetrare e di imprimersi nella memoria dell'inconscio collettivo per generazioni a venire, determinando un nuovo linguaggio e una nuova antropologia, e facendo sbiadire contenuti essenziali non più funzionali e cogenti alla 'nuova normalità'. La triade è composta dal tampone come mezzo diagnostico del tutto inidoneo e inaffidabile, dalla mascherina falsamente protettiva e dannosa per la salute, e dal vaccino inutile e pericoloso: una relazione a tre fra lo pseudoscientifico, il superstizioso e l'esoterico di ultima generazione. D'altronde, una ideologia per imporsi non deve convincere gli adepti con prove e argomentazioni scientifiche, bensì deve saper adoperare i meccanismi del condizionamento secondario, quello sperimentato da Pavlov, con la giusta dose di dogmatismo e di suggestione al contempo – quel inestricabile miscuglio fra vero, vago e fraudolento. Se la mascherina è l'attributo omologato che copre la parte con cui ci presentiamo e comunichiamo con il mondo, cioè il viso, imposta dalle autorità ma benaccetta dalle maggioranze spaventate, bisogna chiedersi se in effetti non fosse l'incoronazione meritata di una evoluzione anomala, durata centinaia di migliaia di anni per giungere a questa deriva, e se tale processo avesse potuto andare diversamente. Un'evoluzione declinata verso una sempre crescente fragilità psico-fisica della specie, verso una 'psicotizzazione' della paura egoica, degenerata in auto-asfissia, privazione d'aria, separazione dal mondo, autolesionismo cerebrale. Vediamo alcuni punti rilevanti della sperimentazione scientifica sulla mascherina come presidio medico, ossia quello a cui è preposta come obbligatoria nell'attuale contesto pandemico, trama sperimentale non certo priva di contraddizioni e di dettagli che pochi conoscono, un oscuramento di conoscenza che si iscrive senz'altro alle logiche di una medicina modificabile secondo interessi corporativi, di cui è sufficiente ricordare con poche righe le origini.

Negli inizi del 1900 il magnate del petrolio John Rockefeller prende il controllo su ogni giornale e mezzo di informazione, ma, non soddisfatto, decide di mettere mano sull'industria farmaceutica, influenzando, attraverso i lobby, le politiche e le norme legislative del sistema sanitario americano, rendendole progressivamente sempre più funzionali all'enorme potenziale commerciale del settore farmaceutico. Questo comporta il tramonto della medicina classica come approccio olistico alla salute psico-fisica dell'individuo e l'inizio dell'imposizione di protocolli di cura omologati e depersonalizzati, favorendo le carriere accademiche e professionali di chi promuove la nuova visione della medicina – quella che considera la salute non più un bene da proteggere, ma una risorsa su cui speculare e realizzare enormi profitti. Grazie a questa tendenza oggi in quasi tutto il mondo la medicina è nelle mani non dei medici che si comportano secondo il giuramento di Ippocrate, ma di affaristi titolati la cui unica preoccupazione è il profitto, o l'insano personalismo carrieristico con cui condizionare le norme medico-sanitarie. Fra medici e ricercatori dediti al riscontro empirico, ci sono stati sempre quelli che hanno cercato di mettere luce su usi e protocolli accettati come necessari senza una prova di utilità, e fra tali verifiche risultano anche quelle svolte sulla mascherina chirurgica, considerando che finora il suo uso è stato ritenuto esclusivo all'ambiente ospedaliero. La letteratura medica degli ultimi 45 anni è comunque coerente e inequivocabile: **le maschere sono inutili nel prevenire la diffusione di malattie e infezioni, sono elementi decisamente antigenici che diffondono esse stesse batteri e virus.** Il punto che sorprende è proprio questo –

che la gran parte degli esiti della ricerca non registrano la semplice indecisione fra sì e no, fra utilità e inutilità dell'accessorio medico, ma una prevalenza di conclusioni che vedono la maschera un fattore di relativa utilità e addirittura negativo per lo status di salute del portatore, eccetto pochi casi di effettiva protezione. Ma andiamo con ordine:

1) Il primo gruppo di studi riguarda il livello di protezione delle maschere chirurgiche, indossate dal personale medico, nei confronti di pazienti operati, essendo quest'ultimi i soggetti più fragili ed esposti a infezioni- sia per le ferite chirurgiche che riportano, che per un sistema immunitario compromesso:

– il primo studio eseguito sulla maschera chirurgica è quello di Ritter et al del 1975, intitolato “**The operating room environment as affected by people and the surgical face mask**”, che arriva alla conclusione che: “I conteggi microbiologici sono stati determinati in una sala operatoria di 8 stanze e un corridoio. La conta batterica in una sala operatoria vuota è balzata statisticamente da 13 CFU / ft² / ora (+/- 31) a 24,8 (+/- 58,8) quando le porte sono state lasciate aperte (persone nei corridoi) e 447,3 (+/- 186,7) quando sono state presentate 5 persone. *L'uso di una mascherina chirurgica non ha avuto effetto sulla contaminazione ambientale complessiva della sala operatoria e probabilmente funziona solo per reindirizzare l'effetto proiettile del parlare e del respiro.* Le persone sono la principale fonte di contaminazione ambientale in sala operatoria.” (1) Quindi lo studio afferma che dove ci sono esseri umani che respirano, lì ci sono batteri e virus che circolano, e le mascherine non cambiano la concentrazione di patogeni nell'aria.

– negli studi di Tunevall del 1991 il team chirurgico non indossa maschere per metà delle sue operazioni per due anni. Dopo 1537 operazioni eseguite con maschere, il tasso di infezione della ferita è del 4,7%, mentre dopo 1551 operazioni eseguite senza maschere, il tasso di infezione della ferita è solo del 3,5%. Quindi il risultato è perfino contrario a quello aspettato, anche se lo studio dice che tali differenze non sono statisticamente rilevanti, tuttavia conclude che: “*Questi risultati indicano che l'uso di maschere facciali potrebbe essere riconsiderato. Le maschere possono essere utilizzate per proteggere il team operativo da gocce di sangue infetto, ma non è stato dimostrato che proteggano il paziente operato da un team operativo sano.*” (oggi si direbbe asintomatico, ndr) (2)

– nel 1997 un team di Cambridge esegue un apposito studio sul nuovo modello di maschera chirurgica e conclude che: “man mano che la tecnologia ha sviluppato nuovi materiali e design, la loro efficienza di filtraggio è gradualmente migliorata. Tuttavia, non esiste un metodo di test standard per valutare tale capacità, e la sua influenza sui tassi di infezione della ferita chirurgica deve ancora essere dimostrata. *Al contrario, studi sia in vitro che in vivo indicano che una maschera potrebbe non essere universalmente necessaria nell'ambiente chirurgico.*” (3)

– nel 2001 uno studio di Lahme et al, eseguito sulle maschere dei pazienti conclude che: “Le maschere chirurgiche indossate dai pazienti durante l'anestesia regionale, non hanno ridotto la concentrazione di batteri presenti nell'aria nel campo operatorio nel nostro studio. *Quindi sono superflue.* Una maggiore concentrazione di germi nell'aria è stata rilevata nei pazienti durante l'anestesia generale. Le ragioni di questo risultato sono sconosciute, ma si può discutere come risultato di una maggiore attività e numero di personale coinvolto durante l'anestesia generale che causa più turbolenza dell'aria.” (4)

– nel 2009 Z. Bahli conduce una revisione sistematica della letteratura intitolata “Does evidence based medicine support the effectiveness of surgical facemasks in preventing postoperative wound infections in elective surgery?” e conclude che: “*non vi è alcuna differenza significativa nell'incidenza di infezione della ferita postoperatoria tra gruppi con maschere e gruppi operati senza maschere*”. (5)

– nel 2010 i chirurghi del Karolinska Institute in Svezia, riconoscendo la mancanza di prove a sostegno dell'uso di maschere, smettono di richiederle nel 2010 per anestesisti e altro personale di sala operatoria. “La nostra decisione di non richiedere più maschere chirurgiche di routine per il personale “impuro” che non esegue direttamente un intervento chirurgico è un allontanamento dalla pratica comune. *Ma non ci sono prove a sostegno di questa pratica*”, scrive la dottoressa Eva Sellden. (6)

– nel 2010 J. Webster et al esamina interventi chirurgici di vario genere eseguiti su 827 pazienti, dove tutto il personale ‘impuro’ indossa maschere in metà delle operazioni e nessuno dei membri del personale ‘impuro’ indossa maschere in metà delle operazioni e conclude che: *“Le infezioni nel sito dell’intervento si sono verificate nell’11,5% del gruppo mascherato e solo nel 9,0% del gruppo non mascherato.”* Di nuovo abbiamo un risultato inverso a quello atteso. (7)

-fra 2014 e 2016 vengono effettuati diversi studi e revisioni (Lip and Edwards, Carøe, Salassa e Swiontkowski, Zhou et al, Vincent ed Edwards e altri) e tutti pervengono unanimemente che *non ci sono prove che le maschere possono ridurre il rischio di infezione sulle ferite chirurgiche o sul trattamento postoperatorio dei pazienti.*

2) Vediamo invece gli studi che riguardano il livello di protezione delle mascherine per il personale medico esposto a pazienti portatori di infezioni:

– nel 2015, all’Università di Oxford (Dipartimento di Scienze chirurgiche) si svolge probabilmente lo studio più dettagliato, intitolato **“Unmasking the surgeon: the evidence base behind the use of facemasks in surgery”**, sull’utilità e il grado di protezione delle maschere chirurgiche, sia per il paziente esposto al contatto con il personale medico, che per il personale medico esposto a infezioni di vario ordine provenienti dai pazienti. Le conclusioni dello studio sono le seguenti:

“Le maschere hanno un ruolo chiaro nel mantenere la pulizia sociale del personale chirurgico, ma mancano prove che suggeriscano che conferiscono protezione dalle infezioni ai pazienti o ai chirurghi che le indossano”. Però, visto che la percezione pubblica è a favore delle maschere e *“dato che non ci sono prove che causino alcun danno, i sostenitori preferirebbero essere prudenti e incoraggiare il loro uso continuato... Nella psiche pubblica, le maschere sono diventate così fortemente associate a pratiche chirurgiche sicure e corrette che la loro abolizione potrebbe causare inutili sofferenze al paziente.”* Lo studio riconosce l’effetto psicologico della maschera sia per il paziente che per il chirurgo, per il quale indossare la maschera è spesso una questione di rispettabilità, ma per quanto riguarda gli effetti empirici, lo studio riconosce che **l’unica utilità accertata della maschera è fungere da barriera fisica contro il rischio di schizzi di sangue e fluidi corporei, un rischio maggiore per il chirurgo operante, “ma le maschere non conferiscono alcun grado di protezione dalle infezioni microscopiche che possono interessare il personale.”** (8)

-nel 2019 è stato svolto uno studio randomizzato di Radonovich et al che mette in confronto maschere chirurgiche e maschere N95 come gradi di protezione dall’influenza, intitolato **“N95 respirators masks for preventing influenza among health care personal”**. La domanda che lo studio si pone è *“se respiratori N95 o maschere mediche sono più efficaci nel prevenire l’infezione influenzale tra il personale sanitario a stretto contatto con pazienti con sospetta malattia respiratoria?”* Lo studio parte dalla premessa che: *”benché sia i respiratori monouso N95 che le maschere mediche sono entrambi indossati dall’operatore sanitario per l’autoprotezione, tuttavia, queste maschere hanno diversi usi previsti: i respiratori N95 sono progettati per impedire a chi li indossa di inalare piccole particelle sospese nell’aria, devono soddisfare i requisiti di filtrazione, e adattarsi perfettamente al viso di chi li indossa, limitando la perdita di tenuta del viso; mentre le maschere mediche, chiamate maschere chirurgiche, hanno lo scopo di prevenire la trasmissione di microrganismi da chi le indossa al paziente (qualcosa che è stato confutato da tutti gli studi citati nel punto 1) ndr.). Le maschere mediche non si adattano perfettamente al viso e non impediscono in modo affidabile l’inalazione di piccole particelle sospese nell’aria.* Tuttavia, le maschere mediche prevengono il contatto corpo a corpo e il contatto facciale con goccioline e spray di grandi dimensioni”.

I risultati finali dello studio sono piuttosto sorprendenti: *“In questo pragmatico studio clinico randomizzato a cluster che ha coinvolto 2862 personale sanitario, non vi era alcuna differenza significativa nell’incidenza dell’influenza confermata in laboratorio tra il personale sanitario con l’uso di respiratori N95 (8,2%) rispetto a maschere mediche (7,2%).”* Quindi i due tipi di maschere sono equiparabili nel (non)contrastare virus infettivi e micro patogeni. (9) JM

– altri studi precedenti sulle maschere chirurgiche concludono che: *“La maggior parte delle maschere chirurgiche non sono certificate per l’uso come dispositivi di protezione delle vie respiratorie (RPD). In caso di*

una pandemia influenzale, le implicazioni logistiche e pratiche come la conservazione e il fit test **limiteranno l'uso degli RPD a determinate procedure ad alto rischio che potrebbero generare grandi quantità di bioaerosol infettivi**. Gli studi hanno dimostrato che in tali circostanze viene indossato **un numero maggiore di maschere chirurgiche**, *ma la protezione offerta a chi indossa una maschera chirurgica contro gli aerosol infettivi non è ben compresa.*” (10) Quindi, affinché ci sia una significativa efficacia contro virus infettivi, bisogna indossare almeno due mascherine una sopra l'altra, il che ridurrebbe notevolmente l'apporto di ossigeno al cervello e all'organismo.

-con l'evento della pandemia Covid, nel mese di giugno 2020 è stato prodotto **su richiesta di OMS e pubblicato su The Lancet il famoso Meta-studio sull'uso generalizzato e universale delle maschere anche in ambienti extra ospedalieri, di socializzazione, come mezzo di contrasto al contagio virale, insieme al distanziamento sociale**. Questo studio non produce nulla di sana pianta, ma accumula 172 studi osservazionali in 16 paesi e sei continenti, senza studi controllati randomizzati, e 44 studi comparativi rilevanti in contesti sanitari e non sanitari (n = 25.697 pazienti). E conclude che: “la trasmissione dei virus era inferiore con una distanza fisica di 1 m o più; la protezione è stata aumentata con l'allungamento della distanza. L'uso della maschera facciale potrebbe comportare una notevole riduzione del rischio di infezione (n = 2647; aOR 0,15, IC 95% da 0,07 a 0,34, RD -14,3%, da -15,9 a -10,7 ; bassa certezza), con associazioni più forti con N95 o respiratori simili rispetto a maschere chirurgiche usa e getta. La protezione degli occhi era anche associata a una minore infezione (n = 3713; aOR 0,22, IC 95% da 0,12 a 0,39, RD -10,6%, IC 95% da -12,5 a -7,7; bassa certezza).” (11)

-il Meta-studio solleva una serie di critiche e confutazioni da parte di scienziati indipendenti, fra cui quelli del Centre for Evidence-Based Medicine, University of Oxford- Tom Jefferson e Carl Heneghan, che contestano i parametri di distanza introdotti dalla Meta-studio come scientifici, dichiarando che: “**Non ci sono prove scientifiche a sostegno della disastrosa regola dei due metri. La ricerca di scarsa qualità viene utilizzata per giustificare una politica con enormi conseguenze per tutti noi.**” Gli scienziati smontano diverse imprecisioni nell'estrazione dei dati per la revisione Lancet e una serie di punti di dati non plausibili, confermando che i parametri del Meta-studio non sono basati su studi concreti, ma volti a giustificare il distanziamento sociale e il lock down. (12)

– ma visto che parliamo di maschere chirurgiche, vi è un altro punto ancora più compromettente nel Meta-studio (sollevato da Wang et al): per giustificare l'uso universale e indifferenziato di maschere mediche, lo studio di Lancet cita uno studio falsandone i dati, ribaltando i risultati dello studio stesso. Lo studio originale, fatto a **Hubei**, è uno dei pochi, se non l'unico, ad aver esaminato l'utilità delle maschere mediche in condizioni ospedaliere di epidemia covid, e le sue conclusioni sono sorprendenti: “I membri del personale medico nei centri che ricevevano pazienti COVID-19 avevano un rischio maggiore di contrarre l'infezione rispetto a quelli nei centri che non ricevevano pazienti COVID-19 (rischio relativo: 19,6; intervallo di confidenza al 95%: 12,6-30,6). Il contatto con pazienti COVID-19 (62,5%, 75/120) o colleghi infetti (30,8%, 37/120) era la modalità di trasmissione più comune. Circa il **78,3% (94/120) dei casi infetti indossava maschere chirurgiche**, mentre il **20,8% (25/120) non ha utilizzato la protezione quando esposto alla fonte dell'infezione.**” (13) Quindi chi indossava le maschere nel momento di esposizione ha contratto l'infezione con una percentuale molto maggiore. E questo fatto conferma non solo la 'relativa' funzione antivirale della maschera, ma ci collega con il punto cruciale – quello degli effetti collaterali di questo accessorio, il quale potrebbe essere la causa per cui la maggior parte dei medici che porta la maschera rimane infettato.

3) Sarebbe insufficiente discutere sull'utilità delle mascherine mediche senza fare un bilancio complessivo, tenendo conto degli effetti negativi che esse provocano sulla salute, anche perché sull'incertezza della funzione protettiva della maschera prevale senz'altro la certezza netta e dimostrabile dei suoi effetti dannosi. A differenza dei punti **1)** e **2)**, qui sarebbe sufficiente citare uno degli ultimi studi fatti su questo argomento: è lo studio dell'epidemiologo Lazzarino dell'University College of London prodotto in tempi di pandemia, nel mese di aprile 2020. (14) Esso dice che: “*Le maschere facciali rendono la respirazione più difficile; una frazione di*

CO₂ espirata in precedenza è inalata a ogni ciclo respiratorio. I due fenomeni aumentano frequenza e profondità della respirazione, quindi la quantità di aria inalata ed espirata, ma la qualità dell'aria è fortemente peggiorata. Ciò può aumentare la diffusione di virus e batteri, fra cui sars-cov-2, perchè le mascherine diffondono aria contaminata". Al netto di problemi dermatologici e di allergia, le maschere rallentano lo scambio fra anidride carbonica e ossigeno, ma tali problemi aumentano pericolosamente nel momento in cui si svolgono attività fisiche sportive o attività quotidiane che causano naturalmente un affanno maggiore (con la mascherina l'affanno spinge l'aria espirata verso gli occhi, il che potrebbe infiammarli). Ma benchè questi effetti si manifestano a tempo breve e in modo inconfondibile, bisogna sapere che a lungo andare l'indossare ossequioso della mascherina può causare danni irrecuperabili, portando perfino alla morte, come già tristemente accaduto a ragazzi in età infantile. Inoltre, è appurato che a medio e lungo termine la maschera provoca: confusione e incapacità di concentrazione, inadeguatezza cognitiva, vertigini, emicrania, depressione, attacchi di panico, aritmia cardiaca, apatia, problemi con la memoria, infezioni polmonari, sindrome respiratoria acuta, ipossia cronica a livello cerebrale e di tessuti dell'organismo, la quale a sua volta è uno dei fattori per la diffusione di cellule tumorali.

E' curioso il fatto che il Ministero della salute italiano nel mese di aprile 2020 fa raccomandazioni sull'uso delle mascherine facciali nella comunità, avvertendo di *"tenere attentamente conto delle lacune delle prove di efficacia, della situazione dell'offerta e dei potenziali effetti collaterali negativi"*, ma in ottobre rende le maschere universalmente obbligatorie. Con la cognizione degli effetti collaterali disastrosi per la salute, sorge il dubbio se con l'imposizione obbligatoria della mascherina non si volesse instaurare una funzione non protettiva bensì induttiva all'addestramento delle persone, mirata al loro assoggettamento alle autorità, una disciplina che viene usata nella educazione di cani e altri animali domestici, per cui è stata oggetto di sperimentazione nella pratica scientifica di Pavlov. Un addestramento sociale nell'abituare alla privazione di aria, e quindi di vitalità, conducendo le persone verso uno stato di salute sempre più precario, abbinato a un comportamento sempre più remissivo, amorfo e acritico.

Pavlov si era accorto di come con uno stimolo naturale (cibo) si è in grado di provocare una reazione involontaria (risposta), che in quel caso era la salivazione del cane. Ma associando per un certo numero di volte l'erogazione del cibo con un suono di campanello, alla fine è stato sufficiente solo il suono del campanello per determinare la salivazione del cane. In questo caso la salivazione è indotta come riflesso condizionato prodotto artificialmente, in mancanza di uno stimolo reale. Procedendo per analogia, la paura di inalare un virus sarebbe lo stimolo naturale per proteggersi con una mascherina; nel momento in cui subentra però la sanzione da parte delle autorità in funzione dell'obbligo universale della mascherina, la paura della sanzione diventa lo stimolo secondario che dopo un breve periodo inizia a funzionare anche in assenza della paura primaria (quella del contagio), provocando lo stesso comportamento, cioè l'indossare della maschera, come riflesso condizionato. E' curioso il fatto che sono state proprio le autorità cinesi ad accorgersene di questo condizionamento autolesivo, notando come, una volta abolito l'obbligo della mascherina, una gran parte delle persone continuavano a portarla anche all'aperto, non più per la paura del contagio quanto per la paura di essere sanzionati e giudicati male dagli altri, in particolar modo da chi continuava a portare la mascherina. Quindi le autorità, per sbloccare tale condizionamento e per dissuadere più efficacemente le persone dalla sopravvenuta abitudine riflessa, si sono viste costrette a mettere nei luoghi pubblici cartelli con la scritta *"strongly not recommended"*. Questo senz'altro è stato l'unico momento in cui i governatori cinesi si sono veramente preoccupati per lo stato di salute dei propri sudditi al netto di ogni propaganda. Forse perché gli affari con le maschere stanno fruttando bene nell'Occidente, o forse perché sono passati ad addestramenti più edificanti.

Note:

(1) = <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1157412/>

(2) = [https://link.springer.com/article/10.1007/BF01658736?](https://link.springer.com/article/10.1007/BF01658736?fbclid=IwAR1IXVnx1UAa_YbyAnAuTwgwC3DUoe94r_dgofSdLZ1WqJ6jGuZ11SelZQU)

[fbclid=IwAR1IXVnx1UAa_YbyAnAuTwgwC3DUoe94r_dgofSdLZ1WqJ6jGuZ11SelZQU](https://link.springer.com/article/10.1007/BF01658736?fbclid=IwAR1IXVnx1UAa_YbyAnAuTwgwC3DUoe94r_dgofSdLZ1WqJ6jGuZ11SelZQU)

- (3) = https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/evolution-of-the-surgical-mask-filtering-efficiency-versus-effectiveness/BB28A0E3B50BCD293C5281E4AE6DFF00?fbclid=IwAR1zWZBCCV6xLdSMQqYaywMOTU2Er2QQDoF7_GPhDx_3uHqkNOG1cXNsfOk
- (4) = <https://europepmc.org/article/med/11760479?fbclid=IwAR1CxIaASS42PgEzrFf61fu-zcmlDxexNNjDxhWdUgs4BL6ej4hnfQi56Oc>
- (5) = <https://www.semanticscholar.org/paper/Does-evidence-based-medicine-support-the-of-in-in-Bahli/751acd427c20c8dc7d1fbc1b45eead104286f481?p2df&fbclid=IwAR3-zIn2sBROa33k-HP1uG4Leq4aJlzJ0UU2cNA0FqnXrEkRMstqxOG9nFg>
- (6) = <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21068655/>
- (7) = https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1445-2197.2009.05200.x?fbclid=IwAR1IXVnx1UAa_YbyAnAuTwgwC3DUoe94r_dgofSdLZ1WqJ6jGuZ11SelZQU
- (8) = <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26085560/>
- (9) = <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31479137/>
- (10) = <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23498357/>
- (11) = [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31142-9/fulltext?fbclid=IwAR1v0KWnutocnQ7aPhGWtw3bUaBstn5w4xiAS7kR_aMgeXjtHntE6OeN340](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31142-9/fulltext?fbclid=IwAR1v0KWnutocnQ7aPhGWtw3bUaBstn5w4xiAS7kR_aMgeXjtHntE6OeN340)
- (12) = <https://pubpeer.com/publications/6AF113CE946CABB0FBB811697E5E54?fbclid=IwAR3GkQkQVfiiaA-vXXfbhUhpO8I9feaHlGz4xXEVc41RtmZqk1iteqJsltg>
- (13) = https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.20.20064899v1?fbclid=IwAR1-FsKn79W6cZ7oThj3mefXZGUTuqy_qplBlNGAjKkRonqCqJueyLcjMhM
- (14) = <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1435>

Covid o influenza? di Francesco Cappello 3/11/20 www.sinistrainrete.info

Sapevate che i tamponi non distinguono tra virus influenzali diversi e che secondo l'OMS l'influenza nel mondo è praticamente scomparsa? Su un [report dell'ISS](#) relativo all'influenza stagionale 2017/18 si legge: **Mortalità:** Durante la diciassettesima settimana del 2018 la mortalità è stata inferiore al dato atteso, con una media giornaliera di 184 decessi rispetto ai 199 attesi

In Italia 68.000 decessi in tre anni attribuiti all'influenza

Più in generale, in uno studio [“Investigating the impact of influenza on excess mortality in all ages in Italy during recent seasons \(2013/14–2016/17 seasons\)”](#), pubblicato dall'*International Journal of Infectious disease*, leggiamo come nelle stagioni invernali 2013/14, 2014/15, 2015/16 e 2016/17 si siano verificati in Italia una media stimata di 5.290.000 casi di sindromi simil-influenzale [ILI], corrispondenti ad un'incidenza del 9% che hanno determinato rispettivamente 7.027, 20.259, 15.801 e 24.981 morti.

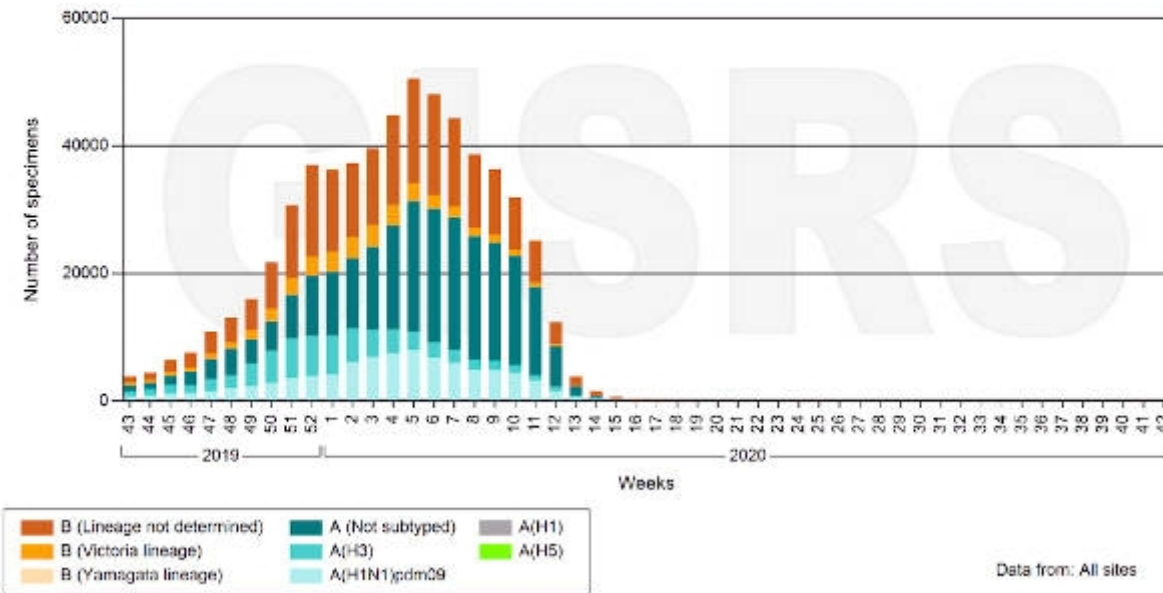
Nel periodo preso in considerazione dallo studio sono stati perciò stimati più di **68.000 decessi attribuibili a epidemie influenzali**. Secondo gli autori dello studio l'eccesso di morti osservato si spiega con l'elevata età media riscontrabile in Italia e il conseguente gran numero di soggetti fragili. Non ci sorprende, sappiamo, infatti, che le normali influenze stagionali provocate da **virus influenzali** hanno da sempre provocato mortalità per complicanze alle vie respiratorie come le gravi infezioni respiratorie acute (SARI), le sindromi da distress respiratorio acuto (ARDS), che da sempre contribuiscono a far crescere il numero dei ricoverati in terapia intensiva.

Viceversa, sorprende quanto messo in evidenza dai [recenti dati \(26 ottobre\) forniti dall'OMS](#) da cui si evince che i casi di influenza nel mondo sono improvvisamente crollati del 98%! Vedi anche [Il Covid ha ucciso l'influenza. Gli esperti: «I casi nel mondo sono crollati del 98%»](#) e qui [Has Covid killed off the flu?](#)

Naturalmente il crollo a zero imbarazza, così l'OMS si affretta a spiegare che [“Le varie misure igieniche \(gel mascherine ecc. n.d.a.\) e di allontanamento fisico attuate dagli Stati membri per ridurre la trasmissione del virus SARS-CoV-2 hanno probabilmente svolto un ruolo nella riduzione della trasmissione del virus](#)

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2020

[influenzale](#)“.

Sarebbe, però, come affermare che i [68 mila morti che si sono registrati, in un triennio, nella sola Italia](#), per complicità dell’influenza, sarebbero state evitabili adottando misure quali mascherine, distanziamento e gel... peccato che in altro lavoro scientifico sponsorizzato dalla stessa OMS si dimostra, facendo appello ad una [monografia che raccoglie tra l’altro i risultati di 14 ricerche randomizzate](#), che quelle misure non servono a proteggere dalle infezioni virali!

Se si aggiunge che i tamponi non rilevano specificatamente la presenza di SARS-CoV-2 ma più genericamente i coronavirus o sue tracce ossia i comuni virus dell’influenza (vedi il mio [Dubbi da tamponare](#)), i dubbi e le perplessità si infittiscono lasciando che le ombre prendano irrimediabilmente il sopravvento sulla chiarezza.

Il sovraccollamento

Il sovraccollamento dei reparti di terapia intensiva e rianimazione è problema annoso delle nostre strutture sanitarie. La differenza con il passato sta solo nella diversa rilevanza mediatica che esso ha assunto con il covid. Ecco sull’argomento un articolo di revisione del 2018 [“Il sovraccollamento dei Pronto Soccorso in inverno e l’aumento dei posti letto nelle Pneumologie”](#) a cura di Mario Del Donno, Antonio Di Sorbo e Assunta Miccoil.

Quel che segue è il sommario dell’articolo che ne riassume i punti salienti:

L’aumento di incidenza e prevalenza delle malattie respiratorie croniche a livello mondiale determina un peso sociale rilevante sia a livello assistenziale che economico e rappresenta, per gli operatori sanitari e i decisori politici, una sfida importante da affrontare nella programmazione delle politiche sanitarie nazionali e mondiali. A tal fine andrebbero implementate politiche socio-sanitarie preventive atte alla incentivazione della disassuefazione dal fumo di sigaretta, alla riduzione dell’inquinamento atmosferico ed alla effettuazione più capillare di vaccinazioni, soprattutto nei pazienti ad alto rischio di riacutizzazioni infettive. Inoltre, diventa fondamentale una più corretta ed adeguata programmazione dei posti letto di Pneumologia negli ospedali, anche con l’attivazione di Unità di Terapia Semi-Intensiva Respiratoria, in grado di poter dare le giuste risposte terapeutiche a pazienti affetti da patologie respiratorie acute e/o croniche severe che affollano i Pronto Soccorso, oltre a liberare posti di pazienti meno critici dalle Rianimazioni.

e alcuni stralci:


Diventa fondamentale una sensibilizzazione medica e socio-politica rispetto ai cambiamenti che prevedono la BPCO come terza causa di morte ed i tumori pleuro-polmonari come quinta causa di morte nel mondo. (...) Anche in Italia, la crescente prevalenza di malattie respiratorie acute e croniche riacutizzate, di fronte alle carenze di posti letto in Terapia Intensiva Generale, ha prodotto un sempre maggiore interesse per l'apertura di nuove Terapie Intensive e Sub-Intensive Respiratorie, nei reparti di Pneumologia. Infatti, come evidenziato dall'ultimo censimento nazionale, le UTIR sono aumentate da 26 a 44 unità negli ultimi 10 anni, **anche se il numero dei posti letto censiti è ancora al di sotto del fabbisogno nazionale stimato** e la distribuzione geografica è eterogenea, con maggiore concentrazione nel Nord Italia.

Inoltre, è evidente che le problematiche relative al sovraffollamento negli ospedali anche nella nostra realtà italiana riguardano, oltre agli organi amministrativi, in modo specifico diverse figure professionali, ed in particolare:

- a) i Medici di Medicina Generale (...);
- b) gli specialisti Pneumologi ambulatoriali;
- c) gli Pneumologi ospedalieri, che dovrebbero attrezzarsi a gestire posti letto dedicati a pazienti con affezioni respiratorie acute e/o croniche anche severe, in reparti di Terapia Intensiva o Semi-Intensiva Respiratoria attrezzati 26/27, e non "subire" la chiusura o il ridimensionamento dei reparti di Pneumologia, come spesso accade.

In Italia le difficoltà legate al sovraffollamento dei PS sono presenti nei periodi non solo invernali ed i problemi, irrisolti, si manifestano con assoluta puntualità ogni anno.

Ospedali, i tagli del governo Monti: saltano 30mila posti letto




Le Regioni dovranno indicare entro il 31 dicembre come procedere. La media nazionale scenderà da 4,2 a 3,7 letti ogni mille abitanti. Si pronuncia spending review. Si legge trentamila posti letto in meno negli ospedali italiani. NEL TRIENNIO 2013-2015 - Entro il 31 dicembre le Regioni dovranno indicare dove e come effettueranno la riduzione. Si dovrà passare nel prossimo triennio 2013-2015 a un rapporto di 3,7 letti ogni mille abitanti dall'attuale 4,2, la media nazionale.

La riforma Serracchiani tagliare su tutto: ospedali, reparti e soccorso



I medici non sono 25 in un anno in questo pronto soccorso, meglio per chi "va chiusa". La sala operatoria è una signora si alza dicendo che solo nel secondo semestre del 2013 sono stati 116, otto volte tanto, smontando le cure del Direttore Centrale della Salute e delle Politiche Sociali della giunta Serracchiani. Adriano [...]

Spending review, Cottarelli: Tagli per altri 3-5 miliardi alla sanità



Chiudere i piccoli ospedali è doloroso. Ma se non lo si fa è inutile parlare di #spendingreview

#piazzapulita

12:19 AM - 7 giu 2015 - Twitter for Android

36 Retweet 15 Mi piace

Chiamparino: non terremo aperti ospedali per mantenere il posto ai primari

Il presidente della Regione: la riorganizzazione della sanità deve essere molto più radicale di quella prospettata dalla giunta Cota se vogliamo un servizio di alto livello



La riorganizzazione della sanità dovrà essere molto più radicale di quella prospettata dalla precedente amministrazione". Sarà pure l'ora del dialogo, come va ripetuto da giorni, ma è questo battagliero ieri a Vicenza lo Sergio Chiamparino racconta di un presidente piccato, determinato a non farsi bloccare dalla resistenza: "Se vogliamo raggiungere l'obiettivo di mantenere alto il livello di servizio ai cittadini e allo stesso tempo rispettare le esigenze di bilancio nei prossimi anni dovremo fare passi da 40 al 50 e siamo affaristi per ridurre i costi - non possiamo non usare rigore e determinazione e procedere nonostante le opposizioni".

La salute prima di tutto. Un assioma talmente condiviso da apparire ai nostri occhi come una Verità.

Va bene, sono d'accordo, prima la salute. Se per "salute" intendiamo pieno benessere psichico e fisico individuale, perfetta armonia sociale, libertà, possibilità di autodeterminazione... allora sì, la salute viene prima di tutto. Ma invece, cosa intendiamo per "salute"? Fino a poco tempo fa avrei risposto che per salute, normalmente, intendiamo la semplice "assenza di malattie". Molto meno nobile e profondo, ma forse ancora accettabile. Ma adesso la situazione è peggiorata. Da quando è iniziata l'epidemia di coronavirus, quando diciamo: "prima la salute", intendiamo in realtà: "prima la sopravvivenza". L'infezione da coronavirus, che decorre addirittura asintomatica o a paucisintomatica in un'ampia percentuale di contagiati, può essere molto grave o fatale in alcuni soggetti. Prevalentemente, anche se non esclusivamente, in individui che sono già anziani o già ammalati. Quindi, parlare di "diritto alla salute", ha poco senso. Una popolazione "in salute", davvero in salute, avrebbe contenuto notevolmente i danni potenziali di questo virus (come di tutti i patogeni). Più realisticamente, si dovrebbe parlare oggi del "diritto alla sopravvivenza a ogni costo", oltre i limiti naturali e biologici, di una popolazione generale con uno stile di vita malsano, formata da un'ampia percentuale di malati cronici, medicalizzata dal primo vagito all'ultimo respiro. La salute, quella vera, il pieno equilibrio psico-fisico, l'abbiamo già persa da molto tempo.

Quello che oggi vogliamo non è la salute: quello che oggi vogliamo, è solo sopravvivere il più a lungo possibile. Non importa a che prezzo. Siamo così abituati a condizioni di vita innaturali, all'infelicità, alla tristezza cronica, che ormai l'unica cosa che ci interessa è mantenere il corpo in vita: abbiamo solo quello. Non importa se si tratta di una vita artificiale, legata ai farmaci o addirittura a procedure invasive. "Prima la sopravvivenza". Prima di tutto. Prima della libertà, prima della felicità, prima delle relazioni. Ma "sopravvivenza" non è sinonimo di "vita". La vita umana senza libertà, per qualsiasi individuo ancora psicologicamente sano, è del tutto inaccettabile. Ci si attacca alla pura sopravvivenza quando ormai si è rassegnati a non vivere la vera vita, in tutta la sua pienezza, con tutti i suoi rischi. Purtroppo, siamo una popolazione ampiamente rassegnata all'infelicità. Quindi possiamo tollerare qualsiasi cosa. Perfino la quarantena perenne.

La sopravvivenza viene prima della libertà individuale, prima del diritto alla manifestazione del dissenso, prima dell'amicizia, prima dell'istruzione dei nostri bambini, prima di ogni forma di attività condivisa, prima di ogni tipo di progetto al di fuori del nucleo familiare, prima della possibilità di celebrare le funzioni religiose tipiche del proprio culto, prima dell'arte e della cultura? Viene davvero prima di tutto questo? Sono tutte cose "non essenziali"? E chi, nei secoli passati, è morto per la libertà? Era matto? Chi ha dato la vita per il diritto allo sciopero era squilibrato? Chi si è fatto martirizzare pur di poter assistere a una funzione religiosa, era fanatico?

Stiamo volontariamente rinunciando a tutti i nostri diritti, conquistati con il sangue dei nostri avi, a favore della pura sopravvivenza. Si dirà: ma è per poco tempo. Solo per interrompere il contagio. Mi viene voglia di rispondere che alla mancanza di libertà ci si abitua molto presto. Come all'infelicità. Quando è stato proposto il primo lockdown, personalmente ero d'accordo. Proprio perché pensavo fosse una cosa veloce. Poche settimane. Magari da utilizzare per rallentare i miei ritmi, per meditare con profondità: la solitudine, se ben utilizzata, è meravigliosa. Il vero problema è il prolungarsi della situazione. Il problema è che **i bambini si stanno contagiando con la nostra paura**. Rischiamo di lasciare in eredità il pianeta a una generazione di ipocondriaci e maniaci dell'igiene. Rischiamo di abituarci a vivere le nostre relazioni via web. Rischiamo di considerare tutto questo, come ho già sentito dire, la "nuova normalità". Questo è un pericolo ben più grave della morte fisica. Si dovrebbe stabilire a priori la durata massima di un lockdown. Indipendentemente da come vanno i contagi: ci dev'essere un punto oltre il quale la limitazione (o meglio, la privazione) della libertà si deve considerare inaccettabile, anche a costo di

provocare un nuovo picco di mortalità. Invece, non si parla mai di durata massima: la durata dell'emergenza dipende dall'andamento dell'epidemia. Finché c'è rischio, la libertà può essere soppressa. Senza limiti. Per un tempo indefinito. Finché non si torna sotto Rt 1,5. Finché gli ospedali non si svuotano. Finché non si trova il vaccino.

E se il vaccino non funziona? E se arriva un nuovo virus? Cosa facciamo? Siamo disposti a cedere la nostra libertà a tempo indeterminato? A ogni nuova emergenza? Perennemente sotto ricatto? Cosa guadagniamo, in cambio della libertà? Una sopravvivenza infelice e innaturale, che comunque prima o poi avrà fine perché tutti, presto o tardi, si muore (mi dispiace doverne dare notizia, ma si muore anche senza coronavirus...). Perdonatemi, ma trovo l'affare davvero poco vantaggioso. La cosa più preziosa che abbiamo perso con il cosiddetto progresso scientifico, è la serena accettazione della morte.

“Molte contraddizioni nelle regole imposte. Dal punto di vista medico-scientifico non hanno alcun senso”

5/11/20

Intervista al Dr. Massimo Orlandini

Intervista al Dottor Massimo Orlandini, medico fiorentino, all'indomani dell'uscita del nuovo dpcm che ha imposto nuove regole alle quali uniformarsi nella vita di tutti i giorni dal 6 novembre al 3 dicembre. Regole più stringenti nelle quattro regioni rosse (Lombardia, Piemonte, Calabria, Valle D'Aosta), meno drastiche nelle due arancioni (Puglia e Sicilia) e attenuate nelle zone gialle (le restanti più le due province autonome di Bolzano e Trento). L'Italia è infatti stata divisa in tre scenari di rischio, dal giallo al rosso, con misure via via più restrittive.

Un grande intellettuale francese, André Malraux, diceva che la prima vittima della guerra è l'innocenza e la seconda la verità. Mai, come in questo periodo storico, stiamo vedendo quotidianamente la verità calpestata, basta guardare la TV o aprire i soliti giornali: c'è un sistema di controllo dell'informazione che pare invincibile. Eppure, proprio quando la verità viene profanata più di tanto, alcune coscienze (per fortuna sempre di più) si scuotono per urlare un'altra realtà.

È utile e fondamentale fare risuonare queste voci, soprattutto quelle di ricercatori, scienziati e medici che in questo momento hanno il coraggio di andare controcorrente e fornire argomenti e dati diversi da quelli presentati normalmente. Un'informazione libera e indipendente ha il dovere di fare questo, oltre che il diritto di farlo. A qualcuno non piace e facilmente si viene bollati come negazionisti, stupida etichetta denigratoria che ultimamente si pretende di affibbiare a chiunque si ponga con coscienza critica nei confronti del fenomeno complesso che è stato (ed è) questo periodo cercando di vedere oltre, di comprendere cause dirette e responsabilità umane, logistiche, strutturali, normative.

È esattamente il contrario. Negazionista è chi si rifiuta di comprendere ogni aspetto, chi si mantiene in superficie non pretendendo chiarezza sulle responsabilità per poter distinguere quanto sia imputabile a questo virus e quanto ad altro. Negazionista è chi trasmette e fa proprie informazioni preconfezionate senza preoccuparsi di ascoltare tutte le campane dimenticando che la verità può avere molte sfaccettature. Per avvicinarsi a quest'ideale di verità è necessario liberarsi da preconcetti, ascoltare tutti, considerare anche quello che altri scartano e, soltanto dopo, cercare di sviluppare un proprio giudizio.

Dottor Orlandini nei giorni scorsi Lei ha registrato un video che è diventato ben presto virale. “Il covid-19 in questo momento non rappresenta più assolutamente niente”, ha dichiarato subito con fermezza. La pensa ancora così?

“Indubbiamente. Inutile spiegare per l'ennesima volta che questo virus, come tutti i suoi simili, ha perso la sua virulenza e quindi la sua capacità di infettare un organismo umano. Le influenze che sono presenti in questi giorni possono essere date da altri virus influenzali, ma finché continueremo a fare i tamponi per cercare solo il Covid-19 non lo sapremo mai, rischiando inoltre di fare un errore diagnostico e quindi terapeutico”.

Allora il numero dei casi nuovi? Il numero dei ricoverati in ospedale?

“Tutto falsato dal fatto che oggi in qualunque ospedale voi andiate per qualunque motivo, fosse un incidente stradale, un infarto, un'emorragia o un mal di testa che non riuscite a far passare, qualunque sia il motivo per il quale accedete al pronto soccorso, venite sottoposti a tampone. Se il tampone risulta positivo, voi statisticamente diventate un paziente Covid. Quindi può accadere che se arrivate in ospedale perché, per esempio, siete stati schiacciati da un camion, in caso di tampone positivo siete 'un paziente covid' e non 'un paziente che è stato schiacciato da un camion'. Questo avviene continuamente. Quindi, quando alla televisione e sui giornali sentite 'nuovo caso Covid' bisognerebbe andare a verificare se effettivamente la causa di accesso al pronto soccorso è quella. Ora stanno già cominciando le influenze stagionali, ci sono già il raffreddore, la tosse e il mal di gola.

Ma non si può, se c'è un paziente in cardiologia per una coronaropatia, per un infarto, per uno scompenso cardiaco, fargli un tampone e, siccome viene positivo, etichettarlo e farlo finire nelle statistiche dei pazienti Covid! Questo meccanismo viene messo in atto anche quando un paziente deve fare un intervento chirurgico programmato e degli esami diagnostici. Un altro aspetto pericoloso che si sta ripetendo, come a marzo scorso, è rappresentato dalla totale, o quasi, assenza dei medici del territorio, che ad oggi non hanno ricevuto un protocollo terapeutico adeguato dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute e quindi alla richiesta dei pazienti influenzati non prescrivono altro che paracetamolo, facendo aumentare nuovamente gli accessi agli ospedali. Quindi un gran numero di persone ad oggi ricoverate, potrebbero essere tranquillamente seguite e curate a casa. Questa non è medicina, questa è una malsana politica che però ci sta rendendo malsana anche la vita da tutti i punti di vista”.

Ha parlato di tamponi fallaci. Vorrei approfondire e capire quali sono le sue argomentazioni in merito.

“Prima di tutto i tamponi alle persone sane non si fanno, non si fanno degli esami per andare a cercare una malattia in una persona che non ha sintomi, che non ha niente. Dal punto di vista del ragionamento medico non ha senso fare un tampone a una persona che non ha un raffreddore, non ha febbre, non ha tosse, non ha mal di gola. In secondo luogo basta con l'utilizzo dei tamponi perché sappiamo benissimo essere assolutamente fallaci. La macchina che viene utilizzata per analizzare il tampone con i vari reagenti si chiama PCR test, è una macchina che non ha mai ricevuto l'omologazione per fare diagnosi proprio perché troppo ricca di falsi positivi. Questo succede perché la Polymerase Chain Reaction è un test che amplifica milioni di volte il segnale del genoma virale del Covid-19, ma anche di un suo minimo frammento o di un virus morto. Quindi, se nei secreti delle mucose respiratorie è presente un frammento di un virus morto, l'esame risulta positivo. Positivo al nulla.

Un altro enorme difetto è rappresentato dal non avere un test che ci indichi la carica infettante, cioè il numero di virus presenti. Da anni, con ripetuti test in vitro, sappiamo che per essere contagiosi deve essere presente una carica infettante minima di 1.000.000 di unità per campione. Per questo motivo, quando oggi state bene e vi sottopongono o vi sottoponete volontariamente a un tampone, sappiate che il risultato ha lo stesso significato di quando si compra il gratta e vinci: si gratta e se il tampone è negativo, si vince; al contrario si gratta e si perde, se il tampone è positivo. Il risultato del tampone in questo momento è quindi attendibile esattamente come una possibilità di vincere al gratta e vinci. In definitiva chi è positivo al tampone, ma non ha alcun sintomo, non è né malato, né contagioso”.

Si sente parlare comunque di un numero alto di vittime, circa 35 000 morti solo tra marzo e aprile. Se volessimo paragonare il numero delle persone decedute a quello degli individui che negli anni precedenti si sono infettati, sono andati a finire in ospedale e che sono anche deceduti per complicazioni da sindrome influenzale, che tipo di considerazioni si potrebbero fare?

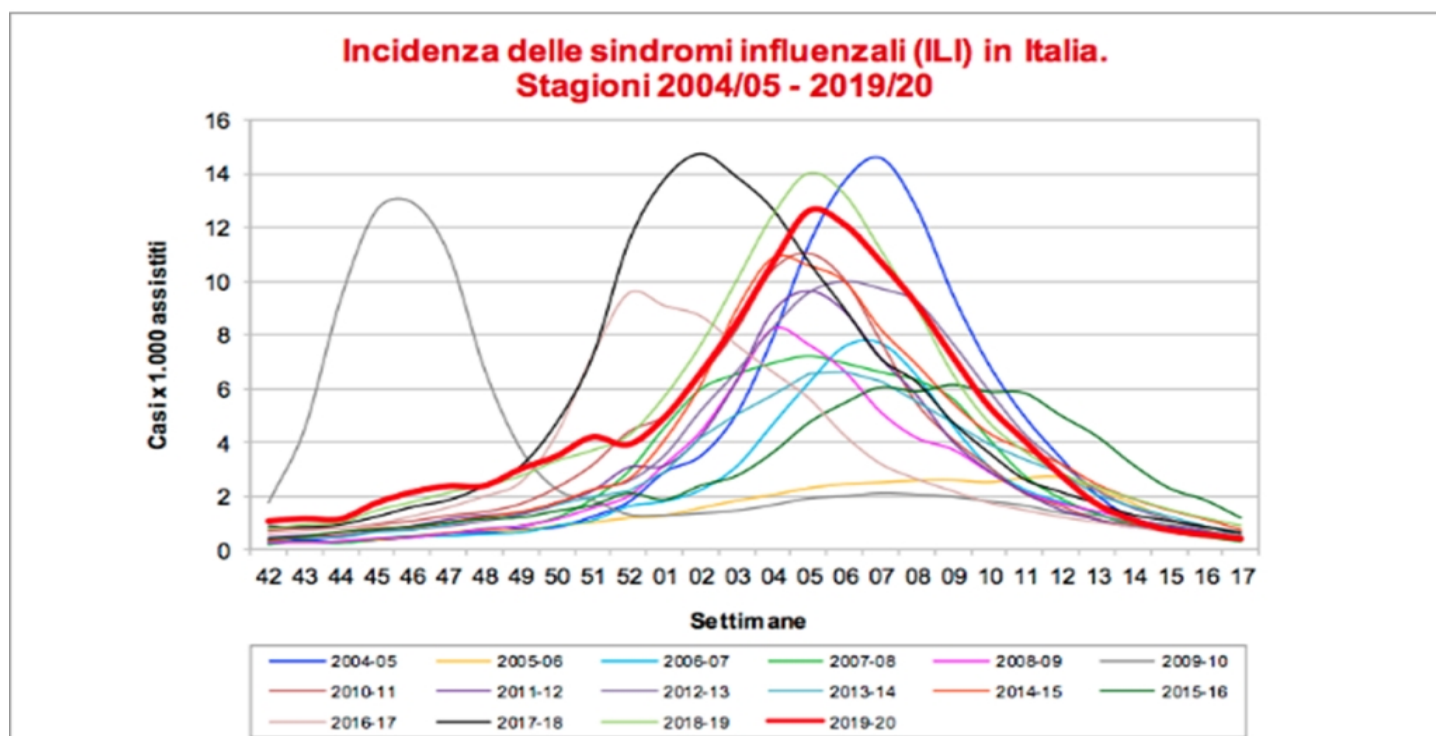


Illustrazione 2: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4732

“I casi che ci sono stati quest’anno di persone ammalate, di persone che sono andate in ospedale e guarite, di persone che invece purtroppo sono andate in ospedale e sono decedute, non è assolutamente un numero esagerato rispetto a quello che è accaduto in altri anni. Anzi vorrei esortare ad andare a vedere nei siti ufficiali, sul sito dell’Istituto Superiore di Sanità e sul sito del Ministero della Salute. Andate a vedere i numeri delle persone che si sono infettate negli anni passati, che sono andate a finire in ospedale, che sono decedute per complicazioni da sindrome influenzale. Nel 2015, per esempio, ci furono risultati particolarmente allarmanti. La differenza di morti rispetto al 2014 fu di oltre 66.000 persone, portando il totale a 653.000 e fu poi stabilito che una delle cause fondamentali era stata proprio l’influenza, visto che il picco principale era stato durante i mesi invernali. Ogni anno l’influenza determina un eccesso di mortalità. Se, infatti, osserviamo l’andamento della mortalità totale (cioè per tutte le cause) in un periodo di tempo, notiamo un andamento sinusoidale con dei picchi in corrispondenza dei mesi invernali e degli avvallamenti nei periodi estivi e i picchi si osservano soprattutto tra le persone anziane. Nel 2004, 2009, 2017 e 2018, come si evince dal grafico ripreso dal sito del Ministero della Salute, abbiamo avuto influenze con un’incidenza nettamente superiore a quella di quest’anno (in rosso)”.

Qual’ è allora la differenza tra questo nuovo coronavirus e le influenze di questi ultimi anni?

“Ripetendo fino alla nausea, i virus con le caratteristiche del coronavirus sono dei virus che dopo aver avuto un picco di virulenza, cioè capacità di infettare le cellule della persona e dare malattia, poi si adattano all’organismo ospite. Anche questo virus con il quale stiamo avendo a che fare, nell’arco del tempo, si è adattato e la sua virulenza, dopo due o tre mesi, si è ridotta ai minimi termini, tanto che oggi il covid-19 non infetta più gravemente, se non in una piccolissima percentuale di casi. Per il resto può essere presente all’interno dell’organismo senza provocare nessuna malattia e senza determinare alcuna contagiosità. Questa è una strategia che tutti i virus utilizzano perché i virus, per poter vivere, hanno bisogno del corpo umano, hanno bisogno delle cellule dell’ospite che loro infettano, per questo motivo si adattano, acquisiscono cioè delle caratteristiche per le quali riescono a stare all’interno dell’organismo senza dare nessun fastidio, senza provocare nessuna reazione esagerata in maniera appunto da non essere eliminati dal sistema immunitario: se ne stanno lì in un angolino fermi riuscendo in questo modo a rimanere vivi. E questo è anche il motivo per il quale se io faccio un tampone e vado a cercare SarsCov, oppure Mers oppure tutti i vari virus influenzali che si sono susseguiti nell’arco degli anni passati, posso evidentemente trovarli tutti senza che le

persone nelle quali io li vado a riscontrare siano malate. Alla fine è un bene che i virus circolino il più possibile”.

Dunque un’epidemia si arresta solo quando una discreta percentuale di popolazione è venuta a contatto col virus e si è naturalmente immunizzata? Se questo è vero, allora le decisioni indirizzate a ‘bloccare’ a qualunque costo qualunque contagio prolungherebbero in realtà un’epidemia? Più sono restrittive, più lunga sarà un’epidemia? Oppure hanno un senso?

“Un’epidemia si estingue per tanti motivi. Il principale motivo è legato alle caratteristiche dell’agente che ha portato all’epidemia, che subisce quelle modificazioni di cui le ho parlato prima e che nel tempo lo fanno diventare innocuo. Anche le vecchie epidemie di SARS-Cov e Mers si sono esaurite spontaneamente, tanto che, pur non avendo adottato misure restrittive, nel giro di pochi mesi queste infezioni sono scomparse. Questo ci fa capire che oggi, dopo il picco di marzo e aprile scorsi, continuare ad imporre regole, sempre più restrittive non ha nessun senso e non cambierà minimamente il decorso della vita del virus. Sul fatto che più persone si “contagino” più si raggiunge una immunità di gregge, non sono d’accordo, perché un altro aspetto è legato al fatto che la risposta immunitaria a questi virus è temporanea e dura circa 3 mesi. Questo è il motivo per il quale queste infezioni si possono riprendere anche nell’arco dello stesso anno, esattamente come l’influenza classica o il raffreddore. Per lo stesso motivo, per esempio, l’utilizzo efficacissimo del plasma iperimmune, contenente gli anticorpi specifici anti-Covid 19, da pazienti guariti dal Covid-19, va prelevato nell’arco dei primi 3 mesi dalla guarigione, perché oltre non troviamo più una quantità di anticorpi utile. Ci sono molte contraddizioni comunque, nelle regole imposte, anche se dovrebbero avere l’obiettivo di limitare i contagi. Intanto dobbiamo fare una riflessione sull’utilizzo delle mascherine. Se io, Stato, fossi realmente preoccupato per una epidemia grave, e fossi costretto, in quel caso giustamente, a far utilizzare le mascherine alle persone per cercare di evitare il più possibile i contagi, farei usare delle mascherine serie, cioè vieterei la vendita di quelle di stoffa che non servono assolutamente a niente. In uno stato serio non si dovrebbero trovare nei negozi di abbigliamento tutti i vari tipi di mascherine da poter abbinare con i vestiti o personalizzate con scritte varie. Quelle mascherine per limitare il contagio non servono assolutamente a niente. Così si dovrebbe spiegare alle persone come funziona la ffp2 e la ffp3 e si dovrebbe spiegare che, una mascherina chirurgica, dopo qualche ora andrebbe cambiata, perché con il vapore della respirazione le maglie si allargano e quella mascherina non filtra più né in entrata né in uscita e non serve a nulla se non a farmi respirare la mia anidride carbonica e a farmi andare in ipercapnia”.

La ringrazio per aver chiarito il suo punto di vista sulle mascherine. Secondo lei, invece, le altre misure di distanziamento sociale proposte per rallentare la curva dei contagi e non sovraccaricare il sistema sanitario possono essere utili?

“Che senso ha, se voglio limitare un’infezione, stabilire che a casa non dobbiamo essere più di sei ? O che dopo una certa ora del pomeriggio non si può andare in un locale? Oggi in una scuola se un bambino ha un raffreddore gli viene fatto il tampone e, se risulta positivo, tutta la classe viene messa in quarantena ma il tampone non viene fatto a nessuno. Perché mettere in quarantena se il bambino non ha niente? Se non ha un raffreddore, non ha la tosse, non ha un mal di gola? Negli anni passati quando in una classe c’era un bambino con il raffreddore o con la febbre, rimaneva a casa. Ma gli altri andavano in quarantena? No, rimanevano a scuola e tutto è proseguito bene. Imporre poi addirittura, una limitazione importante della libertà, stabilendo dei confini invalicabili, zone rosse e arancioni e con dei coprifuoco alle ore 22, è veramente fuori da ogni spiegazione scientifica. Ammesso che questo virus possa essere ancora in circolo e possa contagiare in modo serio, basterebbe individuare le persone malate (quindi con sintomi precisi di influenza tipo febbre, mal di gola, tosse, raffreddore, perdita del gusto e dell’olfatto), farle rimanere a casa per il periodo della malattia. Poi, una volta guariti e usciti di casa, far loro indossare la mascherina, per un periodo che potrebbe corrispondere ai giorni di ipotetica contagiosità. Lasciando stare tutti quelli che, non avendo sintomi e con un ragionamento medico serio, sono sani e non contagiosi. Si stanno dicendo e facendo delle cose che dal punto di vista medico-scientifico non hanno assolutamente alcun senso”.

Lei è un medico che vede molti pazienti ogni giorno. Cosa sta riscontrando nella pratica quotidiana?

“Vedo tanta paura. Devo lavorare molto per cercare di tranquillizzare le persone, cercare di dare una speranza. La gente è terrorizzata e preoccupata perché mal informata. Io invito a cercare le notizie da fonti serie e indipendenti e ad avere un atteggiamento diverso nei confronti di questa infezione che non è più un problema. Racconto anche che grazie a certi medici che veramente hanno lavorato con passione e competenza, ora c’è una diagnosi e c’è una terapia. Medici però che in certi casi sono stati massacrati dalle istituzioni; penso ad esempio al Dottor de Donno che ha sperimentato con successo l’utilizzo del plasma iperimmune e che si è ritrovato i Nas in reparto. Uno Stato serio che realmente si preoccupa della salute del popolo dovrebbe stendere i tappeti rossi ad un medico che trova una soluzione in un momento di emergenza e non ostacolarlo”.

Questi non sono tempi facili per coloro che decidono di raccontare qualcosa di diverso dalla narrazione ufficiale. Lei in questi mesi ha fatto anche vari video e più volte ha sollevato dubbi. Che reazioni ci sono state? Ha avuto contestazioni?

“Accetto reazioni e contestazioni, con atteggiamento costruttivo, solo se provengono da medici indipendenti. Mi rifiuto di rispondere a delle persone che, ascoltando il telegiornale e le varie trasmissioni che si susseguono quotidianamente in TV e in cui vengono date delle informazioni totalmente sbagliate, pensano di poter contestare quelle cose che invece io dico da medico libero e informato. L’ignoranza oggi ha cambiato completamente le sue caratteristiche. Prima ignorante era colui che non sapeva né leggere né scrivere. Oggi tutti abbiamo una televisione, un cellulare o un computer dove poter trovare informazioni di tutti i tipi, ma non sappiamo scegliere le corrette informazioni e le loro fonti. L’ignoranza di oggi è un eccesso di disinformazione e quindi di ignoranti che si elevano a grandi esperti e professori. Ce ne sono veramente troppi”.

A proposito di medici liberi, all’ombra dell’emergenza Covid-19, nel silenzio generale, è successa una cosa grave: il colosso farmaceutico Sanofi ha siglato un accordo triennale con la Società Italiana di Medicina Generale e la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale per progettualità volte a formare i medici e per identificare un corretto orientamento in caso di emergenza sanitaria, picchi di gestione di condizioni o patologie stagionali. In pratica “ciò che finora si configurava come ingerenza esterna, condizionamento improprio, ora sarà un processo interno, lecito e incoraggiato”, ha commentato amaramente Maurizio Romani, medico e già vicepresidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, sulla sua pagina Facebook. Come sarà possibile continuare ad esercitare la professione in autonomia di giudizio?

“Questa è una cosa gravissima che ho già commentato sulla mia pagina Studio Medico Orlandini e condivido pienamente tutto quello che il collega e amico Dott. Maurizio Romani ha scritto. Ognuno può dire quello che vuole, ma un medico deve in primo luogo ascoltare il paziente e caratterizzare attentamente ogni sintomo e segno che il paziente riferisce. Poi lo deve visitare con tutti i passaggi previsti da un esame obiettivo serio e approfondito. Valutare, con gli esami ematologici alla mano, ogni singolo parametro, valutarlo sulla base delle caratteristiche del paziente e non dare uno sguardo solo alla scoperta degli asterischi che indicano valori sballati. Solo così si può arrivare ad una diagnosi corretta o perlomeno ad un dubbio diagnostico che può essere risolto prescrivendo esami mirati, uno o due e non un sacco di esami totalmente inutili alla ricerca di una diagnosi che non si è capito; oltre a tutto con uno sperpero economico folle del Sistema Sanitario. Alla fine si decide se prescrivere una terapia o meno, in considerazione anche degli effetti collaterali dei farmaci, cosa che tutti i medici dovrebbero conoscere, anche meglio degli effetti terapeutici, perché ogni medico, conoscendo entrambi gli aspetti del farmaco, deve saper decidere se gli effetti positivi del farmaco sono più o meno degli effetti collaterali e solo in base a ciò deve o meno prescrivere il farmaco. Ecco, tutto questo, i nuovi medici formati da una collaborazione con un’azienda farmaceutica, non sapranno farlo, ma avranno imparato solo a prescrivere protocolli terapeutici, indipendentemente da quale paziente si troveranno di fronte. Figuriamoci poi se cominceranno con le visite a distanza! Mi meraviglia che nessun Ordine dei Medici o sindacato o associazione non abbia ostacolato lo stravolgimento della professione medica in atto da Sanofi, ma siano invece tutti complici di questo accordo delinquenziale, simile a fatti del passato recente, che hanno visto coinvolti ministri della salute come De Lorenzo ed il direttore generale del servizio farmaceutico nazionale Poggiolini.

Anche qui erano stati fatti accordi con una azienda farmaceutica. Il nostro giuramento proclama ‘*di esercitare la medicina in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l’indipendenza della professione*’. Ippocrate si starà rivoltando nella tomba”.

Fiumicino, il prof. Tasciotti scrive a Conte: “Mascherina a scuola sì o no?”

Il Garante per i Diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza chiede al Premier di fare chiarezza sull’uso della mascherina in classe 06 Novembre 2020 Il Faro – Quotidiano telematico Mediterraneo

Fiumicino – “Gentile Presidente, mi vedo costretto a scriverle questa nota, perché credo opportuno che si arrivi ad un chiarimento in merito all’uso delle mascherine a scuola“. Inizia così una lettera firmata dal garante per i Diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza di Fiumicino, il professor Roberto Tasciotti, e indirizzata al premier Giuseppe Conte. “Nel Dpcm del 3 novembre – spiega Tasciotti – si legge che l’attività didattica per la scuola dell’infanzia ed il primo ciclo di istruzione continua a svolgersi in presenza, con uso obbligatorio di dispositivi di protezione delle vie respiratorie. Tale scrittura è stata interpretata con l’obbligo d’indossare la mascherina quando si è seduti al banco. Questa decodificazione sta allarmando un numero altissimo di genitori. Stare per 6 od 8 ore con la mascherina è considerato nocivo. Sappiamo che la mascherina, poi, dovrebbe essere cambiata dopo alcune ore, aldilà degli aspetti psicologici conseguenti”. “Mentre il decreto-legge 7 ottobre 2020, n. 125, recita invece che, per favorire l’apprendimento e lo sviluppo relazionale, la mascherina può essere rimossa in condizioni di staticità (i.e. bambini seduti al banco) con il rispetto della distanza di almeno un metro. Quello che le chiedo è di fare chiarezza, anche perché nella sua conferenza stampa lei non ha mai accennato a questa obbligatorietà nella staticità. Un Dl è di grado superiore ad un Dpcm. Questa vicenda sta diventando un serio problema, che potrebbe aggravarsi nella già conflittuale situazione in cui si sta trovando il nostro Paese. Certo di un suo puntuale chiarimento, le esprimo cordiali saluti”, conclude Tasciotti.

Il lockdown serve? Non ci sono prove scientifiche e la Svezia lo dimostra

ByoBlu 8/11/20

Lockdown. Sembra che l’Italia si stia avviando nuovamente verso questa strada. Una chiusura generalizzata su scala nazionale prima di Natale per poter poi riaprire in tranquillità. Così ci viene riferito dalle istituzioni. Il nesso causa effetto tra lockdown e calo dei contagi e dei decessi sembra assodato, dato per scontato e incontestabile.

Quegli Stati che non credono nel lockdown

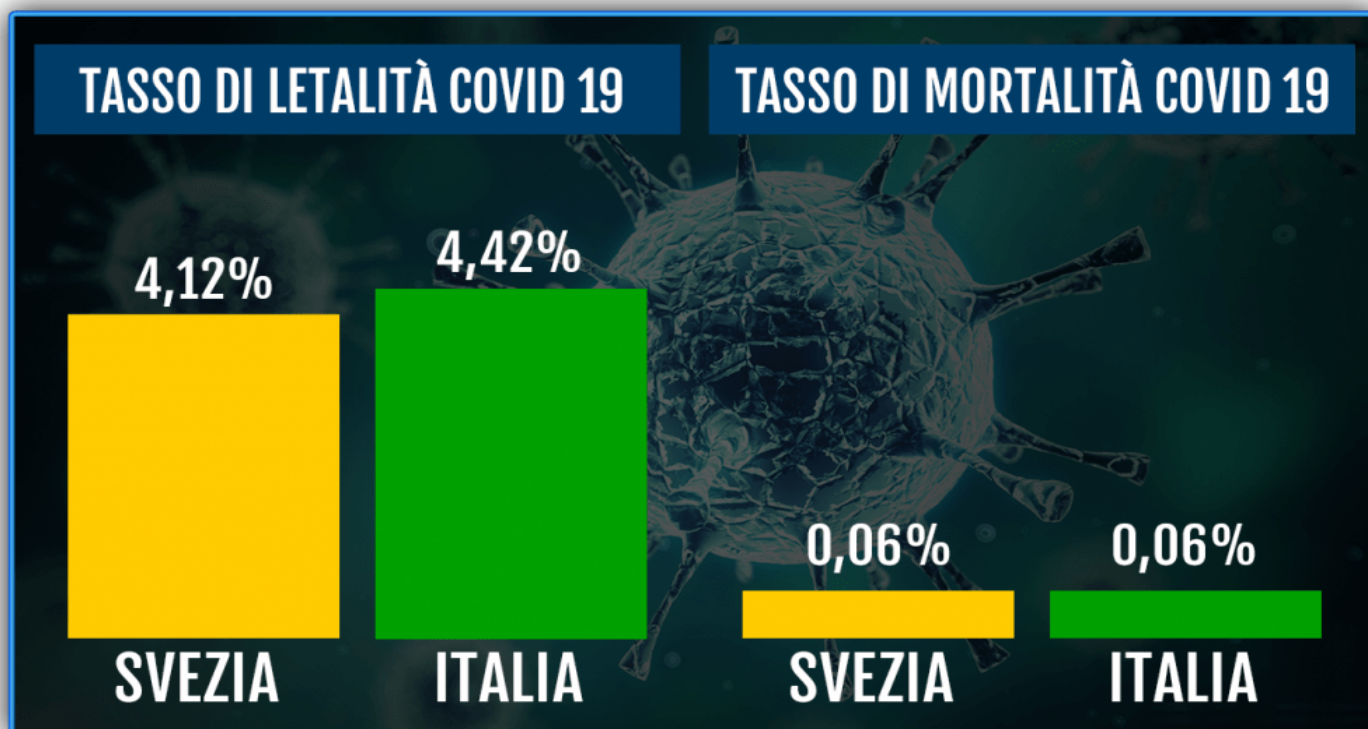
E allora come mai esistono Paesi nel mondo che hanno agito e continuano ad agire in maniera diversa, senza applicare le durissime restrizioni a cui noi siamo di nuovo costretti? I media mainstream risponderebbero che si tratta di Paesi irresponsabili che alla lunga pagheranno caro il prezzo delle loro scelte. Ma è realmente così? Esiste davvero una correlazione scientifica tra lockdown generalizzato e calo della diffusione del Covid? Andiamo a dare un’occhiata fuori dall’Italia.

La Svezia è in Europa sicuramente il caso più conosciuto tra i Paesi che hanno deciso di non applicare una chiusura generalizzata sia nella scorsa primavera che adesso. E i dati cosa ci dicono? Il 5 novembre in Svezia, senza le mascherine obbligatorie, sono morte 2 persone di Covid, il giorno prima 4. Nelle stesse date in Italia morivano rispettivamente 428 e 352 persone. Nonostante la già evidente differenza, i dati assoluti sono poco rilevanti per effettuare un’analisi comparata.

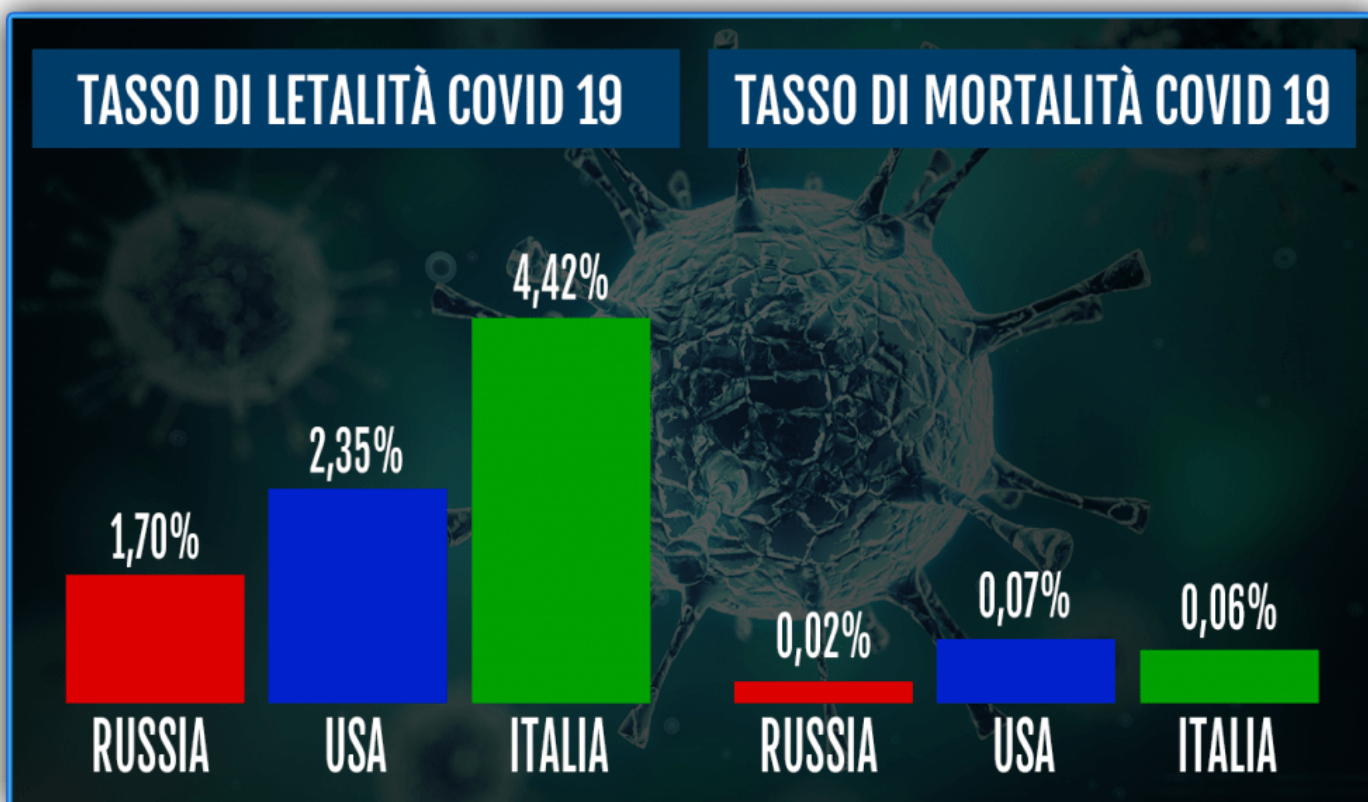
I dati che non confermano l’efficacia del lockdown

Prendiamo allora il tasso di letalità. E cioè la percentuale di deceduti sul totale dei contagiati. Dall’inizio della diffusione del virus ad oggi il tasso di letalità in Svezia è al 4,12%, in Italia addirittura leggermente più

alto, al 4,42%. Se poi andiamo a leggere il rapporto sul numero di deceduti rispetto all'intera popolazione, il tasso di mortalità da Covid è identico tra i due Paesi e cioè allo 0,06%. Sarà un caso?



Prendendo altri due Paesi dove le restrizioni sono state molto più blande rispetto all'Italia la storia non cambia. Il tasso di letalità in **Russia** e **Stati Uniti** è rispettivamente dell'1,7% e del 2,35%, mentre il tasso di mortalità sulla popolazione totale è dello 0,02% per la Russia e dello 0,07% negli USA.



There is no alternative to lockdown?

Guardando questi dati sembra di scoprire all'improvviso l'esistenza di un mondo parallelo. Un mondo dove la chiusura indiscriminata delle attività non è l'unica cura possibile al virus. Senza il martellante lavoro dei media

italiani non ci sarebbe però nemmeno troppo da stupirsi, considerato che la stessa letteratura scientifica non ha ancora dato pareri unanimi sull'efficacia dei lockdown. Non si può infatti ignorare in questo senso [il lavoro di ricerca fatto dall'esperto in statistica William Briggs](#) arrivato a sostenere l'inesistenza di evidenze scientifiche atte a confermare l'efficacia delle restrizioni. E invece in Italia si continua a vivere di credenze, di dogmi, continuando ad essere più realisti del re. Il lockdown sta diventando un po' come l'euro, uno scenario dipinto come ineluttabile e senza alternative, al cui interno però si manifestano puntualmente tutte le sciagure paventate qualora ne uscissimo.

Cronache dall'Assurdistan: DAD & coprifuoco fino alla vittoria! di Wu Ming 4 8/11/20

Ieri pomeriggio, insieme ai miei due soci, sono stato in Piazza Maggiore a Bologna, alla manifestazione per chiedere la riapertura delle scuole superiori. Considerato il clima plumbeo del paese, e la scarsa pubblicizzazione dell'evento – praticamente solo tam tam – e nessuna sigla di peso a organizzarla, è stata piuttosto partecipata. Faccio fatica a quantificare, perché dovendo stare distanziati occupavamo una superficie tripla rispetto al normale. Tagliando un po' con l'accetta, si può dire che abbiamo ascoltato due tipi di interventi. Quelli degli adulti – genitori e docenti – che spiegavano come la DAD non si possa in alcun modo considerare scuola e come le scuole siano luoghi più sicuri di altri, essendo sotto protocollo, dove ragazzi e ragazze sono più controllati anziché no; e quelli degli studenti delle scuole superiori, che dicevano la stessa cosa, ma parlando della propria esperienza diretta. Devo dire che i giovani mi sono parsi estremamente efficaci, benché la partecipazione fosse prevalentemente di adulti.

L'intervento più fuori contesto lo ha fatto l'unico studente universitario che è intervenuto. Credo che avesse sbagliato manifestazione, perché ha detto che la DAD può andare anche bene, se la scuola va tenuta chiusa teniamola chiusa, ma dobbiamo mobilitarci perché lo stato inverta la rotta e torni a investire nell'istruzione. Il poveretto non ha capito che la DAD è precisamente l'investimento che lo stato sta facendo sull'istruzione e che se non la combatti ora te la ritroverai integrata nel piano di studi dalle superiori all'università vita natural durante. Ecco, quello che in teoria doveva essere il più colto e, rispetto ai ragazzi delle superiori, il più politicizzato, ha espresso la posizione più retrograda e conciliante rispetto alle scelte del governo.

Questo mi ha confermato due cose:

- 1) se arriveranno segnali di rabbia e insorgenza politica contro la gestione dell'emergenza, è improbabile che vengano dall'università;
- 2) quei collettivi ed ensemble politici che hanno appoggiato il lockdown senza se e senza ma – «Lockdown fino alla vittoria!» – oggi nelle piazze non hanno niente da dire, sono del tutto fuori posto.

Tornato a casa ho scoperto che mio figlio maggiore era rimasto a cena da compagni di classe. Sono andato a recuperare lui e altri due suoi amici alle 21:30, prima che scattasse il coprifuoco.

Mentre attraversavo il quartiere in auto per riaccompagnare tutti a casa, vedevo gruppi di ragazzi della stessa età, mascherati, che si aggiravano per l'ultima mezz'ora, prima di salutarsi e andare a trascorrere il resto del sabato sera tra le mura domestiche, in famiglia. Ho pensato a cosa potessero pensare. Quale messaggio questo paese stesse trasmettendo loro. Allo scopo di combattere un contagio che minaccia di morte i loro nonni e rischia di far collassare il sistema sanitario nazionale per i troppi ricoveri, possono frequentarsi di persona soltanto fuori da scuola e fino alle dieci di sera. Dopo, tutti in casa. In quale modo questo possa incidere sul contrasto di un'epidemia non può spiegarglielo nessuno, perché ovviamente è una cosa senza senso. Ed è a questo vivere senza senso che li stiamo abituando.

È un effetto collaterale, sia chiaro, non premeditato. Vivete in Assurdistan, ragazzi, è un fatto. Un paese dove da febbraio comanda un sultano, insieme a un consiglio di «esperti» i cui atti sono secretati; un paese in cui durante una pandemia si è votato per dimezzare il numero dei parlamentari, ma di fatto li si è aboliti tutti; un paese in cui l'unico bilanciamento del potere centrale è quello di venti piccoli satrapi regionali che trattano separatamente con il sultano; un paese dove gli esercenti virtuosi che avevano applicato i protocolli covid a

proprie spese sono stati chiusi per primi, mentre tutti gli altri vanno a lavorare; un paese che per primo ha chiuso le scuole, per ultimo le ha riaperte, per unico le ha richiuse. Eccetera.

Ho provato a mettermi nei loro panni, a liberarmi del cinismo, dell'assuefazione e della disillusione dei miei quasi cinquant'anni, e mi sono venuti i brividi. Stavamo attraversando una città deserta, alle nove e mezza di un sabato sera, e avrei voluto citare loro la scena di un vecchio film di Woody Allen che sicuramente non hanno visto: Il dittatore dello stato libero di Bananas. È la scena nella quale, dopo il trionfo della rivoluzione, il primo dpcm del nuovo presidente consiste nel proclamare lo svedese lingua nazionale e nell'obbligo per la popolazione di indossare la biancheria sopra i vestiti.

Invece non ho detto nulla, ho seguito a guidare in silenzio, pensando a quanto potessero sentirsi spaesati (letteralmente) quei tre ragazzi, insieme a un'intera generazione. Una generazione colpevolizzata, abbandonata, reclusa nelle proprie camerette a far lezione in pigiama, videodipendente e a forte rischio di depressione.

Ma state allegri! In un'altra epoca o in un altro continente sarebbe potuto toccarvi di andare in guerra. Bella consolazione.

Covid, perché gli ospedali rischiano il collasso? "Colpa di chi semina il panico" afferma il prof. Bassetti

l'AntiDiplomatico 9/11/20

Ospedali al collasso. Queste espressione la sentiamo pronunciare ormai a cadenza quotidiana dai vari inviati presso i nosocomi italiani dei notiziari televisivi e dalla carta stampata in relazione all'afflusso straordinario di pazienti presso il pronto soccorso. Secondo il professor Bassetti, le cui parole sono riprese dall'agenzia AGI, il motivo è anche da ricercare in una sbagliata forma di comunicazione. "La comunicazione è stata sbagliata. Terrorizzare le persone può aiutare a farle stare in casa, ma a livello ospedaliero gestire una popolazione nel panico genera solo caos".

Il direttore della Clinica Malattie infettive dell'Ospedale San Martino di Genova, afferma inoltre che "se oggi le strutture sanitarie rischiano il collasso è anche perché sono assediate da migliaia di persone asintomatiche o poco sintomatiche che si potrebbero tranquillamente curare a casa e che invece prendono d'assalto il pronto soccorso, intasano i centralini degli ospedali, fanno perdere tempo ai medici. E tutto avviene perché sono state spaventate dalle istituzioni, che avrebbero invece dovuto tranquillizzarle".

"Il Covid è stato ingigantito: è il panico e la paura di finire intubato che fa esplodere il sistema sanitario non i malati. Se ricevo cento telefonate al giorno da chi non sta male, come curo i malati veri?".

Secondo il professor Bassetti, "andava detto che il Corona sta facendo danni enormi ma che la maggioranza dei positivi è asintomatica o poco sintomatica e che il virus ha una letalità inferiore all'1% e fa male soprattutto a pazienti anziani e con la salute già compromessa".

Infine, il medico genovese prova a spiegare perché ci sono casi gravi e letali anche tra la popolazione più giovane colpita dal nuovo coronavirus. "Perché è una brutta infezione e concorrono tanti fattori: la genetica, le condizioni di salute, lo stato delle difese immunitarie nel momento del contagio, la carica virale introiettata. Ma già prima della comparsa del Covid, la polmonite contratta fuori dall'ospedale era la quinta causa di morte nel mondo, e uccideva anche cinquantenni e bambini".

Tutto quello che dovete sapere e non vi dicono sulla Pfizer

di Alba Tecla Bosco l'AntiDiplomatico 10/11/20

Pfizer: piccola storia di scandali, cause legali sugli effetti dei farmaci, esperimenti in Africa, guerre, inquinamento...

Nel 2003, la campagna internazionale Boycott the war- Boycott Bush contro la guerra e l'occupazione dell'Iraq prendeva di mira varie multinazionali petrolifere, agroalimentari e farmaceutiche. Non mancava la Pfizer, per

via del sostegno alla campagna elettorale del presidente in carica. Anche se, come tutta Big Pharma, i finanziamenti sono andati via via a candidati repubblicani e democratici.

Sempre sul fronte iracheno, dopo diversi anni Pfizer e varie sue sorelle (AstraZeneca, Roche, Johnson Johnson) vengono citate in giudizio dai familiari di soldati statunitensi uccisi in Iraq. Una stranezza che si spiega così: le aziende, per farsi largo su questo nuovo mercato, offrivano somme elevate a funzionari del ministero della salute, i quali però sarebbero stati legati con gruppi armati anti-Usa.

Nel 1996, Pfizer conduce su 200 bambini nigeriani affetti da meningite un test clinico non autorizzato con l'antibiotico Trovan (che può danneggiare il fegato con esiti mortali). Ben undici piccoli muoiono e decine di altri ne riportano danni permanenti. Alla fine di una causa, Pfizer paga 700.000 dollari a quattro famiglie e accetta di finanziare progetti sanitari in Nigeria. Dagli archivi di Wikileaks risulta anche un dispaccio dell'ambasciata statunitense di Abuja che attesta un tentativo di ricatto nei confronti del procuratore legale nigeriano incaricato della causa.

Molti i processi avviati per gli effetti collaterali dei farmaci Pfizer di più largo consumo. Diecimila donne hanno portato avanti la denuncia per gli effetti cancerogeni del farmaco Prempro; nel 2012 Pfizer se la cava pagando un miliardo di dollari. Altre tremila persone hanno portato in giudizio Pfizer per Chantix, che provocherebbe gravi disordini psicologici; nel 2013 la compagnia ha stanziato 288 milioni per una parte dei risarcimenti. Sotto accusa anche il depo-testosterone (del resto Pfizer è nota per il viagra) che provocherebbe ictus e infarti. E poi: la multinazionale ha rifiutato di rendere generici (e dunque molto meno costosi) i propri farmaci contro l'Aids nei paesi più colpiti dalla malattia; ha imposto la promozione sul mercato di un antidolorifico vietato dalla Food and Drug Administration Usa; ha commercializzato illegalmente farmaci (rea confessa, multa di 2,3 miliardi di dollari); ha promosso farmaci per utilizzi non approvati; ha offerto a migliaia di medici ed esperti denaro e regalie per la prescrizione di farmaci anche recanti gravi effetti collaterali; è incappata in giudizi per evasione fiscale; ha violato brevetti; ha copiato principi attivi scoperti da altri; ha dovuto sospendere dal mercato un antileucemico per inefficacia, anzi per tassi di mortalità più alti rispetto alle terapie convenzionali...

Non finisce qui. Nel 2016 una petizione è stata lanciata sul fronte dell'inquinamento atmosferico prodotto da diverse compagnie farmaceutiche – fra le quali Pfizer – che, avendo delocalizzato in Cina fasi della lavorazione, contribuivano all'inquinamento atmosferico responsabile ogni giorno del decesso di quattromila persone nel paese. E più volte la multinazionale è stata multata dalle autorità federali statunitensi perché il suo stabilimento a Barceloneta, Puerto Rico, aveva violato il Clean Air Act (legge sull'inquinamento atmosferico). L'azienda è anche stata accusata di non voler rivelare informazioni.

Nel 2014, Pfizer ha fatto avances ad AstraZeneca per un'operazione di merging che, secondo il Wall Street Journal, avrebbe permesso lauti risparmi fiscali.

Rileggere Illich

Aldo Zanchetta

10 Novembre 2020

Può un libro uscito oltre quarant'anni fa essere ancora essenziale nel porsi le domande giuste sulla salute del nostro tempo? E ha un senso diverso farlo proprio mentre le terapie intensive di mezzo mondo sembrano vicine al collasso? A proposito di Nemesi Medica di Ivan Illich, certo uno dei libri che ha sollevato gli interrogativi più accesi e profondi sul ruolo della medicina nella società moderna, Aldo Zanchetta, che ha avuto modo di incontrare il grande pensatore austriaco poco prima della sua morte e non ha più perso le tracce del suo pensiero, scrive: la rilettura di quelle pagine ingiallite dagli anni mi ha detto che se di libro d'epoca si tratta, essa è quella attuale. La medicina può far ammalare? Sì, risponde Illich, tutte le volte che nel suo operare supera specifici limiti. Le persone, spiega, sono state espropriate della personale responsabilità verso i propri corpi e la propria salute, responsabilità che nel tempo è stata prima trasferita a professionisti e poi a un'impersonale istituzione medica, quella che oggi ci detta quello che in questo campo specifico dobbiamo e possiamo fare e quello che no. Nelle principali culture antiche, invece, in particolare in quella greca, il medico

era colui che aiutava il paziente a guarirsi. Illich non nega affatto la medicina in quanto tale, ma la avversa quando esorbita dalle sue finalità, quando diventa iatrogena

Quarantaquattro anni or sono (1976) Ivan Illich pubblicò questo storico libro che svolge una critica radicale dello stato in cui versa la moderna medicina occidentale, provocando accese discussioni e anche furiosi contrasti. La medicina può far ammalare? Proprio così, sosteneva Illich, tutte le volte che nel suo operare essa supera specifici limiti, che è ciò che oggi accade, ancor più di quarantaquattro anni or sono. Ho scritto “storico” perché questo libro segnò una tappa di profondo dibattito, ma non di successiva svolta pratica, nella storia della medicina[1]. Così oggi è incluso fra le letture indicate nei curricula di varie facoltà di medicina.

Lessi il libro all’epoca, ma oggi mi pare che lo compresi solo in parte. Proprio in quegli anni stavo trasformandomi da ingegnere chimico in ingegnere farmaceutico, in un momento di forte evoluzione tecnologica della produzione dei medicinali. Così mi appassionai a quel mestiere che richiedeva forte creatività e impegno e che per 25 intensi anni mi avrebbe procurato gioie e dolori, innescando però poco alla volta crescenti interrogativi sulla scienza, sulla tecnica e sul loro mercimonio.

Nel 2001, dopo aver chiuso quell’esperienza ed avendo accumulato una forte carica critica verso la società industriale conosciuta dal di dentro in uno dei suoi rami più avanzati, mi ricordai di Illich e riaprii il suo libro più noto, *La Convivialità*, e via via mi dedicai a leggere o rileggere i suoi libri (*Energia ed equità*, *Il lavoro ombra* etc. stimolato anche dalla fortunata occasione di averlo conosciuto personalmente e aver potuto conversare due volte con lui per alcune ore alla vigilia della sua morte (2002).

Ritenevo di ricordare abbastanza bene il contenuto di *Nemesi Medica* per cui nella lettura detti la precedenza ad altri testi finché in epoca di pandemia ho ritirato fuori dallo scaffale il vecchio libro nel quale gli anni avevano fatto fiorire nel frattempo ampie macchie giallastre, dandogli la veste di un “libro d’epoca”. [2] Ma la rilettura mi ha detto che se di libro d’epoca si tratta, essa è quella attuale.

Scrivo queste note avendo iniziato una terza lettura, più lenta e centrata su alcuni singoli capitoli o brani, ognuno dei quali, denso, stimola un’ampia riflessione. Queste prime note sono centrate sulle prime sette pagine, ovvero l’Introduzione. Prima però una breve spiegazione del titolo: *Nemesi Medica – L’espropriazione della salute*. Le persone, secondo Illich, sono state espropriate della personale responsabilità verso i propri corpi e verso la propria salute, responsabilità che nel tempo è stata prima trasferita a professionisti e successivamente ad una impersonale istituzione medica, quella che oggi ci detta quello che in questo campo specifico dobbiamo e possiamo fare, e quello che no.

Nelle principali culture antiche, in particolare quella greca, il medico era colui che aiutava il paziente a guarirsi. Sostituendosi a questa tradizione, eccedendola e accrescendo via via il proprio potere, il professionista e l’istituzione medica hanno ceduto a una forma di hubris (orgoglio, superbia). Nella cultura greca, attenta con i suoi miti a condannare ogni evasione dell’essere umano dai propri limiti, la hubris costituiva un’invasione di campo nei poteri delle divinità, la cui risposta punitiva, tramite la natura, era la nemesi, “l’ineluttabile castigo di ogni tentativo d’essere eroi anziché creature umane”. Nel caso della medicina Illich chiama questa punizione iatrogenesi, generata cioè dalla stessa medicina (“iatros”, medico; “genesis”, origine), come accade in fisica quando una azione perturbante produce sul sistema un effetto di ritorno, o feedback. Ma per la medicina questa analogia è imperfetta, come argomenteremo più tardi. Per questa ragione, per non confondere la diversa natura dei due fenomeni, Illich ricorse a una immagine della mitologia greca, la dea Nemesi, distributrice di giustizia. L’Introduzione esordisce perentoriamente: “La corporazione medica è diventata una grande minaccia per la salute” e, per non lasciar dubbi, prosegue: “L’effetto inabilitante prodotto dalla gestione professionale della medicina ha raggiunto le proporzioni di una epidemia“, il cui nome è appunto iatrogenesi.

Un sistema di tutela della salute a carattere professionale e basato sul medico, una volta cresciuto al di là dei limiti critici, diventa patogeno per tre motivi: produce inevitabilmente un danno clinico che sopravanza i suoi potenziali benefici; non può non favorire, pur se le oscura, le condizioni politiche che rendono malsana la società; tende a modificare e a espropriare il potere dell’individuo di guarire se stesso e di modellare il proprio ambiente. I sistemi sanitari contemporanei hanno superato questi limiti di tollerabilità.

Il perché dell'oscuramento verrà esplicitato oltre nel libro e ci torneremo per il suo significato politico. Perciò, scrive Illich, "viene rapidamente maturando il problema politico di stabilire un limite alla cura professionale della salute. A chi spetta farlo? Gli appartenenti al sistema, la classe medica, secondo quanto afferma, non sono in grado di farlo. Spetterebbe ai politici, che hanno provato però sbagliando mira ed equivocando sul cosa sarebbe necessario fare. Le loro misure, analizzate in un successivo capitolo, sono fallite perché concepite nel quadro di un fallace feedback tecnico.

La mia tesi è che il profano e non il medico ha la potenziale prospettiva e il potere effettivo per arrestare l'imperversante epidemia iatrogena. Al lettore profano questo libro offre un quadro concettuale in cui mettere a raffronto il rovescio del progresso con i suoi benefici più propagandati. E questo è l'obiettivo del libro, che è scritto per il profano della medicina e non per la classe medica, come l'argomento potrebbe far pensare, anche se non mancarono medici che lo lessero condividendolo, e continuano a leggerlo e citarlo anche in questa fase pandemica.[3]

Il profano di medicina, per il quale questo libro è stato scritto, dovrà procurarsi lui stesso la competenza necessaria per valutare gli effetti della medicina sulla salute. Fra tutti gli specialisti del nostro tempo, i medici sono infatti quelli addestrati al più alto livello di incompetenza specifica per questa ricerca indilazionabile. È sulla base di questa sollecitazione, che condivido, che mi sto impegnando in questa rilettura. Del resto il diritto sulla gestione del proprio corpo fu messo in prima linea proprio allora dalle donne, come Illich ricorda. L'affermazione di incompetenza sopra citata è forte, ma ho messo in corsivo il campo specifico dell'incompetenza a cui Illich si riferisce, per avvertire di non estrapolare il campo di applicazione delle sue parole. Comunque Illich non è tenero verso la classe medica in generale, come non lo è con la classe dei cosiddetti "esperti"[4]. Egli però ha avuto fra i medici anche amici ed estimatori.

È chiaro che chi condivide il credo moderno delle "grandi opere", del superamento dei limiti in ogni campo, e riverisce gli "esperti", non si ritroverà in questa impostazione di fondo illichiana. Una precisazione è però necessaria, ad evitare malintesi. Illich è ritenuto il promotore del "piccolo è bello", però per lui è "bello" ciò che è "proporzionato", che possiede la "giusta misura", che è specifica della finalità di ogni progetto e di ogni istituzione[5]. Illich non nega la medicina in quanto tale ma è avverso alla medicina che ha esorbitato dalle sue finalità, quella iatrogena appunto, quale è oggi la medicina occidentale. Altrove nel libro scrive ad es.: "Il fatto che l'ultraespansione medica abbia un potere distruttivo non significa, ovviamente, che la vigilanza sulle condizioni igieniche, la vaccinazione e il controllo dei portatori d'infezione, una ben distribuita educazione sanitaria ... un largo e equo accesso alle cure mediche di base ... non possano tutti rientrare in una cultura veramente moderna che promuova l'autonomia e la capacità di badare a se stessi". (p.236)

Il libro però ha un secondo scopo non meno importante, quello di usare l'analisi della medicina per dimostrare quella che lui chiama la controproduttività delle grandi istituzioni, concetto che qualche studioso ritiene essere uno dei lasciti più preziosi per la comprensione degli attuali squilibri. Ogni istituzione (la scuola, la sanità...) ha un suo specifico limite oltrepassato il quale invece di produrre i benefici attesi, li contrasta e osteggia. E scrive: "Il presente studio della medicina patogena è stato intrapreso allo scopo di illustrare nel campo della assistenza sanitaria i vari aspetti di controproduttività che si possono riscontrare in tutti i principali settori della società industriale giunta al suo stadio attuale". Nel libro infatti egli dedica un intero capitolo alla controproduttività, il VI, concetto che aveva già affrontato nel suo libro forse ancor oggi più letto, *La Convivialità*. Sempre nell'introduzione anticipa un altro tema, che apparirà varie volte nel libro, quello del contesto ambientale e sociale in cui la salute può prosperare: "'Salute', dopo tutto, è semplicemente una parola del linguaggio quotidiano la quale designa l'intensità con cui gli individui riescono a tener testa ai loro stati interni e alle condizioni ambientali. Nell'homo sapiens, "sano" è un aggettivo che qualifica azioni etiche e politiche. Almeno in parte, la salute di un popolo dipende dal modo in cui le azioni politiche condizionano l'ambiente e creano quelle circostanze che favoriscono in tutti, e specie nei più deboli, la fiducia in se stessi, l'autonomia e la dignità. Di conseguenza, la salute tocca i suoi livelli ottimali là dove l'ambiente genera capacità personale di far fronte alla vita in modo autonomo e responsabile".

Sfiora anche un tema, che farà trasalire molti, quando osserva che “l’istruzione che addestra sempre più gente a livelli di competenza tecnica sempre più elevati e a forme specializzate di incompetenza generale“. Un tema, questo, ostico in un’epoca che privilegia l’ultraspecializzazione e onora il darwinismo sociale e sul quale ho avuto modo di riflettere assai nelle mie frequentazioni dei mondi indigeni latinoamericani, oltre che a ricordare significative esperienze professionali. Su questo tornerò più a lungo, per l’importanza che gli annetto, quando lo rincontrerò più avanti nel libro. Intanto, per dare uno spunto di attualità di esso relativo alla pandemia del Covid-19, cito in nota un articolo significativo, utile da leggere in tempi di pandemia e nel contenuto del quale mi ritrovo.

Per concludere questa sintesi della già concentrata Introduzione al libro, anticipo i temi delle prossime note destinate ai tre tipi di iatrogenesi che Illich esplora con dovizia di argomenti: la iatrogenesi clinica, quella sociale e infine quella culturale. Quest’ultima è quella che affrontando i temi del dolore, della menomazione e della morte è la più problematica e scioccante nel momento attuale. Il libro conclude approfondendo il significato della controproduttività della medicina super-specializzata, sulle contromisure politiche (ad oggi fallite) e sul recupero della salute. La parte finale di questi appunti non riguarderà direttamente il testo del libro ma una serie di riflessioni che esso ha provocato rispetto alla pandemia, e per le quali sono grato all’autore per avermi aperto altre finestre su questo tragico evento.

Concludo ricordando un grave problema di salute che afflisse l’ultima parte della vita di Ivan, da lui affrontato con coraggio e estrema coerenza fra la sua pratica di vita e il suo pensiero. Negli ultimi anni di vita un tumore deformante cominciò a crescere sulla guancia destra fino a raggiungere le dimensioni di una mezza noce di cocco, tumore che lo tormentò con fortissimi dolori fino alla morte (2002). Ancor oggi si scrive, appoggiandosi su alcune sue frasi sull’accettazione del dolore, che a causa di sue ipotetiche credenze mutuare da altre culture, avesse rifiutato di curarsi. La verità è che i medici ai quali si era rivolto lo avevano informato che il tumore si sarebbe potuto asportare chirurgicamente ma con grave rischio di menomare le capacità cerebrali, rischio che decise di non correre anche se a prezzo altissimo. Quello che è vero è che mutuò da altre culture, che conosceva per lunghe frequentazioni, modi per limitare le fasi acute del dolore. Però la versione “eroica” ma insensata del rifiuto di consultare i medici resta tutt’ora accreditata da alcuni biografi.

(continua)

[1] Qui, anche quando non lo espliciterò, la parola medicina è sempre riferita alla medicina occidentale moderna. Per chi desiderasse avere una breve panoramica su alcune storiche pratiche mediche non occidentali tuttora vive, indico come una delle possibile lettura il libro Percorsi di guarigione. La cura nelle diverse tradizioni del mondo (a cura di A. Chierigatti). Collana Interculture di Mutus Liber, Riola (BO), 2014.

[2] Illich I., Nemesi medica. L’espropriazione della salute, Mondadori, Milano, 1976, Il libro è stato riedito con lo stesso titolo da Red Edizioni nel 2013.

[3] Fra quelle lette cito per acutezza e per il legame con l’attuale situazione, quella dello scrittore Raffaele Alberto Ventura, La società iatrogena, not.neroeditions.com › la-societa-iatrogena.

[4] Illich scrisse con esperti di vari settori un libro collettaneo, poco conosciuto, dal titolo Esperti di troppo. Il paradosso delle professioni disabilitanti (Erickson, Gardolo (TN), 2008.

[5] Illich riconosce di dovere molto su questo argomento a Leopold Khor, in gioventù suo collega di insegnamento universitario a Portorico, il quale ha scritto pagine profonde sull’analisi dimensionale, in Urbanistica come in Politica e in altri campi. Lo slogan “Piccolo è bello” ha avuto successo in seguito alla pubblicazione del libro “Piccolo è bello” scritto da E.F. Schumacher, un allievo di Kohr (1973).

In 20mila in piazza a Lipsia: la libertà muore attraverso il silenzio

ByoBlu 11/11/2020 ([VIDEO](#))

Almeno 20 mila persone sono scese per le strade di Lipsia, in Germania per protestare contro le misure anti covid adottate dal governo di Angela Merkel. La manifestazione, alla fine della prima settimana di lockdown

light, è stata organizzata dal movimento Querdenker, Pensiero laterale, ormai attivo in oltre cinquanta città in tutto il Paese, secondo il quale le restrizioni anti Covid violano le libertà garantite dalla Costituzione. Subito etichettata dai media generalisti come una manifestazione di no vax, no mask etc tra i manifestanti erano presenti molti medici, dottori che hanno voluto dire la loro su questa emergenza. Ecco alcune dichiarazioni tradotte dal tedesco. Il primo medico nel video afferma:

Vogliamo dare un segnale che esistono diversi medici che non sono d'accordo con queste misure e che molti aspettano da lungo tempo che finalmente venga messo sul tavolo un reale fondamento scientifico per tali misure, il che finora non è ancora accaduto purtroppo. Il Governo federale rigetta qualsiasi dialogo con le voci critiche, è così incredibile! Ho domandato ad alcuni colleghi che approvano queste misure cosa sia il test pcr, quale idea abbiano al riguardo, come esso funzioni. Non lo sapevano, non hanno saputo darmi una risposta, incredibile! Posso soltanto appellarmi a tutti i colleghi affinché comincino ad occuparsi in maniera accurata di dare ascolto anche alle voci critiche e soltanto allora di farsi un'idea, senza accettare tutto ciò che gli viene dato in pasto ed assecondare ciò che gli viene detto da altri.

Un altro dottore, specialista in chirurgia e medicina generale, spiega:

Sono qui a Lipsia a sostegno della famiglia umana, in particolare per i più deboli nella nostra società: i più anziani e i nostri figli. Sono qui in ossequio al mio regime professionale, alla Dichiarazione di Ginevra e nel rispetto della "legge sul paziente" ancorata nel Codice Civile tedesco. Secondo un altro dottore: Alla fin fine la battaglia viene decisa all'interno del corpo tramite il sistema immunitario. Su ciò dovremmo riflettere e a ciò dovremmo lavorare.

Il lockdown in Germania

Dal 2 novembre scorso in Germania hanno nuovamente chiuso ristoranti, bar, cinema, teatri, sale da concerto, saloni di bellezza, palestre e piscine. Gli alberghi non possono più ospitare turisti ma soltanto persone in viaggio per lavoro o affari, mentre il governo ha sconsigliato fortemente ogni spostamento non urgente o necessario. I contatti privati sono stati limitati a 10 persone, appartenenti al massimo a due famiglie, e sono stati intensificati i controlli. Sospese le manifestazioni sportive amatoriali.

I frutti di una gestione altamente ansiogena e drammatizzante dell'epidemia

Roberto Volpi | 11 Nov 2020

Assis

- Sono 14 dall'inizio dell'epidemia i morti in Italia sotto i 40 anni positivi al coronavirus senza gravi patologie preesistenti.

Lo assicura l'ultimo [Rapporto dell'ISS datato 4 novembre](#) sulle caratteristiche dei deceduti positivi al coronavirus. È bene ripetere il dato: 14 in 8 mesi e 40 mila morti positivi al coronavirus. Se a questo dato si aggiunge che a morire sotto i 50 anni è l'1,1% dei morti positivi di coronavirus si capisce perfettamente come il rischio di morte di questo virus è strettamente correlato a due condizioni precise:

1. un'età elevata, mediamente superiore agli ottanta anni
2. la presenza di più patologie importanti preesistenti

Nei periodi giugno-agosto e settembre-novembre l'età media dei morti positivi al coronavirus è salita a 82 anni mentre il numero medio di patologie preesistenti è aumentato a sua volta fino a 3,5. Una media che comporta che 3 deceduti su 4 avessero la bellezza di 4 patologie importanti preesistenti. Rispetto alla prima ondata dell'epidemia, sempre secondo il Rapporto dell'ISS del 4 novembre, è aumentata in modo significativo la prevalenza nei deceduti positivi al coronavirus di fibrillazione atriale, ictus, demenza, cancro e insufficienza renale. Ed eccoci nel pieno della seconda ondata, con il numero dei morti positivi con queste caratteristiche in aumento, che ancora non sappiamo l'informazione più importante e decisiva: quanti sono davvero i morti di coronavirus. Ma abbiamo dati indiziari formidabili perché, come abbiamo detto, sappiamo che i morti positivi sono molto anziani e, soprattutto, subissati di patologie preesistenti importanti. Ci si dovrà spiegare bene come facciano anziani ultraottantenni gravati da quattro importanti patologie a morire a causa del coronavirus

quando, oltretutto, la causa di morte che appare (o si dovrebbe ormai dire che dovrebbe apparire?) sulle statistiche, secondo regole stabilite a livello internazionale, è la causa iniziale scatenante. Dunque continuano a non esserci bambini, giovani, e solo pochissimi che stanno tra i 40 e i 60 anni, tra i deceduti positivi al coronavirus. Mentre a morire sono quasi esclusivamente anziani fragilissimi.

Ma cosa vuol dire tutto questo? Delle due l'una: o il coronavirus non è quella bestia che si dice o c'è una resistenza organica della/nella popolazione italiana formidabile. Probabilmente c'è una parte di verità in ciascuna di queste ipotesi. Ma è un fatto grave che la resistenza organica della popolazione italiana non venga mai ricordata, sia sistematicamente misconosciuta. Bambini, giovani, adulti non muoiono perché queste fasce di popolazione oppongono al coronavirus uno stato di salute invidiabile, una costituzione forte e integra. Mi è capitato di lamentarmi col direttore di un importante quotidiano nazionale perché neppure lui sottolineava convenientemente il peggiorare delle caratteristiche dei morti positivi al coronavirus di questa seconda ondata. Non credo di fargli un torto o rivelare chissà quale segreto a riportare la sua risposta e la mia contro-risposta.

“Mi sembra pacifico ormai che il problema non è la letalità ma la capacità di infezione. E la possibilità che il sistema collassi. O no?”. È stata la sua risposta.

Alla quale ho così contro risposto. “Ci sono almeno tre obiezioni al tuo ragionamento.

- La prima: è questa una notizia o no? Capperi se lo è, dice che in pratica il virus ammazza solo chi, salvo eccezioni, è anziano e già decisamente malato;
- La seconda: la notizia è, proprio per questo, una formidabile indicazione nel senso della profilassi;
- La terza: la notizia serve almeno ad attenuare la catena drammatizzante che fa sì che, di fronte a un morbo descritto a tinte cupe e drammatiche, ogni livello di intervento e di cura, avendo timore di non essere all'altezza, provi a caricare sulle spalle del successivo quel che spetterebbe a lui di fare. È già successo recentemente col morbillo, quando a seguito di una campagna del tutto sopra le righe si è smesso di curarlo a domicilio per affidarlo agli ospedali. In questa epidemia, vera e seria, salvo equivoci, è questo ciò che si sta verificando e che aggiunge stress (e inappropriately) alla rete dei servizi e segnatamente alle strutture ospedaliere”.

Insomma, e per concludere: una parte almeno della pressione indebita sugli ospedali, dai Pronto soccorso fino alle Terapie intensive, è frutto e conseguenza di una gestione altissimamente ansiogena e drammatizzante dell'epidemia, contrassegnata da un rincorrersi senza sosta di DPCM e spalleggiata da un'informazione che rasenta il terrorismo, in cui ciascun livello del servizio sanitario finisce per non sentirsi del tutto all'altezza del compito e in ogni caso che presenta un minimo di incertezza ritiene di agire per il meglio assicurando al paziente le prestazioni di un livello superiore al suo.

Ed ecco che si va verso un nuovo lockdown, dopo quello grezzo e primitivo di marzo-aprile, senza aver fatto una spietata analisi critica di quel che è stato e senza ancora una risposta a domande decisive.

C'era una volta il Servizio Sanitario Nazionale

Luca Cellini

12/11/2020

Pressenza

Il 16 settembre del 2019 la fondazione Gimbe produceva un rapporto intitolato [“Definanziamento 2010-2019 del Sistema Sanitario Nazionale”](#). Il rapporto della fondazione Gimbe per bocca del suo portavoce ben prima dell'attuale emergenza sanitaria da Covid non andava per il sottile affermando a chiare lettere che: “Sanità pubblica cade a pezzi e si avvia in silenzio verso la privatizzazione. In 10 anni sottratti alla sanità pubblica 37 miliardi. “Servono fatti non solo parole. Senza un disegno politico sarà il disastro”. L'allarme era già stato lanciato in precedenza più volte con altri rapporti dal tenore simile, il rapporto Gimbe 2019 a sostegno dell'allarme lanciato forniva tanti dati:

“Nell'ultimo decennio tutti i governi hanno attinto alla spesa sanitaria per esigenze di finanza pubblica, sgretolando progressivamente la più grande opera pubblica mai costruita in Italia. Il Servizio Sanitario Nazionale. Servono decisioni politiche e azioni immediate perché la repubblica possa nuovamente garantire il diritto alla tutela della salute”. E poi rivolgendosi allora al nuovo Esecutivo, il governo attuale: “Servono azioni

concrete in tempi rapidi, non parole”. Questo era l’appello nel 2019 di Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE rivolto all’attuale governo, che all’epoca del rapporto si era da poco formato.

Con l’esecutivo che si insediava con l’allora nuovo governo Conte Bis, prima dell’aggiornamento del Documento di Economia e Finanza del 2019 e, soprattutto prima della stesura della Legge di Bilancio, la Fondazione GIMBE non a caso pubblicò il suo report sul definanziamento 2010-2019 del SSN, un documento chiave che aveva la funzione di stimare, al di là dei facili proclami, la reale entità delle risorse necessarie a rilanciare la sanità pubblica. Il Rapporto analizzava le ragioni della mancata stipula del Patto per la Salute denunciando già allora che si rischiava di compromettere le poche risorse aggiuntive per l’anno 2020-2021. Dal report emergeva tutta l’imponenza del definanziamento pubblico negli anni 2010-2019, che ha visto impegnati tutti i governi a tagli considerevoli del SSN di modo da fronteggiare le emergenze finanziarie del Paese, riducendo drasticamente la spesa sanitaria, di fatto il capitolo di spesa pubblica più facilmente aggredibile. Andando ai numeri:

– Il finanziamento pubblico è stato decurtato di oltre € 37 miliardi, di cui circa € 25 miliardi nel 2010-2015 per tagli conseguenti a varie manovre finanziarie ed oltre € 12 miliardi nel 2015-2019, quando alla sanità sono state destinate meno risorse di quelle programmate per esigenze di finanza pubblica.

(Quella che prosaicamente veniva chiamata spending review in pratica significava tagli su tagli al Servizio Sanitario Nazionale e non solo, a scuole, ai beni primari, a tutti i servizi rivolti alla persona)

– Il DEF 2019 ha ridotto ulteriormente il rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% nel 2019-2020 al 6,5% nel 2021 e al 6,4% nel 2022.

– L’aumento del fabbisogno sanitario nazionale per gli anni 2020 (+€ 2 miliardi) e 2021 (+€ 1,5 miliardi) è subordinato alla stipula tra Governo e Regioni del Patto per la Salute 2019-2021, tuttora al palo.

– I dati OCSE aggiornati al luglio 2019 dimostravano già che l’Italia era di gran lunga sotto la media OCSE, sia per la spesa sanitaria totale (€ 3.428 vs € 3.980), sia per quella pubblica (€ 2.545 vs € 3.038), precedendo solo i paesi dell’Europa orientale oltre a Spagna, Portogallo e Grecia. Nel periodo 2009-2018 l’incremento percentuale della spesa sanitaria pubblica si è abbassato al 10%, rispetto a una media OCSE del 37%.

– Tra i paesi del G7 le differenze assolute sulla spesa pubblica già nel 2019 sono incolmabili: ad esempio, se nel 2009 la Germania investiva “solo” € 1.167 (+50,6%) in più dell’Italia (€ 3.473 vs € 2.306), nel 2018 la differenza è di € 2.511 (+97,7%), ovvero € 5.056 vs € 2.545, ovvero il doppio dell’Italia

-Nel periodo 2009-2018 l’incremento della spesa sanitaria pubblica è stato solo del 10% contro la media OCSE del 37%. Risultato: siamo scesi a 3,2 posti letto ogni mille abitanti, contro i 6 della Francia e gli 8 della Germania.

La Fondazione Gimbe nel suo rapporto aveva calcolato che nell’ultimo decennio il grosso dei tagli fosse avvenuto tra il 2010 e il 2015 (governi Berlusconi e Monti), con circa 25 miliardi di euro trattenuti dalle finanziarie di quel periodo, mentre i restanti 12 miliardi sono serviti per l’attuazione degli obiettivi di finanza pubblica tra il 2015 e il 2019 (governi Letta, Renzi, Gentiloni, Conte). Ma cerchiamo di andare ancora più indietro per capire meglio il quadro completo di questo processo che ha visto la cannibalizzazione della salute pubblica, sacrificata per fare fronte ai vari tagli richiesti da quella che ancora adesso scorrettamente viene chiamata finanza “pubblica”. Una finanza che di pubblico non ha più niente, perché da decenni ormai è sotto il controllo privato, compresi l’emissione e il rinnovo dei prestiti ai vari Stati, così come la creazione di valuta europea con l’euro. Perché è pur vero che quest’ultime sono gestite e organizzate dalla BCE, il cui nome potrebbe far credere ad una istituzione finanziaria pubblica a carattere europeo, ma che in realtà a sua volta è formata da quote in percentuali diverse, che fanno capo a banche un tempo nazionali e a controllo statale, esercitato poi dai vari Stati europei, il problema è che da tempo quest’ultime non sono più sotto il controllo pubblico, bensì in mano a gruppi privati, i quali, per tramite la Banca Centrale Europea, la quale percentualmente è ripartita tra i vari affiliati, esigono dagli Stati, ovvero dalla popolazione, il pagamento di interessi da vero strozzinaggio. Purtroppo per noi, le varie manovre che negli anni hanno attinto al welfare, non sono servite ad intaccare un solo euro del debito stesso, bensì quei tagli che adesso paghiamo con il disastro del

SSN così come il naufragio della scuola pubblica, sono serviti soltanto a pagare gli interessi degli interessi che questo debito ha maturato. Un debito che aumenta a dismisura e che non potrà mai essere colmato, né dalla nostra generazione, né da quelle che verranno, ma solo forse parzialmente tamponato come è avvenuto negli ultimi decenni procedendo a manovre finanziarie che hanno rappresentato imponenti tagli, alla sanità pubblica, alla scuola, alla cultura, al welfare sociale, ai servizi alla persona, ecc.

Tornando agli effetti sul nostro Servizio Sanitario Nazionale, che ora sotto la spinta di questa emergenza sanitaria, stiamo ben vedendo e toccando con mano, per riportare il disastro a dei dati numerici e non solo ad una percezione, non importa nemmeno più andare a citare i lavori prodotti da alcune fondazioni benefiche o dalle ONG che si occupano della salute delle persone, è sufficiente rifarsi ai dati prodotti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che afferma che l'Italia in totale oggi ha a disposizione 164mila posti letto per pazienti acuti (272 ogni centomila abitanti), dato calato del 43% dal 1980 a oggi. I posti in terapia intensiva sempre secondo OMS sono invece poco più di 3.700, che diventano 5.300 (8,4 ogni 100mila abitanti) se consideriamo anche le strutture private. L'Oms, proprio sulle TI ha calcolato che dal 1997 al 2015 è stato effettuato un taglio del 51% dei posti letto per casi gravi e per la terapia intensiva che sono passati da 575 ogni 100 mila abitanti ai 272 attuali. Da segnalare oltretutto che fino a qualche settimana fa, per la terapia intensiva ce n'erano soltanto 5.343 ma, dopo l'emergenza coronavirus, allestite in fretta e fura sono salite a 8.370.

Nell'ultimo decennio in particolare c'è stata un'ulteriore accelerazione di questi tagli: oltre 70.000 posti letto persi, 359 reparti ospedalieri chiusi, 46mila dipendenti sanitari in meno nel complessivo, 8mila di questi medici e 13mila infermieri. Il settore dei medici di famiglia, in dieci anni, ha subito una riduzione del 6,8% (-3.230 in termini assoluti). Ancora peggio è andata ai medici che operano nella guardia medica - 10,1%.

A confermarlo fu anche il "Rapporto Sanità 2018 - 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale" del Centro Studi Nebo. I numeri presentavano già due anni fa l'esatta misura dell'emergenza sanitaria: dai 530.000 posti letto del 1981 (di cui 68 mila dedicati all'area psichiatrica e manicomiale) ai 365.000 del 1992, dai 245.000 del 2010 fino ai 191 mila del 2017, ultimo dato disponibile. Significa una riduzione vicina ai due terzi.

Nel 2025 poi abbiamo in previsione 52.500 medici che andranno in pensione contro i 35.800 nuovi medici che arriveranno tra il 2018 e il 2025 che non saranno assolutamente in grado di coprire il fabbisogno della sanità pubblica territoriale. In previsione futura sul fronte del personale ospedaliero le cose non vanno certo meglio, al contrario, il sindacato dei medici Anaa-Assomed con un recente studio ha calcolato che entro il 2025, tra medici e dirigenti sanitari, andranno a casa 70 mila dipendenti, degli attuali 100 mila e 500. "È urgente aprire una stagione di assunzioni nella sanità, eliminando il blocco della spesa per il personale introdotto nel 2010 dal governo Berlusconi-Tremonti". Ora, con l'emergenza coronavirus in atto, il governo si è trovato obbligato ad assumere d'urgenza 20.000 tra medici e infermieri che però, non hanno ancora superato l'esame di Stato e che ovviamente sono carenti di formazione operativa ed esperienza pratica. Pare perciò sia dovuta servire una pandemia per capire il livello di disastro che si è creato nel Servizio Sanitario Nazionale dopo decenni di tagli al grido di spending review. Uno Stato sociale che sta sparendo. Lo hanno chiamato taglio del welfare, così che in inglese la macelleria sociale si percepisse meno. Sotto la spinta dell'emergenza economica, in pieno clima da "spending review", i vari governi che si sono succeduti da sinistra a destra, hanno deciso di usare l'accetta e imporre in quindici anni un taglio orizzontale del 25% delle uscite per tutte le Asl e per tutti gli ospedali (i tagli sono stati imposti con le varie manovre finanziarie e poi ulteriormente reiterati con la legge 65 del 2012 sulla "spending review"). Il provvedimento legislativo del 2012 ha avuto un effetto devastante che ha ulteriormente penalizzato i distretti locali già sottofinanziati e inefficienti, al tempo stesso è stato un provvedimento incapace di eliminare lo spreco in quelli più ricchi. Ogni singola manovra o provvedimento partorito negli ultimi 30 anni in materia di sanità pubblica è andato a pesare direttamente sui cittadini.

Il covid e l'aggravarsi dell'emergenza sanitaria che ne è conseguita ci ha messo di fronte all'evidenza di abbandonare la credenza in cui a lungo ci siamo cullati, dormendo sonni tranquilli, su quella che un tempo si diceva essere il Servizio Sanitario Nazionale migliore d'Europa, sì era vero, ma lo era al passato, ora invece siamo sull'orlo del precipizio, e il bello è che ne guardiamo il fondo come ipnotizzati e storditi, credendo che

passerà, che sia solo una brutta parentesi, che tutto andrà bene, che tutto tornerà come prima, che questo disastro sia solo dovuto all'emergenza coronavirus, quando in realtà, la buca profonda in cui stiamo cadendo è stata scavata da tempo.

Da dire infine che, con la delocalizzazione del SSN affidato in gran parte alle Regioni, quello che un tempo era chiamato Sistema Sanitario "Nazionale" di fatto purtroppo non esiste più. L'Italia nella sanità non è uno Stato unitario. Il servizio sanitario nazionale ricorda invece una cartina pre-Unità d'Italia con stati e staterelli, piccole repubbliche e granducati. Infatti, nonostante le due grandi riforme del 1992-1993 e del 1999, nonostante il tentativo, che possiamo definire fallito, di attuare una sorta di federalismo sanitario, ad oggi non esiste quasi più una sanità pubblica italiana. Ne esistono invece centinaia. Tante quante sono le regioni e le 225 "aziende" sanitarie locali (trasformate da Unità in Aziende non a caso) in cui sono divise, e le 1488 strutture da esse governate che erogano prestazioni ai cittadini tra ospedali, case di cura, ambulatori ecc.

Ognuno in questo contesto fa come gli pare, seguendo logiche politiche e di spesa autonome, che però ormai son tutte volte alla massimizzazione non della salute delle persone ma del profitto, affidando arbitrariamente appalti e subappalti, spesso senza gara pubblica, delocalizzando o smantellando strutture un tempo considerate d'eccellenza, riducendo il servizio sanitario territoriale, creando cattedrali nel deserto con l'acquisto di miliardi di attrezzature che poi non possono essere usate per mancanza di personale, e che vengono perciò date in concessione d'uso gratuito alla sanità privata, oppure all'intramoenia e alla libera professione. Una torta quella del servizio sanitario nazionale pubblico che prima è stata smembrata, e poi è diventata oggetto degli appetiti di più soggetti. A oggi siamo arrivati al punto in cui, già prima dell'emergenza covid l'espletamento delle cure ordinarie era in evidente sofferenza, ed ora che si stanno adibendo ad area Covid interi reparti ospedalieri che fino ad oggi erano dedicati a cure specifiche, come, ad esempio, le patologie oncologiche o quelle cardiovascolari, si viene a creare così un ulteriore danno che va a sommarsi a quello prodotto dallo stesso Covid. Particolarmente significativi i dati che ci provengono da un'analisi del primo periodo di lockdown da marzo a maggio che vedeva le morti dovute a [patologie cardiovascolari triplicarsi](#) in quei mesi, passando da un'incidenza globale della letalità del 4,2% al 13,1%, così come oggi si scopre da uno studio dell'università della Sapienza di Roma che sempre in quel periodo di lockdown, il [numero di bambini nati morti è triplicato](#) a causa delle visite di controllo ritardate o addirittura saltate.

"Per ricostituire un Sistema Sanitario nazionale efficace e funzionale alla salute delle persone o comunque per salvaguardare quel che di esso c'è rimasto, per prima cosa occorre una forte presa di coscienza del disastro di fronte a cui ci veniamo a trovare" così affermava a ragione il Sindacato dei Medici già nel 2019, che poi all'interno di un appello all'epoca lanciato al governo Conte bis che si stava insediando chiedeva di:

- Prendere reale consapevolezza che il rilancio della sanità pubblica più che parole richiede volontà politica, investimenti rilevanti, un programma di azioni a medio-lungo termine e innovazioni di rottura.
- Rilanciare la mozione già elaborata dalla Commissione Affari Sociali della Camera, che richiede al Governo di adottare iniziative per mettere in sicurezza le risorse per la sanità pubblica.
- Definire un piano di rifinanziamento del SSN nonostante le criticità della finanza pubblica.
- Introdurre in maniera tempestiva e integrata tutte le azioni necessarie per aumentare il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità.

Ora di fronte ad un disastro che più volte era stato annunciato e che adesso l'emergenza covid ha messo in luce in modo indiscutibile ed evidente, non servono più vuote dichiarazioni d'intento, se davvero si vogliono salvare le vite delle persone, se si ha a cuore la salute come bene primario, serve una presa di posizione chiara che non preveda soluzioni di ripiego, o si sta dalla parte della gente e della tutela della salute, oppure si sta dalla parte dell'alta finanza con le sue ricette "miracolose" di tagli e controtagli, di cui adesso, forse, ci stiamo davvero rendendo conto per la prima volta di che cosa queste ricette neoliberiste producano in termini sociali, così come nel costo di vite umane, e di regresso a tutti i livelli.

I dati che svelano l'inutilità delle restrizioni ► “In Svezia senza lockdown stiamo bene”

12 Novembre 2020

www.radioradio.it

(VIDEO)

Francia, Spagna, Italia, Regno Unito, Colombia, Messico, Panama, Ecuador. È la fetta di mondo non indifferente che ha fatto peggio della Svezia nella gestione del coronavirus. In questo lungo elenco di nazioni, i morti da Covid per milione di abitanti superano gli standard svedesi, nonostante spesso si parli di Svezia come modello sconsigliabile da imitare. Proteggere i vulnerabili e lasciare in libertà le categorie meno a rischio non sembra convincere la stragrande maggioranza dei paesi europei, ma secondo chi ci vive, il modo in cui è raccontato lo Stato svedese nelle altre nazioni non rappresenta proprio tutta la verità.

Non si tratta ad esempio di negazionismo secondo la psichiatra Martina D'Orazio, che ha raccontato a 'Un Giorno Speciale' come il Governo svedese si sia raccomandato fin dall'inizio coi cittadini di rispettare le regole igieniche ed evitare assembramenti. Ma allora cosa distingue la tanto discussa Svezia dagli altri Stati? Il primato della Costituzione sulle norme igienico-sanitarie che invece in molte nazioni europee la fanno da padrone, spesso accantonando diversi diritti basilari. Ecco la testimonianza della Dott.ssa D'Orazio ai microfoni di Fabio Duranti e Francesco Vergovich.

“Cosa ha funzionato in Svezia? Io penso che in primis abbia funzionato la gestione razionale del Covid-19, cioè aver pianificato una gestione del Covid sulla base di quello che realmente è il Covid: un virus che nell'80% dei casi non dà alcun tipo di sintomo, nel 15% dei casi sintomatologia influenzale e soltanto nel 5% dei casi accesso in ospedale per eventuali cure. Partendo quindi da questo presupposto e considerando il target delle persone che si ammalano, il Governo e il Ministero della Salute hanno fatto una pianificazione sul lungo periodo. È stato chiaro fin dall'inizio che il problema non si sarebbe estinto nel giro di qualche mese, ma il mondo ci si sarebbe dovuto confrontare per almeno due anni. Quindi ora stiamo assistendo al classico effetto fisarmonica apri-chiudi che la Svezia ha voluto scongiurare fin dall'inizio, proprio perché in un mondo senza frontiere è impossibile pensare di poter chiudere il virus fuori casa, di poterci giocare a nascondino e di fargli una guerra. Il virus è tra di noi. È stato altresì chiaro che i morti per Covid sono soltanto la punta di un iceberg e quello che noi stiamo vedendo adesso è quello che ancora non si riesce a vedere fino in fondo è la base di questo iceberg: le morti sommerse. Sia quelle concrete che quelle indirette da Covid, quindi tutte le altre patologie rimaste in secondo piano. Accade nei Paesi che hanno fatto il lockdown e che non hanno fatto ricorso a un potenziamento della sanità. Poi chiaramente anche in Svezia c'è stata l'emergenza, ma ci si è anche concentrati sulle morti simboliche e sul peso dell'impovertimento dell'economia. In Svezia si è cercato di proteggere le categorie a rischio. Non dimentichiamo che noi italiani abbiamo sul territorio nazionale il 40% dei morti nelle case di riposo, ma questo non vuol dire che si sia andati incontro a una moria di anziani. Questo non ha alcun significato a fini statistici, perché se noi andiamo a confrontare la curva della mortalità del 2020 in Svezia e in Italia è in linea di massima sovrapponibile alle curve di mortalità degli anni precedenti. Per cui è passato anche questo concetto errato: che il Covid sia un virus mortale per tutti, quando non lo è.

Nel mondo noi abbiamo 50 milioni di positivi e un milione di morti: questo numero brutto non giustifica in alcun modo la psicosi collettiva che si è sviluppata al livello mondiale. Qui non si tratta solo di un discorso tra Italia e Svezia, tra chi fa meglio e chi fa peggio, ma del fatto che è un virus che ha impattato in modo non significativo per quanto riguarda tutte le società“.

Covid-19: Conte & C imputati di strage, saranno assolti per disagio mentale?

Leopoldo Salmaso per Comedonchisciotte, 13/11/2020

L'avatar di Giustiniano presiede il processo a Conte & Co. Resoconto della prima giornata di processo

Ha avuto inizio stamane il maxi-processo alla classe dirigente italiana, imputata di vari reati fra cui strage, violenza privata e pubblica ai danni di 60 milioni di cittadini, procurato panico, bancarotta nazionale. Primo imputato il presidente del Consiglio dei ministri Conte. Alla sbarra con lui il presidente della Repubblica Mattarella, l'intero Governo, oltre un centinaio di “primedonne” del mainstream radiotelevisivo e della stampa,

il CTS al completo e una trentina degli “esperti” che fino ad oggi avrebbero fornito dati parziali, tendenziosi o addirittura falsi. Giudice l’avatar tridimensionale dell’imperatore Giustiniano, animato da un superprocessore AI-2020 che ingloba il Corpus Juris Civilis e tutte le fonti successive del Diritto (e che parla un italiano fluente, con una lievissima inflessione levantina). L’accusa ha prima spiazzato tutti, dichiarandosi favorevole a un’amnistia generale per i reati consumati fino al 30 aprile, periodo nel quale -ha detto il PM- si poteva presumere un “iniziale smarrimento”. Ma subito dopo il PM ha piazzato un primo affondo micidiale dichiarando che, per i reati consumati dal 1 maggio in poi, ciascun imputato potrebbe salvarsi dai multipli ergastoli previsti per Legge solo grazie a riconosciuta “infermità mentale”. Con tono suadente, egli ha subito rassicurato gli imputati sulle alte probabilità di ottenere l’infermità mentale argomentando che: “Si sa, Dio toglie il senno a quelli che vuole dannare”. Con tono ora quasi consolatorio, il PM ha ricordato che tale maledizione/minaccia non sta scritta nella Bibbia sacra, ma “solo” nella bibbia popolare (1). E a quel punto, quando tutti parevano vagamente consolati pur nello smarrimento di fondo, il PM ha calato un ulteriore affondo rivolgendosi direttamente agli imputati: “Fossi uno di voi, preferirei essere giudicato in base alla Bibbia divina dove la misericordia è ben più abbondante che nella bibbia popolare, invece sarete giudicati in base alla legge del popolo che avete massacrato!” Dopo un silenzio che sembrava non finire mai e che grondava sgomento, il PM non ha impostato l’accusa sui morti di Bergamo inceneriti o su altri argomenti già cavalcati dal tormentone mediatico. Egli ha proiettato sui maxischermi la tabella seguente, tanto “secondaria” in apparenza quanto micidiale, riservandosi di commentarla nel prosieguo del dibattito. Ma già l’intero collegio di difesa ondeggiava fra lo smarrito e il corrucciato, fissando e rifissando quegli otto numeri.

	1 Marzo - 30 Aprile	1 Maggio -12 Novem
"con" e "per" Covid-19	27.967	15.622
giornalieri (media)	458	80
ti* a domicilio	81.708	602.011
ti* / morti giornalieri	178	7.553
ti a domicilio alla data 30 Aprile e 12 Novembre (dato puntuale, non cumulativo)		

Tutti i morti, “con” e “per” Covid-19 (fare click sulla figura per aprirla)

Intanto il PM faceva notare che, ovviamente, **ogni accusa è fondata sui dati ufficiali della Protezione Civile e del Ministero della Salute (2).**

Sempre con tono benevolo, il PM aggiungeva che l’ISS (Istituto Superiore di Sanità), in base alla revisione di 5.047 cartelle cliniche, offre dati precisi per valutare se una persona morta “con test positivo per il virus SARS-CoV-2”, sia morta “con” o “per” (cioè a causa di) la malattia Covid-19 (3). E proseguiva: “Ebbene, le cartelle cliniche dicono che il 96,6% di tutti quei morti presentava in media 3,6 gravi patologie preesistenti, fra le quali va ricercata la causa principale di morte in base alle direttive internazionali ICD- International Classification of Disease (4) che sono in vigore da decenni”. Con voce sempre più ferma: “In tutti questi casi Covid-19 può ben essere stata la classica goccia che fa traboccare il vaso, esattamente come succede con l’Influenza, ma in simili casi ICD esclude che si possa registrare l’Influenza come causa principale del decesso”. Rivolgendosi ora al giudice, il PM continuava: “Vostro Onore, restiamo con il 3,4% di cartelle cliniche in cui, non essendo registrata nessuna grave patologia soggiacente, noi non abbiamo nulla da obiettare a che Covid-19 venga riconosciuta come causa di morte”. Lunga pausa, guardando uno ad uno i componenti del collegio di difesa, e poi: “Estrapolando la medesima percentuale al numero totale dei morti qui citati, restiamo con 1482 morti “per

Covid-19”.”. Ancora una volta l’accusa concedeva una parvenza di respiro al collegio di difesa, che sembrava un unico blocco marmoreo: “1482 morti, proiettati sull’intero anno solare, rappresentano una mortalità di 2,8 per centomila abitanti, che è addirittura inferiore a quella dell’influenza stagionale, così come calcolata in uno studio del ISS sui dati di 32 anni consecutivi (5). Quello studio presenta una serie molto complessa di dati, disaggregati per regione, età, etc., ma in definitiva condensabili in una mortalità di 3,4/100.000 abitanti”. Alcuni avvocati della difesa, forse sollevati da quelle apparenti divagazioni, sembravano prendere un po’ di colorito ma il PM, fissando proprio costoro con sguardo da Gorgona, faceva intanto “scivolare” sui maxischermi la diapositiva successiva, ancor più impietosa perché rincarava, e di molto, la dose di ghiaccio già rovesciata con la prima tabella:

	1 Marzo - 30 Aprile	1 Maggio -12 Nover
"per Covid-19"	951	531
giornalieri (media)	15,6	2,7
ti* a domicilio	81.708	602.011
ti* / morti giornalieri	5.242	222.149
ti a domicilio alla data 30 Aprile e 12 Novembre (dato puntuale, non cumulativo)		

Solo i morti “per” Covid-19 (fare click sulla figura per aprirla)

Nessuno osava fiatare. Anche il PM restava immobile e in silenzio, ma c’era da scommettere che ogni sua cellula vibrava come in un forno a microonde impostato alla massima potenza. Poi, spostandosi verso il premier e i governatori, ha chiesto se gli “esperti” avessero mai fornito loro informazioni simili a quelle testé esibite nelle due tabelle. De Luca colse al balzo quell’assist e, con voce di sfida, guardandosi attorno e gesticolando, si mise a sbraitare che egli aveva sempre ricevuto informazioni molto più complesse, dettagliate, e che la valutazione politica deve tener conto di variabili ben più importanti di “quei quattro numeretti”... Mattarella tentava in tutti i modi di lanciargli delle occhiate per stopparlo, invano. Anzi, quello insisteva e iniziava a riscuotere cenni di sostegno soprattutto dal versante politico e mediatico, mentre gli “esperti” restavano impietriti: quindi capivano? Quindi erano “esperti a corrente alternata”?...

L’avatar di Giustiniano batté lievemente il martelletto e invitò il PM a proseguire. Era un modo elegante per far cessare la petulanza del governatore campano, ma siccome quello non intendeva ragione, il giudice fu costretto a richiamarlo all’ordine. A quel punto il PM ha chiesto ed ottenuto il permesso di chiamare a deporre la signora Maria, la più anziana fra gli addetti alle pulizie di quel palazzetto trasformato in aula di tribunale, alla quale i colleghi avevano riconosciuto il privilegio di occupare uno sgabello vicino all’uscita più defilata.

– “Signora Maria, che cosa le dicono “quei quattro numeretti”, anzi otto, che compaiono nelle due tabelle?”.

– “Mah, non saprei...” disse lei titubante.

– “Lo dica con parole sue, non sia timida”.

– “Mi pare... mi pare che stiate chiudendo in casa un sacco di gente... molta più gente adesso... ora che non muore quasi più nessuno...”.

Giustiniano fu costretto a battere ripetutamente il martelletto e a richiamare al silenzio, invano, perché la sala rimbombava di mormorii, di brusii, di fremiti dei banchi, delle sedie, dei corpi. Dalle postazioni di fondo alcuni telefonini tentavano di zoomare sulla donna, mentre le telecamere delle emittenti nazionali, pur piazzate in posizione privilegiata, avevano cercato di riprendere tutto tranne quel dialogo improvvisato. Anche l’audio aveva accusato strani disturbi in quegli ultimi minuti. Finalmente il PM poté dire: “Chiedo venga verbalizzato

che oggi, 13 novembre 2020, a fronte di 2,7 morti “per Covid-19”, stiamo tenendo isolate a domicilio più di seicentomila persone: per l’esattezza, 222.149 persone isolate per ogni persona morta a causa di una malattia che uccide meno dell’influenza stagionale”. Non aveva ancora scandito le ultime parole, che una minoranza sparpagliata nei posti periferici si era messa ad applaudire, urlando “bravo, bravo” e “criminali, sciacalli, venduti” mentre la platea dei VIP rimaneva impietrita. Giustiniano, visto impossibile riportare la calma, ha prima aggiornato la seduta a domani, poi, accerchiato dall’intero collegio di difesa, e ottenuto un cenno di assenso dal PM, ha chiuso dicendo che comunicherà la data della prossima udienza entro le 12 di domani.

1. <https://www.treccani.it/vocabolario/quem-iuppiter-vult-perdere-dementat-prius/>
2. <https://github.com/pcm-dpc/COVID-19>
3. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>
4. <https://www.dimdi.de/dynamic/en/classifications/icd/icd-10-who/instruction-manual/>
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2738436/>

A proposito del vaccino contro il covid-19 di Luca Cellini 14 Novembre 2020

Nuovo Vaccino Covid-19: Necessarie verifiche superpartes rigorose, massima trasparenza e rispetto del diritto alla volontarietà

La compagnia farmaceutica Pfizer ieri ha annunciato di aver realizzato un vaccino considerato “rivoluzionario” perché RNA-based. Ovvero che non agisce col sistema del “virus attenuato” bensì va a modificare la risposta dell’RNA delle nostre cellule in relazione al virus e secondo quanto dichiarato da Pfizer sicuro al 90%. L’articolo medico apparso su Nature ([vedi link: https://www.nature.com/articles/s41586-020-2814-7](https://www.nature.com/articles/s41586-020-2814-7)) spiega sia il funzionamento che il tipo di test condotti su questo vaccino chiamato mRNA BNT162b. Difficile per i più avere le conoscenze necessarie a comprendere in toto i vari aspetti tecnico-scientifici e le possibili implicazioni del lavoro condotto da Pfizer in collaborazione con Biontech. Difficile, perciò, sulla base dei soli dati provenienti dalla stessa casa produttrice, valutare la qualità e la sicurezza per la salute umana di questo vaccino, (di cui Pfizer afferma averne prodotte già 50.000 dosi).

Cerchiamo perciò di capire meglio la questione:

Lo sviluppo di un vaccino che si dimostri sicuro ed efficace, prima di essere somministrato a milioni o miliardi di persone, è sempre qualcosa di oltremodo complesso, e quindi di per sé lento e verificabile solo su vasti campioni. Inoltre, il COVID-19 presenta alcune sfide particolarmente complicate. Alcuni vaccini sono particolarmente difficili da sviluppare, è questo il caso dei vaccini contro il coronavirus. Quattro i ceppi di coronavirus che circolano endemicamente nell’uomo, causando lievi infezioni respiratorie. Due ceppi si sono dimostrati molto più virulenti, causando polmoniti e insufficienze respiratorie gravi, a volte mortali: il SARS-CoV-1 nel 2002-2004 e il MERS-CoV nel 2012. Il virus responsabile di COVID-19 (il SARS-CoV-2) appartiene a questo secondo gruppo.

Una delle particolarità dei coronavirus è che infettano per prime le mucose del naso e della gola. A volte, le difese immunitarie innate li fermano a questo primo livello. Questo è il motivo per cui la maggior parte dei pazienti COVID-19 ha solo sintomi ORL (otorinolaringoiatrici, legati soprattutto al naso e alla gola) più o meno marcati. Ma se i coronavirus non vengono fermati al livello ORL, possono passare nei polmoni e nel sangue, e diffondersi ad altri organi. Qui attaccano le cellule che esprimono i recettori per i virus, recettori che sono presenti nel cuore, nei reni e nei vasi sanguigni di tutto il corpo, compreso il cervello. Questo è purtroppo il caso del virus responsabile del COVID-19. Per assicurare una protezione nell’uomo da tutte le forme di COVID-19, e quindi anche dal rischio di trasmissione, sarebbero necessari vaccini in grado di indurre e mantenere risposte immunitarie abbastanza forti da proteggere in modo permanente le mucose del naso e della gola. Tuttavia, l’induzione dell’immunità totale (o “sterilizzante”) almeno finora non è mai stata raggiunta da nessun vaccino.

Il ruolo degli Antigeni:

Il criterio guida che ha mosso gli studi e le ricerche della Pfizer ad esempio, ha optato per la scelta e l'introduzione di alcuni antigeni da includere nel vaccino per produrre una risposta a livello del nostro RNA cellulare. Detta così sembra relativamente semplice, ma entrando nel dettaglio le spicole sulla superficie dei coronavirus (proteina S o Spike) sono quelle con cui i virus si attaccano ai recettori cellulari, detto in altre parole sono le chiavi che aprono la porta alle cellule. Fortunatamente, queste proteine sono ben riconosciute dal sistema immunitario umano, che risponde ad esse inducendo cellule B che producono anticorpi e cellule T in grado di distruggere le cellule infette. Questo vale per tutti i ceppi di coronavirus, compresi SARS-CoV-1, MERS-CoV e SARS-CoV-2 responsabile del COVID-19. Questi antigeni si troveranno quindi, in un modo o nell'altro, in tutti i vari candidati vaccini, siano essi vivi attenuati, inattivati, veicolati da vettori virali o codificati dal loro RNA, come nel caso del vaccino mRNA annunciato dalla Pfizer .

La scelta delle difese immunitarie da indurre nel nostro sistema immunitario porta però con sé non poche complicazioni sia di natura tecnica che di possibili risposte secondarie non desiderate da parte del sistema immunitario sia esso umano o animale. Gli studi effettuati sugli animali hanno dimostrato ad esempio che la protezione post-vaccinazione contro il SARS-Cov-1 era più efficace se si osservavano dei livelli di anticorpi neutralizzanti (in grado di neutralizzare l'ingresso del virus nelle cellule) diretti contro la proteina S – sebbene anche gli anticorpi contro altri antigeni possano riuscirci. L'induzione di alti livelli di anticorpi neutralizzanti sembra quindi essere una buona strategia, non a caso, perseguita da molti candidati vaccini.

L'ADE, la possibile intensificazione [dell'infezione] mediata dall'anticorpo:

Purtroppo, è estremamente difficile però riuscire a indurre in un qualsiasi organismo la sola produzione di anticorpi neutralizzanti. Come possibile risposta secondaria esiste anche la produzione di anticorpi non neutralizzanti che, non riescono a neutralizzare il virus, ma al contrario potenzialmente possono legarsi ai virus. Questo è quanto è emerso finora proprio dai test condotti sugli animali, dove la risposta secondaria è risultata essere pericolosa vedi link seguenti: <https://www.nature.com/articles/s41577-020-0321-6.pdf> e <https://www.nature.com/articles/s41564-020-00789-5>

Siccome allo stato attuale non è possibile scongiurare la risposta secondaria, data dalla produzione di anticorpi non neutralizzanti, il rapporto della proporzione tra anticorpi neutralizzanti e non neutralizzanti risulta quindi essere un punto d'importanza essenziale. In gergo tecnico la risposta secondaria ed indesiderata di un qualunque sistema immunitario si chiama ADE, (Antibody-Dependent Enhancement) acronimo che sta per incremento della pericolosità dovuto agli anticorpi, ed è una delle ragioni per cui un vaccino promettente può risultare inefficace, qualora non vengano sviluppati gli anticorpi “giusti”.

Questo fenomeno è stato scoperto nel 1977 da un virologo che studiava la malattia di Dengue e da allora è stato riconosciuto anche per altri virus, inclusi alcuni della famiglia dei coronavirus e compreso quindi il ceppo di cui fa parte la Covid-19

La speranza ultima di un vaccino è quella di stimolare il sistema immunitario della persona vaccinata affinché produca alti livelli di anticorpi anti-spike tali che impediscano l'interazione e quindi l'invasione delle nostre cellule. Purtroppo, però, come già detto sopra, non tutti gli anticorpi sono uguali, ci sono anticorpi neutralizzanti e non neutralizzanti. Gli anticorpi non neutralizzanti potrebbero invece aiutare il virus a entrare nelle cellule. Uno dei principali meccanismi di eliminazione dei corpi estranei attuato dal sistema immunitario si avvale di particolari cellule immunitarie dette fagociti. Queste accorrono numerose nei siti di infezione e quando incontrano un virus segnalato dagli anticorpi come un pericolo, lo internalizzano per digerirlo. La distruzione del virus avviene all'interno di una sorta di “stomaco” cellulare, ma alcuni virus hanno sviluppato dei meccanismi per evitare di essere eliminati, e quindi una volta all'interno dei fagociti li invadono.

Abbiamo spiegato prima come l'obiettivo primario del vaccino sia quello di prevenire l'entrata del virus nelle cellule, specialmente quelle delle vie respiratorie. Tuttavia, gli anticorpi non neutralizzanti in questo caso determinano l'effetto opposto. Quindi un virus che si associ con questo tipo di anticorpi sviluppati dal sistema immunitario, potrebbe essere paragonato ad un cavallo di troia per i nostri fagociti. Gli anticorpi che lo hanno

riconosciuto affinché venga eliminato dalle cellule, in questo caso lo aiutano purtroppo ad entrare nelle cellule fagocitiche e invaderle. Il risultato è che il virus si replica nei fagociti e poi esce diffondendo l'infezione nelle cellule vicine. Questo meccanismo è appunto noto in biologia come ADE (dall'inglese [Antibody-Dependent Enhancement](#)), traducibile come "intensificazione [dell'infezione] mediata dall'anticorpo".

Se gli anticorpi indotti dalla vaccinazione sono neutralizzanti e proteggono le cellule respiratorie più sensibili, l'individuo è comunque protetto e l'effetto dell'invasione delle cellule immunitarie è marginale. Se invece gli anticorpi indotti dal vaccino per qualche motivo (tale risposta può variare da individuo a individuo e da situazione a situazione) non sono neutralizzanti, vuol dire che né le cellule respiratorie, né quelle del sistema immunitario sono protette. Il risultato è che un'infezione o una vaccinazione che induce gli anticorpi "sbagliati" potrebbe aggravare la situazione, dando "un passaggio" al virus per entrare nelle cellule immunitarie.

Sempre dagli studi condotti, le prime preoccupazioni per l'ADE nei pazienti con SARS si sono avute quando si è riscontrato che le risposte anticorpali di sieroconversione e neutralizzazione erano correlate alla gravità clinica e alla mortalità. È stato riportato un risultato simile a quello condotto sugli animali anche nei pazienti con COVID-19, con titoli anticorpali più elevati contro SARS-CoV-2 associati a una malattia più grave. Una semplice ipotesi è che titoli anticorpali maggiori nei casi COVID-19 gravi derivino da un'esposizione all'antigene maggiore e più prolungata a causa di cariche virali più elevate. Tuttavia, uno studio recente ha dimostrato che la diffusione virale nel tratto respiratorio superiore era indistinguibile tra i pazienti con COVID-19 asintomatico e sintomatico. I pazienti sintomatici hanno mostrato titoli anticorpali anti-SARS-CoV-2 più elevati e hanno eliminato il virus dal tratto respiratorio superiore più rapidamente, contraddicendo un'ipotesi più semplice che i titoli anticorpali siano semplicemente causati da cariche virali più elevate.

Altri studi invece hanno dimostrato che le risposte dei linfociti T anti-SARS-CoV-2 possono essere trovate a livelli elevati nelle infezioni lievi e asintomatiche. Presi insieme, i dati suggeriscono che si possono trovare forti risposte dei linfociti T in pazienti con un'ampia gamma di presentazioni cliniche, mentre i titoli anticorpali forti sono più strettamente legati al COVID-19 grave. Un avvertimento importante è che la diffusione virale è stata misurata nel tratto respiratorio superiore piuttosto che nel tratto respiratorio inferiore. Il tratto respiratorio inferiore è probabilmente più importante per la patologia polmonare COVID-19 grave e non è chiaro quanto sia strettamente correlata la diffusione virale di SARS-CoV-2 nelle vie respiratorie superiori e inferiori durante il decorso della malattia. La difficoltà maggiore sta nell'indurre buone risposte al vaccino in individui vulnerabili e nei soggetti deboli.

I test condotti da Pfizer sul vaccino anticovid:

Indurre risposte vaccinali protettive nei volontari giovani e sani è già di per sé una sfida. Come riportato dalla stessa Pfizer cit: "La popolazione dello studio condotto era costituita da maschi sani e femmine non gravide con un'età media di 37 anni (range 20-56 anni) con uguale distribuzione per sesso. La maggior parte dei partecipanti era bianca (96,7%) con un partecipante afroamericano e uno asiatico", per un totale di 60 partecipanti divisi in 5 gruppi di 12.

I soggetti vaccinati con BNT162b1 hanno ricevuto differenti dosi di vaccino a seconda del gruppo, la prima dose il giorno 1 e una dose di richiamo il giorno 22, ad eccezione di due individui di un gruppo – che stando almeno a quanto dice Pfizer hanno interrotto la partecipazione per "motivi non correlati al farmaco in studio". Senza peraltro specificare né rendere pubblici quali siano questi motivi non correlati al farmaco. Ad ogni modo, tradotto percentualmente su un campione così ristretto di 12 persone 2 persone rappresentano ben il 16,7%.

Sempre da quanto reso pubblico da Pfizer alla voce "[Dati preliminari di sicurezza e tollerabilità](#)" si può leggere: "In breve, non si sono verificati eventi avversi gravi e nessun ritiro dovuto a eventi avversi correlati per qualsiasi dose. – salvo poi, andando a leggere nel dettaglio riportato che anche nei soggetti che hanno continuato i test cit: – "2 soggetti su 12 (16,7%) hanno manifestato grave reattogenicità locale, 6 soggetti su 12 (50%) hanno riferito grave reattogenicità sistemica (principalmente mal di testa, brividi, affaticamento o dolore muscolare); e 1 soggetto su 12 (8,3%) ha riportato febbre."

Restano inspiegate le cause del ritiro di due partecipanti in uno dei gruppi da 12.

Tutto questo su un campione molto ristretto di soggetti sani, di età mediamente giovane e in buone condizioni fisiche, tutt'altro discorso è poter ottenere queste stesse risposte in persone più vulnerabili a causa della vecchiaia, dell'obesità, di malattie pregresse o di trattamenti immunosoppressori. In questi casi tutto diventa esponenzialmente molto più difficile. Detta in altre parole specie nelle categorie più vulnerabili, esiste un rischio concreto e alto che un vaccino basato su questi soli dati e con tali presupposti, non solo potrebbe aumentare potenzialmente gli effetti collaterali e la reattogenicità in soggetti più vulnerabili, ma in caso di malattia esporli anche al rischio che aumenti la gravità stessa del COVID-19.

Il concetto di sicurezza per la salute umana:

Il COVID-19 è una malattia ancora poco conosciuta, ma ciò che ben si è capito è che la sua gravità deriva chiaramente da risposte immunitarie inappropriate, eccessive e/o inadeguate. Questo il motivo per cui molti trattamenti sono attualmente finalizzati a rallentare, e non tanto a stimolare, le risposte immunitarie/infiammatorie.

Uno dei rischi principali non dichiarati ovviamente dalle aziende che hanno allo studio i vari candidati vaccini, è quello di indurre due tipi di risposte la prima quella per così dire positiva di produrre anticorpi di tipo neutralizzanti, ovvero in grado di bloccare il virus prima del suo ingresso nelle cellule, la seconda invece, quella collaterale e che porta in sé i maggiori rischi, è la risposta legata alla produzione di anticorpi non neutralizzanti in grado di legarsi agli stessi coronavirus, nel sito stesso che in teoria dovrebbe bloccare la capacità del virus di infettare le cellule, e che invece tramite gli anticorpi non neutralizzanti, legandosi al virus possono facilitare l'ingresso del virus stesso nelle cellule e la loro infezione, invece di bloccarla (Antibody-Dependent-Enhancement). Questo fenomeno è stato già in precedenza osservato con il SARS-Cov-1 e con il MERS-CoV. Perciò si sospetta, purtroppo, che potenzialmente tale effetto collaterale specie nei soggetti più vulnerabili possa verificarsi anche con il COVID-19. È per questo motivo che è necessaria non solo estrema prudenza, ma tempi di sperimentazione prolungati e vasti campioni significativi.

I modelli animali utilizzati per confermare o confutare questo rischio sono complessi. Gli studi classici di vaccinazione, che consistono nel verificare che i vaccini siano ben tollerati seguendo dei volontari per settimane o per mesi, non potranno rispondere in modo esauriente a questa domanda, per avere un quadro esaustivo, dovremo, o aspettare che questi volontari vaccinati siano esposti al SARS-Cov-2, o esporli ad esso volontariamente, cosa che non è possibile in assenza di un trattamento efficace, oltremodo testato e più che sicuro, perché in caso di ADE significherebbe provocare in questi soggetti potenziali gravi danni alla salute fino anche il possibile rischio di morte

A questo punto anche ai non tecnici credo sia abbastanza facile comprendere che ci debba essere estrema prudenza, specie in relazione ad una possibile campagna di vaccinazione su larga scala con quest'ultimo vaccino prodotto da Pfizer, così come su altri possibili candidati vaccini, vuoi perché ci si dovrebbe basare esclusivamente sui soli studi e dati pubblicati dalle stesse case produttrici del vaccino, vuoi perché i dati numerici come in questo caso appartengono un campione estremamente ridotto, per di più condotto solo su soggetti sani e giovani, vuoi anche per la natura degli stessi risultati, che hanno dimostrato comunque risultati controversi, con effetti collaterali e reattogenicità a vari livelli, anche gravi, tali che, in un gruppo, in un campione pari al 16,7% si è dovuto procedere ad un loro ritiro dai test, senza che di ciò sia ancora stato specificato in modo esauriente e trasparente il motivo, vuoi infine perché sui soggetti oggetto del test, per i motivi sopra esposti, non è stato ancora possibile verificare gli effetti della risposta del loro sistema immunitario qualora esposti direttamente alla Sars Cov 2.

Ulteriori aspetti secondari:

Bisogna infine tenere in conto due questioni forse meno importanti ma altrettanto significative da prendere in considerazione riguardo la corretta gestione di un possibile vaccino:

1) La questione tecnica non indifferente che a causa della natura stessa del vaccino almeno ad esempio quello prodotto dalla Pfizer, che impone la sua [conservazione e il suo trasporto a temperature oltremodo basse](#) e difficilissime da mantenere all'interno di una filiera a -80 C°.

2) Secondo gli stessi studi condotti da Pfizer, l'efficacia di questo tipo di vaccino per essere garantita fa sì che il vaccino stesso o debba essere periodicamente richiamato per stimolare e attivare la risposta del nostro sistema immunitario in difesa della Sars Cov-2.

Aspetti etici e di cattiva condotta delle case farmaceutiche:

Inoltre, quando si ha a che fare con la salute umana e come in questo caso con possibili rimedi diretti a milioni di persone è necessario anche valutare l'aspetto etico, di affidabilità, di trasparenza, di correttezza che devono necessariamente risiedere all'interno di una qualsiasi organizzazione pubblica o privata che proponga determinati prodotti destinati alla cura delle persone. Tali prodotti e presidi medici debbono scaturire da progetti e dall'evidenza più che comprovata e trasparente di risultati scientifici seri e oltremodo verificati da più soggetti. Questo dovrebbe essere lo spirito che muove le case farmaceutiche, specie in considerazione del fatto che la qualità del loro lavoro può salvare oppure se portato avanti in modo scorretto distruggere vite umane. Per questo credo sia doveroso in questo processo valutare anche l'aspetto etico. Purtroppo sono ormai numerosi i casi che spesso hanno visto coinvolte le grandi compagnie farmaceutiche in cause e conseguenti processi sia di natura penale che civile, processi dove diverse aziende che in teoria avrebbero dovuto apportare cure e tutela della salute umana, col loro operato spesso ne hanno attentato, spinte dalla bramosia di profitto. La Pfizer in particolare, ma purtroppo non è la sola, vanta già numerose cause e processi su cui sarebbe il caso di mettere attenzione. Oltremodo numerose le istanze e i giudizi a suo carico per cattiva condotta, molte delle quali hanno visto il celebrare di processi civili e penali passati già in giudicato, a fronte dei quali il colosso farmaceutico statunitense è stato più volte condannato a risarcimenti plurimiliardari. A seguire il lungo e preoccupante elenco di casi che hanno visto la Pfizer essere accusata di cattiva condotta:

-1. Contenzioso sui prezzi all'ingrosso medi alle Hawaii:

Lo stato delle Hawaii si è accordato con dozzine di aziende farmaceutiche, tra cui Merck, Pfizer, GlaxoSmithKline e Novartis tutte accusate di aver ingannato il programma Medicaid delle Hawaii per più di un decennio gonfiando in modo fraudolento i prezzi dei farmaci da prescrizione. L'importo totale della frode è stato di 82,7 milioni di dollari.

-2. Ispezione della Food Drugs Administration dell'impianto Pfizer di New York City:

Un'ispezione della Food and Drug Administration (FDA) statunitense presso la sede di Pfizer a New York, condotta da giugno ad agosto 2009, ha rilevato violazioni dei requisiti di segnalazione PADE (Postmarketing Adverse Drug Experience) in relazione a molti dei suoi prodotti, tra cui Lipitor, Selzentry, Lyrica, Camptosar e Viagra. Le violazioni includevano la mancata presentazione alla FDA di rapporti sull'Esperienza di farmaci avversi (ADE) entro il tempo richiesto; procedure scritte inadeguate per la sorveglianza, la ricezione, la valutazione e la segnalazione di eventi avversi; mancata presentazione alla FDA di casi avversi con farmaci Pfizer che in vari pazienti hanno avuto effetti collaterali sia gravi che inaspettati.

-3. Commercializzazione illegale di Bextra e altri farmaci:

Nel settembre 2009, Pfizer ha accettato di pagare 2,3 miliardi di dollari (il prezzo più alto mai pagato nella storia risarcimento da un'azienda farmaceutica) per risolvere le accuse civili e penali federali e statali secondo cui Pfizer aveva commercializzato illegalmente quattro farmaci Bextra, Geodon, Zyvox e Lyrica con l'intento comprovato di frodare o fuorviare promuovendo i farmaci per usi non approvati. Inoltre 1,3 miliardi di dollari sono stati ulteriormente pagati dalla controllata Pfizer Pharmacia & Upjohn Company, Inc., che dopo patteggiamento al processo si è dichiarata colpevole di una violazione criminale del Food, Drug and Cosmetic Act per la sua promozione di Bextra.

Pfizer ha pagato una multa civile di 1 miliardo di dollari per risolvere le accuse di aver promosso illegalmente i farmaci per usi non approvati dalla Food and Drug Administration (FDA) degli Stati Uniti e di aver presentato false dichiarazioni ai programmi Medicare e Medicaid.

-4. Commercializzazione illegale di Neurontin:

Pfizer ha accettato in patteggiamento di dichiararsi colpevole di aver violato il Federal Food, Drug, and Cosmetic Act e di pagare ai governi federali e statali più di 430 milioni di dollari di multe civili e penali per

risolvere le false accuse che la Warner-Lambert, (società che Pfizer ha acquisito nel 2000) commercializzando illegalmente il suo farmaco contro l'epilessia Neurontin tra il 1996 e il 2000.

-5. False affermazioni sul farmaco Lipitor

Nell'ottobre 2002, Pfizer e le sue sussidiarie Warner-Lambert e Parke-Davis hanno pagato 49 milioni di dollari per risolvere le accuse del False Claims Act secondo cui aveva evitato in modo fraudolento di pagare sconti dovuti ai programmi sanitari statali e federali omettendo di riportare i prezzi migliori per il suo farmaco per il colesterolo Lipitor.

Parke-Davis Labs, allora una sussidiaria di Warner-Lambert, che è stata successivamente acquisita da Pfizer nel 2000, presumibilmente ha sovrastimato il miglior prezzo Lipitor nel primo e nel secondo trimestre del 1999.

-6. Commercializzazione illegale di Genotropin:

Nel 2007, le filiali Pfizer Pharmacia & Upjohn Company, Inc. e Pharmacia & Upjohn Company, LLC hanno pagato 34,7 milioni di dollari per risolvere gli addebiti derivanti dalla commercializzazione off-label di Genotropin (un medicinale per l'ormone della crescita umano) e dal suo inappropriato avendo stipulato contratti fraudolenti con i promotori medici per aumentare le vendite di altri medicinali.

-7. Test illegali in Nigeria:

Nel luglio 2009, Pfizer ha accettato di pagare 75 milioni di dollari al governo nigeriano per regolare le accuse penali e civili secondo cui la società ha testato illegalmente un antibiotico sperimentale chiamato Trovan su bambini durante un'epidemia di meningite del 1996. Le autorità nigeriane sostengono che il test di Trovan di Pfizer, per il quale non aveva ottenuto il consenso in modo appropriato, ha ucciso 18 bambini e ne ha resi disabili oltre 200.

-8. Causa McClain contro Pfizer (Whistleblower Retaliation):

Nell'aprile 2010, una giuria federale del Connecticut ha assegnato 1,4 milioni di dollari di risarcimento danni all'ex scienziata Pfizer, Becky McClain, che ha affermato di essere stata licenziata quando ha cercato di sollevare preoccupazioni sulla sicurezza del lavoro di ingegneria genetica in corso presso il laboratorio Pfizer nella sede di Groton.

La McClain, biologa molecolare in forze alla Pfizer, in quella causa affermò di essere stata ingiustamente licenziata per aver lamentato un'attrezzatura di sicurezza difettosa che permise a un pericoloso lentivirus di infettare lei e alcuni dei suoi colleghi. La biologa McClain in seguito è stata risarcita e la Pfizer condannata per il non rispetto dei parametri di sicurezza lavorativi.

- 9. Marchio errato della pagina web di Lipitor:

La Food and Drug Administration (FDA) statunitense nel 2013 ha citato Pfizer per aver violato il Federal Food, Drug, and Cosmetic Act in merito alla sua pagina web Lipitor "Online Resources". La FDA ha affermato che la pagina web era fuorviante perché ha fornito dichiarazioni e / o suggerimenti mendaci e ingannevoli sull'efficacia dei prodotti Caduet, Chantix e Norvasc, omettendo inoltre di comunicare alcune informazioni fondamentali sui rischi associati all'uso di questi farmaci.

Questi alcuni dei fatti che ad oggi hanno visto coinvolta Pfizer che fanno sì quantomeno si debba mostrare molta prudenza.

Verifiche superpartes rigorose, estese e accurate:

Altro aspetto di primaria importanza è il richiedere, e se serve pretendere, che i test e il campionamento di questo come di un qualsiasi altro possibile vaccino, vengano realizzati su campioni estesi e significativi, con tempi adeguati, che tengano in conto delle possibili risposte avverse nei soggetti più vulnerabili, che prevedano forme di verifica superpartes, accurate rigorose, oltremodo sicure e rispettose della salute umana. Verifiche che vengano condotte in modalità allargate ed estese a più soggetti di controllo in specie pubblico, tali che si possa garantire in modo trasparente e inequivocabile sia la massima sicurezza e tutela per la salute umana, che la qualità dei lavori condotti. Tutto questo a prescindere della compagnia farmaceutica produttrice, che vada oltre le dichiarazioni dei possibili produttori, e e soprattutto atte a scongiurare nel modo più assoluto, una possibile risposta secondaria del nostro sistema immunitario, indicata invece come possibile da altri studi, che vedono

nelle persone testate in caso di successiva infezione da Sars Cov2, la possibile produzione di anticorpi non neutralizzanti che si legano al virus stesso, e che potenzialmente possono addirittura aggravare il quadro clinico della malattia da Covid-19.

Il rispetto del diritto alla volontarietà da garantire in ogni Stato di diritto:

Infine, come in ogni Stato di diritto che si rispetti, a maggior ragione in questo caso di emergenza sanitaria, dove con il possibile sviluppo di un vaccino per la Sars Cov 2, ci veniamo a trovare in modo inequivocabile nella necessità di condurre lunghe, estese e accurate fasi di sperimentazione sulle persone, è necessario che nei criteri di somministrazione sia di questo annunciato da Pfizer, come di altri possibili futuri vaccini per la Sars Cov-2, venga garantito in modo inalienabile e indiscutibile il diritto alla volontarietà, da assicurare e tutelare senza se e senza ma nei confronti di ogni soggetto.

In arrivo le linee guida per curare i pazienti covid a domicilio, ma la bozza desta

perplexità di Valentina Bennati 14/11/20

Finalmente sono in arrivo [le linee guida per curare a domicilio](#) i pazienti covid senza necessità di ricovero (ovvero la stragrande maggioranza delle persone che vengono infettate da Sars Cov 2) ma, secondo le indiscrezioni circolate, non sarebbero quelle giuste. Da mesi alcuni medici che hanno vissuto l'emergenza in prima linea, riuscendo a curare con successo a casa le persone sintomatiche, stanno spiegando quanto sia fondamentale l'utilizzo di cortisone, antibiotici ed eparina anche precocemente per impedire peggioramenti, eppure nonostante ciò, la bozza di protocollo per le cure a casa che è stata presentata dal gruppo di lavoro del Ministero della Salute direbbe NO ad antibiotici, cortisone (previsto solo in emergenza) ed eparina (ammessa per le persone che hanno difficoltà a muoversi) e SI' al paracetamolo che, può essere utile in caso di febbre molto alta, ma che però non contrasta per nulla l'infiammazione causata dal nuovo coronavirus, anzi sarebbe controproducente. **Dunque l'esatto contrario di ciò che dovrebbe essere fatto.**

Se di fronte al raggiungimento di soglie critiche di occupazione degli ospedali in tutte le regioni, è alla fine apparso evidente a tutti ciò che in teoria dovrebbe essere ovvio, cioè l'importanza di fornire cure idonee domiciliari alle persone sintomatiche immediatamente, senza perdere tempo prezioso, in effetti il protocollo di cui si sta parlando in queste ore lascia parecchio sconcertati. Gli stessi medici di famiglia stanno esprimendo perplessità e irritazione per non essere stati coinvolti nel tavolo di lavoro, oltre a non condividere le indicazioni terapeutiche. E' inevitabile chiedersi da chi sia formato il fantomatico gruppo di lavoro del Ministero della Salute che ha elaborato tale bozza ma, soprattutto, se davvero si voglia evitare il sovraccarico degli ospedali rendendo possibili le cure a casa.

Intanto, [come scrive Il Sole 24 Ore](#), "in attesa che il documento definitivo sia pronto, le Regioni si stanno muovendo autonomamente con le loro linee di indirizzo e ordinanze. È atteso a breve il documento del Piemonte, mentre negli ultimi giorni è arrivata sulla scrivania dei medici di famiglia del Lazio l'ordinanza firmata dal presidente Nicola Zingaretti. In Campania le direttive sono state fornite dalle singole Asl, mentre l'Emilia Romagna ha da tempo prodotto indicazioni precise". Auspichiamo quindi che arrivi quanto prima il protocollo ufficiale applicabile in tutte le regioni con modalità omogenee. **Sperando che sia diverso dalla bozza che sta circolando in queste ore e che fornisca davvero ai medici di base indicazioni chiare, precise e soprattutto efficaci per la cura dei pazienti Covid a casa.** Altrimenti assisteremo ad altri terribili disastri.

Istituto tumori di Milano: Covid presente in Italia già a settembre 2019. Accuseranno ancora la Cina?

L'AntiDiplomatico 15/11/20

Uno studio dell'Istituto dei tumori di Milano e dell'università di Siena, che ha come primo firmatario il direttore scientifico Giovanni Apolone, pubblicato sulla rivista Tumori Journal, ha rivelato che il virus SarsCov2 circolava in Italia già a settembre 2019. Per lo studio sono stati analizzati i campioni di 959 persone, tutte

asintomatiche, partecipati agli screening per il tumore al polmone tra settembre 2019 e marzo 2020, l'11,6% (111 su 959) di queste persone aveva gli anticorpi al coronavirus, di cui il 14% già a settembre, il 30% nella seconda settimana di febbraio 2020, e il maggior numero (53,2%) in Lombardia. Insomma, il Covid-19 era presente in Italia molto tempo prima rispetto al primo caso segnalato in Cina a Wuhan a gennaio 2020. Non è un problema dell'origine del virus in sé, che sia la Cina o un altro paese, è l'uso strumentale e politico che si è fatto sulla sua origine la questione. Tra l'altro come spiegò molto bene il portavoce della diplomazia cinese Geng Shuang, in una memorabile risposta alle accuse dei vari Trump e Salvini, ricordò: "Nel 2009 l'influenza H1N1 dagli Usa si diffuse in decine di paesi causando 200 mila morti. Qualcuno ha chiesto agli Stati Uniti di pagare per questo?" Media e governi occidentali hanno formulato ogni accusa contro la Cina, dalla negligenza, al ritardo nella comunicazioni delle informazioni all'organizzazione mondiale della Sanità, fino a quella più ridicola, fuori da ogni fondamento scientifico: la creazione del virus in un laboratorio a Wuhan. Accusare la Cina è diventato una maniera strumentale per i governi occidentali per nascondere l'incapacità dei propri sistemi sanitari di affrontare la pandemia che con le loro politiche di tagli e privatizzazione del sistema sanitario hanno causato una catastrofe con morti per e in seguito al Covid e ingenti danni per l'economia in seguito ai lockdown. Pechino, al contrario, ha dato due lezioni al mondo: La prima, ovvero che con la sua capacità organizzativa, un sistema sanitario pubblico, la presenza dello Stato la pandemia è stata affrontata al meglio evitando migliaia di morti. La seconda lezione è stata quella di affrontare anche le conseguenze economiche della pandemia, puntando sullo stimolo della domanda interna portando la Cina ad essere l'unica potenza a segnare una crescita del Pil., mentre l'Europa si districa fra improbabili MES e Recovery Fund altri strumenti per ingabbiare i paesi alle assurde e rigide regole di Bruxelles.

A cosa serve l'epiteto «negazionista» e quale realtà contribuisce a nascondere

di Wu Ming www.wumingfoundation.com 15/11/20

Video “viral” del tizio o della tizia che *gliele canta* ai «negazionisti»; titoloni sul pericolo «negazionisti»; invettive contro i «negazionisti»; satira sui «negazionisti», grasse risate! I «negazionisti» sono ovunque, ed è colpa loro se le cose vanno male. Ecco allora i nostri eroi, i prodi che li contrastano, gettando loro guanti di sfida: «Vengano in terapia intensiva, i negazionisti!» Sono sfide a nessuno, invettive contro fantasmi, colpi sparati nella nebbia. Chi sarebbero i «negazionisti»? Sì, esistono frange secondo cui la pandemia sarebbe finta, ma sono ultraminoritarie. In genere, nemmeno chi è aperto a fantasie di complotto su Bill Gates, i vaccini e quant'altro nega che sia in corso una pandemia e che il virus uccida. E allora di chi si sta parlando? Il termine «negazionista» ha ormai una storia pluridecennale. Coniato negli anni Ottanta per definire personaggi come David Irving, Robert Faurisson o Carlo Mattogno, secondo i quali nei lager nazisti non sarebbero esistite camere a gas né sarebbe avvenuto alcuno sterminio sistematico di ebrei e altri prigionieri, in seguito è stato esteso a sempre più ambiti, diventando un'arma nelle *culture wars* del XXI secolo.

In Italia, negli ultimi quindici anni, se n'è appropriata la destra per accusare di «negazionismo» chiunque [smontasse le sue narrazioni](#) – bufale storiche incentrate su fantasie di complotto antislave – sulle «foibe» e l'«Esodo istriano-dalmata». In quel modo, mentre una narrazione risalente al collaborazionismo filonazista diventava “storia di Stato” con [l'istituzione del Giorno del Ricordo](#), la destra poteva fingere di occupare il “centro” del dibattito sulla memoria storica. In parole povere, poteva denunciare gli “opposti estremismi”: c'è chi nega la Shoah e c'è chi “nega le foibe”, stessa roba. E dato che – [nonostante l'opposizione di gran parte delle storiche e degli storici](#) – anche in Italia si è introdotta una legge «anti-negazionisti» (lo ha fatto il governo



«Io dico sì a tutto, per non farmi dare del negazionista.»

Renzi nel giugno 2016), a essere agitato è anche lo spettro dell'azione giudiziaria. È proprio di quest'anno [una proposta di Fratelli d'Italia](#) per estendere l'attuale legge ai «negazionisti dei massacri delle foibe».



L'effetto di *framing* è quello della *Reductio ad Hitlerum*: su qualunque tema e questione si attiva un implicito – e a volte esplicito – paragone con il negazionismo della Shoah, e tramite una catena di false equivalenze si accelera il ciclo della [Legge di Godwin](#): in men che non si dica ti danno del nazista, perché se sei “negazionista” – poco importa riguardo a cosa – sei come i nazisti.

Da tempo l'uso del termine «negazionismo» segnala un *buttarla in vacca*, e sarà sempre più così, perché il termine incoraggia l'indolenza, si presta ad accuse pigre. Quel che è più grave, il

termine spinge verso la *patologizzazione* dei discorsi sgraditi e la *psichiatrizzazione* dell'avversario: se non sei d'accordo con me che la penso “come tutti” allora “neghi la realtà”, e chi nega la realtà è un folle o un demente, e coi folli o i dementi non si può ragionare.

Torniamo all'ossessione odierna per i «negazionisti del Covid»: andando a vedere, si scopre che «negazionista» è un epiteto scagliabile contro chiunque critichi l'irrazionalità e/o iniquità di un provvedimento o anche solo si mostri scettico sulla sua efficacia, chiunque smonti un esempio di mala informazione mainstream sul virus o reagisca sbuffando all'ennesimo titolo strumentale, chiunque ricordi le responsabilità del governo o dei governatori, chiunque rifiuti la narrazione dominante incentrata sull'«è colpa nostra, non ce la possiamo fare, gli italiani capiscono solo il bastone». Persino chi “indossa male” la mascherina si becca l'epiteto di «negazionista». Il «negazionista» è il nuovo «quello che fa jogging».

Uno pseudo-concetto che fa danni

L'uso indiscriminato ha reso l'epiteto non solo di scarsa utilità per capire quali posizioni si stiano di volta in volta scontrando, ma lo ha reso proprio *tossico*. Qualcuno ancora cerca di usare il termine in modo che produca senso. Nella migliore delle ipotesi, si brandisce un'arma concettuale spuntata; nella peggiore, si lancia un vero e proprio boomerang, perché l'effetto di framing è fortissimo e il termine genera inevitabilmente dicotomie, antinomie, pensiero binario. Arma spuntata. Quando si parla di disastro climatico, dove pure un negazionismo – in senso stretto e in senso lato – è stato a lungo operante, godendo anche di finanziamenti da parte dell'industria dei combustibili fossili, l'accusa funziona sempre meno e sta diventando un cliché, un tic lessicale, una manifestazione di pigrizia, come già in altri ambiti. I negazionisti stanno da tempo ricalibrando i loro discorsi, oggi davvero poca gente sostiene che non sia in corso un surriscaldamento globale. Le [argomentazioni speciose](#) riguardano l'entità del fenomeno, le sue cause e il come farvi fronte.



Effetti boomerang e pensiero binario. Anche noi, in coda a un post di qualche settimana fa, abbiamo scritto che chi accusa chiunque di «negazionismo» è il più delle volte *negazionista*, perché nega ogni evidenza sull'irrazionalità dei provvedimenti e sulle responsabilità politiche nella gestione della pandemia. Un paradosso che abbiamo scelto di non sviluppare, perché sviluppandolo avremmo rilegittimato l'uso del termine e rafforzato un frame pericoloso. Ha provato invece a svilupparlo **Giancarlo Ghigi** in [un articolo uscito sul sito di Jacobin Italia e intitolato «I due contagi»](#). Ghigi divide l'opinione pubblica in due schieramenti o due «tifoserie»: i *negazionisti del morbo* e i *negazionisti del disciplinamento*. L'articolo dice molte cose giuste, ma stabilisce dal principio una falsa omologia: almeno nella società italiana – ma crediamo valga per tutta l'Europa e gran parte dell'Occidente – i «negazionisti del morbo» sono un'infima minoranza, costantemente ingigantita al microscopio dai media e tirata in ballo per esecrare il dissenso, mentre il «negazionismo del disciplinamento» è maggioritario, impregna il discorso ufficiale e dà forma alla narrazione dei media filo-governativi. Quando Ghigi esorta a «riconoscere il morbo come oggettività», di chi parla? Chi *davvero* non sta «riconoscendo il morbo come oggettività»? Quant'è utile stabilire un'omologia tra chi negherebbe l'esistenza del virus e chi prende sottogamba la gestione autoritaria e capitalistica dell'emergenza, se il primo atteggiamento è in gran parte effetto di una proiezione gigantografica mentre il secondo è ideologia dominante? Alla fine, l'esito è quello di riproporre gli «opposti estremismi», con l'autore che si pone «nel giusto mezzo». Come ci ha detto un compagno con cui abbiamo commentato il pezzo di Ghigi, «intuisco le buone intenzioni, ma si è come ubriacato della sua stessa dicotomia.» Detto questo, ci è drammaticamente chiaro a chi pensasse Ghigi denunciando il «negazionismo del disciplinamento». Quest'ultimo gonfia il non-detto di una «sinistra», anche e soprattutto «radicale» e «di movimento», che in nome dell'emergenza – vissuta dal principio in modo subalterno – ha rinunciato a esprimere qualunque critica ai dispositivi in atto.

Lo s-piazzamento della «sinistra»

Con poche e lodevoli eccezioni, l'area politica che per inerzia abbiamo continuato a chiamare «il movimento» – un rado reticolo di centri sociali, collettivi universitari, radio indipendenti, librerie, cooperative e segmenti di sindacati di base – si è legata da sola mani e piedi. Lo ha fatto nel momento in cui ha deciso di sposare la narrazione colpevolizzante e securitaria imposta dalla «dittatura degli inetti», e questo è accaduto subito, prima ancora del 9 marzo.

Con l'autunno, l'area è rimasta *spiazzata* – anche in senso letterale: esclusa dalla piazza – dalle proteste e rivolte contro i dpcm, e adesso prova a far vedere che *c'è anche lei*, finendo per emettere proclami confusi, contraddittori, inefficaci. L'idea di fondo è ancora che si debba chiedere un «reddito di lockdown». Più è duro il «lockdown» – e lo si auspica duro, per stangare i furbetti dell'aperitivo e i genitori permissivi – più deve essere universale il reddito. La situazione immaginata corrisponde agli arresti domiciliari di massa con lo stato che ci versa un sussidio sul conto corrente. A parte che questo è un incubo huxleyano, rivelatore di un'idea miseranda di vita umana, qualcuno dovrebbe spiegarci perché e per come ciò potrebbe o dovrebbe realizzarsi. Perché lo diciamo «noi»? Chi *davvero* non ha reddito, da che mondo è mondo, si organizza per protestare, lottare e ottenerlo. L'ultima cosa che fa è accettare o addirittura chiedere d'essere recluso.

Qualche giorno fa abbiamo visto gli operai Fiom di Genova scendere in strada e arrivare anche all'attrito con la polizia per protestare contro i licenziamenti, che in teoria sono bloccati, ma fatta la legge trovato l'inganno. In molti luoghi di



lavoro i lavoratori e le lavoratrici si organizzano ogni giorno per rivendicare il diritto di fare assemblee sindacali in presenza, negli spazi adeguati, perché i padroni – privati e pubblici – hanno iniziato a negarle o a declinare ogni responsabilità in caso di contagio: sei buono per andare a lavorare ma non per fare l’assemblea sindacale. I riders manifestano ormai con una certa frequenza, con flash mob per strada, cioè precisamente *sul loro luogo di lavoro*. I cosiddetti intermittenti della cultura e lavoratori dello spettacolo sono scesi in piazza in varie città per ricordare a tutti che stanno alla canna del gas. Per non guardare all’estero, dove abbiamo visto lotte di piazza importantissime in questi mesi pandemici, perfino in un paese devastato come gli USA, dove il movimento Black Lives Matter ha dato una spallata importante alla presidenza di Trump contribuendo a non farlo rieleggere. Le lotte le puoi fare se ti prendi lo spazio e l’agibilità per farle, non se ti fai recludere. Se invece il reddito è una rivendicazione puramente ideale, astratta, allora sì, va bene anche chiederlo dal divano. Una “spia” di quanto sia astratto il discorso è che, nelle varie convocazioni e articolesse, si attacca retoricamente Confindustria mentre si fanno i salti mortali per non criticare l’esecutivo, i tempi, modi e contenuti dei dpcm, l’emergenza come metodo di governo.

Lo diciamo chiaro: se attacchi Confindustria e non il governo, *non stai davvero attaccando Confindustria*. La narrazione colpevolizzante, il costante scarico delle responsabilità sui cittadini, la demonizzazione dell’aria aperta quando il contagio è sempre stato molto più probabile al chiuso, la chiusura di luoghi della vita pubblica e settori del mondo del lavoro dove il contagio era improbabile mentre se ne tengono aperti altri dove è probabilissimo... Tutto questo deriva a cascata dalla *necessità*, da parte del governo, di non ledere gli interessi di Confindustria. Bisogna far vedere che si fa qualcosa, che si chiude qualcosa, e si adottano provvedimenti cosmetici, apotropaici, *diversivi*. È così dal marzo scorso, da quando il governo si rifiutò di dichiarare zona rossa i comuni di Alzano e Nembro, in bassa val Seriana. E così ci ritroviamo a subire il coprifuoco, misura che non ha alcuna giustificazione epidemiologica credibile ma serve a fare “penitenza”, come [detto con ammirabile candore](#) dall’immunologa **Antonella Viola** dell’Università di Padova:

«Il coprifuoco non ha una ragione scientifica, ma serve a ricordarci che dobbiamo fare delle rinunce, che il superfluo va tagliato, che la nostra vita dovrà limitarsi all’essenziale: lavoro, scuola, relazioni affettive strette.» Se il focus della narrazione si è fissato sulla necessità di “fare penitenza”, è perché la responsabilità è stata *stornata* da chi ce l’aveva e dispersa verso il basso. Ogni presa di posizione che rimanga reticente su questo, ogni ricorso a Confindustria come mero sparring-partner retorico, ogni discorso unicamente incentrato sul «reddito di quarantena» o analoghe formule, ogni tinteggiatura “rivoluzionaria” dell’esortazione a chiuderci in casa è per noi irricevibile. E reazionaria.

«Ne parliamo dopo»... quando?

La cosa che continua a stupirci, nelle tirate moralistiche dei “compagni per la reclusione domestica generalizzata e per la colpevolizzazione dei furbetti”, è *quanto la facciano semplice*, quanto prendano alla leggera – quasi alla leggiadra – l’idea mostruosa di azzerare la vita sociale a tempo indeterminato, quanto siano arrivati a trovare non solo necessaria ma augurabile e persino, implicitamente, *rivoluzionaria* l’immagine di milioni di persone blindate tra quattro pareti (ma ci sono i social, c’è Zoom, dà, che vuoi che sia!). Stupisce il fatto che non si pongano mai il problema di quanta sofferenza, quanta malattia mentale, quante esistenze triturate e rovinate, quanti passaggi di vita fondamentali perduti, quanta *morte* ci sia in questo scenario. Perché la morte non è solo la cessazione di un paio di funzioni-base dell’organismo.

I controlli fatti dopo la fine di #iorestoacasa (da maggio in poi) hanno riscontrato un aumento generalizzato di [suicidi](#), [violenze domestiche](#), [femminicidi](#), [vendite di psicofarmaci](#), [depressione](#), [ansia](#) e [disturbi alimentari tra bambini e adolescenti](#), [azzardopatia](#), [dipendenza da Internet e da video](#) e molti altri disturbi. Per non parlare dei disturbi che causa e causerà l’aver perso il lavoro, l’attività, a volte la dignità. Davvero siamo arrivati a credere che «salute» sia soltanto non prendersi il virus? Davvero siamo arrivati a pensare che «vita» significhi così poco, e si riduca al non ammalarsi di Covid? Com’è possibile che si sia giunti a dire che *ora si deve pensare solo al virus* e di tutto il resto della realtà sociale – forse – ne parleremo «dopo»? Ma «dopo» quando? Davvero si pensa che, se stiamo zitti e muti adesso, «dopo» potremo riprendere discorsi “radicali” come niente fosse?

Ma dove, come? Con quale faccia? Ecco allora che «negazionista» diventa chiunque non accetti di *posporre* la critica a «data da destinarsi», cioè alle calende greche. L'uso dell'epiteto si accompagna a un altro espediente: chi attacca Confindustria in modo astratto e retorico – come escamotage per non criticare il governo che di Confindustria tutela gli interessi – accusa di «confindustrialismo» (!) chi invece, coerentemente, *critica Confindustria e governo insieme*.

Questo capovolgimento della realtà è reso possibile da un'accusa preliminare: quella di «pensare alla libertà individuale invece che alla tutela del prossimo». In base a tale falsa premessa, ogni critica dell'emergenza sarebbe «liberista». A molti si è piantata in testa l'idea che la libertà sia «individuale» e da lì non li smuoverà più nessuno. Nelle scienze cognitive si chiama «pregiudizio di ancoraggio».

La facile apologia di ogni restrizione – anche la più irrazionale e disonesta – sta mettendo in secondo piano, anzi, in terzo, decimo, centesimo piano la *devastazione del legame sociale*, lo smarrimento di massa, la schizofrenia nei rapporti tra le persone, ma chi lo fa notare... «difende l'individuo». In realtà è il contrario, il vero individualismo è quello di chi accetta l'escamotage neoliberale per eccellenza, che magari prima della pandemia fingeva di rifiutare: quello di indicare in un comportamento individuale la soluzione a un



The screenshot shows the top navigation bar of the la Repubblica website, including the logo, subscription options, and a search bar. Below the navigation is a section for the 'Torino' edition, with a search bar and social media links. The main content area displays a news article with the headline "Cari negazionisti vi aspetto per un giro in corsia e vi tengo un letto con ventilatore" by Carlotta Rocci. The article is accompanied by a photograph of a hospital ward with several beds and medical equipment. A small caption below the photo reads "Le rianimazione di Rivoli".

problema che invece è sociale e sistemico, e va affrontato con l'azione collettiva.

Nel contesto dell'emergenza Covid, accettare questa premessa porta a impennare il discorso sulla "virtù" individuale, sul fare penitenza dell'individuo, sul sacrificio personale da esibire per far vedere che si è più altruisti degli altri. In questo gioca anche un certo cattolicesimo – il più retrico e ipocrita, quello descritto in alcuni racconti di **G.A. Cibotto** – che infatti è eruttato fuori dalla crepa aperta dall'emergenza e adesso scorre sui social, soprattutto tra chi dei «più deboli» – espressione con cui pure si riempie la bocca – dimostra spesso di infischiarne. Basti vedere la scarsa o nulla attenzione nei confronti di bambini e adolescenti.

«Maligni amplificatori biologici»

In [un post del 25 Aprile scorso](#), commentando la riapertura delle librerie e la prima visita di un paio di bambini alla libreria per ragazzi Giannino Stoppani di Bologna, scrivevamo:

«Questo momento di libertà è idealmente dedicato a chi per mesi ha dipinto i bambini come untori perfetti, potenziali omicidi dei loro nonni; a chi già prima della pandemia li definiva "maligni amplificatori biologici che si infettano con virus per loro innocui, li replicano potenziandoli logaritmicamente e infine li trasmettono con atroci conseguenze per l'organismo di un adulto" (Roberto Burioni, 31/03/2019); a chi ha scatenato il panico sociale contro di loro, spingendo i genitori a murarli vivi dentro casa, in certi casi rimandando perfino importanti visite mediche o terapie per loro essenziali. La pericolosità dei bambini è stata presa per oro colato, anche se i dati sul comportamento del Covid19 sono ancora contraddittori. Il 21 aprile scorso, il virologo dell'università di Padova Andrea Crisanti, che ha condotto lo studio sul focolaio di Vo' Euganeo, ha fatto sapere che in quella comunità "i bambini sotto i 10 anni, seppure conviventi con infettati in grado di infettare, non si infettano. E se sono negativi non infettano". [...] Insomma, molti aspetti delle modalità di trasmissione di questo virus non sono ancora chiari, e **sarebbe davvero paradossale se un domani dovesse emergere che abbiamo segregato i bambini più piccoli per niente, con un provvedimento dettato dal panico.**»

Crisanti ha ribadito il concetto in [un'intervista a Radio Capital](#) di qualche giorno fa. Anche [un recente articolo apparso sulla rivista Nature](#) conferma che i bambini entro i dieci anni non sarebbero infettivi e che in generale le scuole primarie non sono "punti caldi" per le infezioni da coronavirus. Dunque abbiamo bruciato metà anno scolastico a una generazione per niente, tanto per chiudere qualcosa che non impattasse sull'economia. Perché

dal punto di vista del capitale i giovanissimi sono come gli anziani: improduttivi (Toti dixit). Quindi sacrificabili. Per i bambini campani è ancora così: niente scuola, mentre si chiama l'esercito a presidiare le strade, come durante un golpe, anziché a costruire ospedali da campo.

In Puglia, dopo la riapertura delle scuole, ordinata dal TAR il 6 novembre, l'assessore alla Salute Lopalco ha parlato di «un errore clamoroso». Repubblica e altri giornali locali hanno [subito dato grande risalto](#) ai dati dell'Asl, evidenziando che nella settimana della riapertura, dal 6 all'11 novembre, «il numero di positivi riscontrati in ambito scolastico nell'area metropolitana di Bari è passato da 132 a 243 casi». Ma un simile effetto immediato è tutto da dimostrare. Le scuole infatti, dove sono aperte, stanno funzionando come presidi sanitari, dove i positivi vengono individuati, tracciati, tamponati. Se, riaperte le scuole, aumentano i positivi, può trattarsi di contagi avvenuti proprio nella settimana di chiusura, quando i ragazzini non erano in aula, ma forse in luoghi meno sicuri.

Intanto teniamo gli adolescenti in DAD, dopo avere varato protocolli nazionali sulla gestione degli spazi scolastici e fatto investire denaro pubblico a governatori regionali e dirigenti per adeguarsi alle nuove normative. Soldi nostri buttati nel cesso. Se fai notare tutto questo, però, sei «negazionista», e ti becchi l'attacco concentrico, i titoloni, i video virali, la memetica d'accatto, le invettive sui social, gli (ex-)amici che ti infamano. Nel frattempo, è acclarato che:

- l'Italia non aveva un piano pandemico aggiornato e il rapporto commissionato dall'OMS che denunciava il fatto [è stato insabbiato](#);
- durante l'estate il governo ha fatto poco o niente per arginare la tanto paventata seconda ondata (ma il ministro Speranza ha trovato il tempo di scrivere un libro intitolato *Perché guariremo*, la cui uscita in libreria è stata posticipata sine die);
- in certe regioni le terapie intensive reggono bene, mentre in altre i malati di covid muoiono in corsia;
- i tanto decantati metodi di "tracciamento" ipertecnologici sono andati in crisi nel giro di due settimane, tanto che nessuno ne parla nemmeno più; ecc.

Ma questo è l'Assurdistan, mica è lecito aspettarsi altro, no? Possiamo soltanto autoflagellarci, e insultare chi pretenderebbe meno inettitudine anziché essere trattato come una pezza da piedi. Ecco cosa nasconde la «caccia al negazionista».

Astrazeneca, Pfizer, Sanofi, Roche e non solo. Ecco i colossi farmaceutici che hanno finanziato Biden

Nov 16, 2020

da Startmag.it

di Giusy Caretto

Da Pfizer a Sanofi, da Johnson & Johnson ad Astrazeneca, fino a Roche, e non solo: per la prima volta i gruppi farmaceutici si sono schierati in modo massiccio a favore di Biden e del Partito democratico. Nomi, numeri e confronti.

Il partito dell'asinello ha galoppato (anche) grazie ai soldi di Big Pharma. Da Sanofi a Pfizer, sono numerosi i colossi farmaceutici che hanno elargito importanti somme di denaro a sostegno della campagna elettorale di Joe Biden (*il più finanziato*) e dei suoi alleati. Meno le aziende che hanno appoggiato Donal Trump ed i repubblicani, come evidenzia [Open Secrets](#). Tutti i dettagli.

BIDEN VS TRUMP

Partiamo dai numeri generali. A vincere sul fronte dei finanziamenti arrivati dai Big Pharma è Joe Biden: con 6,324 milioni di dollari è il più finanziato dai colossi del settore farmaceutico. Secondo, a distanza arriva Trump con 1,590 milioni di dollari (in salita, comunque, rispetto ai 438 mila dollari arrivati nel 2016). La differenza, sostanziali, tra i candidati presidenti si riflettono anche tra i partiti che rappresentano: i colossi farmaceutici hanno spinto la campagna del partito Democratico con un totale di 32,6 milioni di dollari. Al partito Repubblicano sono andati 19,8 milioni di dollari. In percentuali: il 62% dei contributi totali (62.768.786) sono andati all'asinello, il 38% all'elefantino.

Primi 20 destinatari

Rango	Candidato	Ufficio	Quantità
1	Biden, Joe (D)		\$ 6.324.837
2	Trump, Donald (R)		\$ 1.590.025
3	Sanders, Bernie (I-VT)	Senato	\$ 1.106.523
4	Buttigieg, Pete (D)		\$ 757.019
5	Warren, Elizabeth (D-MA)	Senato	\$ 634.740
6	McConnell, Mitch (R-KY)	Senato	\$ 477.035
7	Harris, Jaime (D-SC)		\$ 453.589
8	McCarthy, Kevin (R-CA)	Casa	\$ 431.507
9	Tillis, Thom (R-NC)	Senato	\$ 371.441
10	Kelly, Mark (D-AZ)		\$ 362.048
11	Yang, Andrew (D)		\$ 336.898
12	McGrath, Amy (D-KY)		\$ 322.206
13	Gardner, Cory (R-CO)	Senato	\$ 309.102
14	Cornyn, John (R-TX)	Senato	\$ 302.474
15	Gideon, Sara (D-ME)		\$ 277.562
16	Klobuchar, Amy (D-MN)	Senato	\$ 262.383
17	Harris, Kamala (D-CA)	Senato	\$ 258.638
18	Scalise, Steve (R-LA)	Casa	\$ 248.716
19	Peters, Gary (D-MI)	Senato	\$ 242.755
20	Daines, Steven (R-MT)	Senato	\$ 240.666

CHI HA APPOGGIATO L'ASINELLO

Tra chi ha maggiormente puntato su Biden – come ha sottolineato [oggi](#) Stefano Graziosi su La Verità – c'è l'americana Pfizer, che nelle scorse ha annunciato l'efficacia del [vaccino messo a punto con BionTech](#): ha dato al partito democratico il 59,2% del contributo messo in campo, pari a 2.253.677 dollari. Ai democratici anche il 99,3% dei 3.328.656 dollari di DE Shaw Research ed il 90,2% dei 2.172.982 dollari di Masimo Corp. A sostenere il partito dell'asinello anche AbbVie, Abbott e Roche. Merck & Co, che ha legami, secondo quanto scrive La Verità, con il marito di Kamala Harris (è stato rappresentante legale per conto di Dla Piper), ha destinato il 57,8% del milione di dollari messo a disposizione. Johnson & Johnson il 63,5% di 1.281.307 dollari. Anche AstraZeneca PLC, Sanofi e GlaxoSmithKline hanno supportato Biden.

CHI HA SOSTENUTO TRUMP

Solo tre, tra i Big Pharma, hanno supportato Donald Trump: Amgen, che ha destinato ai repubblicani il 53,8% del suo milione e mezzo; Eli Lilly, con il 53,6% di 1.053.467 dollari; Boston Scientific con il 51,2% di 557.447.

IL TREND

Da notare come l'impegno finanziario dei Big Pharma sia decisamente aumentato rispetto ai contributi dati nel 2018 (44.334.825 dollari) ma diminuito rispetto al 2016, quando sul piatto i colossi farmaceutici avevano messo 64.619.113 dollari (di cui 3 milioni destinati ad appoggiare direttamente la campagna di Hilary Clinton). Dal 2000 in poi le aziende di settore sono sempre più impegnate a livello a politico.

Rank	Contributor	Amount	% of Total	Party
1	DE Shaw Research	\$ 3,328,656	99.3%	D
2	Masimo Corp	\$ 2,172,982	90.2%	D
3	Amgen Corp	\$ 1,590,025	53.8%	R
4	Eli Lilly Inc	\$ 1,053,467	53.6%	D
5	Boston Scientific Corp	\$ 557,447	51.2%	R

Year	Rep/Lean Rep	Dem/Lean Dem	Total	% Dem/Lean Dem
2020	\$ 10,845,368	\$ 32,627,536	\$ 43,472,904	75%
2018	\$ 10,812,171	\$ 33,522,654	\$ 44,334,825	75%
2016	\$ 23,293,265	\$ 41,325,848	\$ 64,619,113	64%
2014	\$ 17,094,229	\$ 33,085,045	\$ 50,179,274	66%
2012	\$ 23,676,301	\$ 26,502,873	\$ 50,179,174	53%
2010	\$ 13,636,746	\$ 36,542,528	\$ 50,179,274	73%
2008	\$ 14,889,226	\$ 35,290,049	\$ 50,179,275	70%
2006	\$ 14,489,226	\$ 35,690,049	\$ 50,179,275	71%
2004	\$ 13,195,427	\$ 36,983,848	\$ 50,179,275	74%
2002	\$ 22,430,513	\$ 27,748,762	\$ 50,179,275	55%
2000	\$ 15,106,812	\$ 35,072,463	\$ 50,179,275	70%

È la prima volta, però, che ai democratici viene destinata una somma superiore a quella dei repubblicani (solo nel 2008 i finanziamenti furono a favore del partito dell'asinello, con un solo miliardo di differenza).

Fonte originale: <https://www.startmag.it/mondo/astrazeneca-pfizer-sanofi-roche-e-non-solo-ecco-i-colossi-farmaceutici-che-hanno-finanziato-biden/>

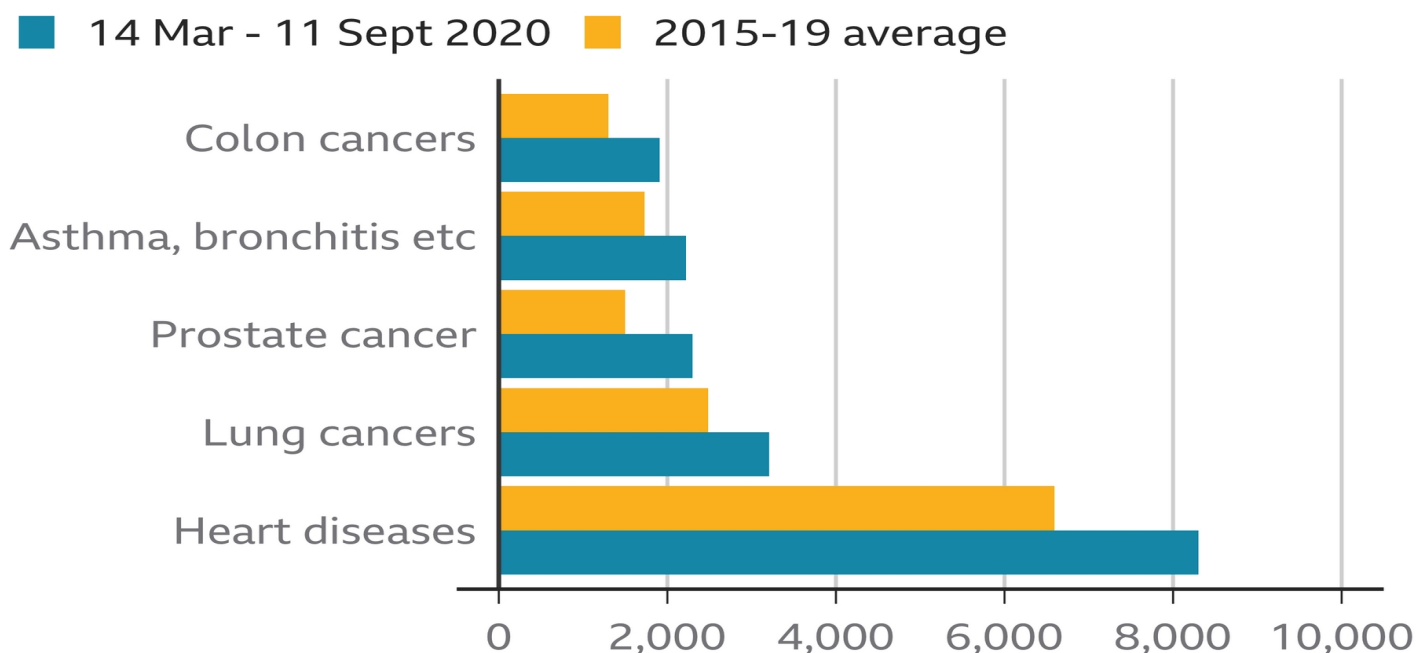
"EFFETTI COLLATERALI" DEL LOCKDOWN: 26 MILA MORTI IN PIÙ IN CASA NEL REGNO UNITO (ONS) l'AntiDiplomatico 16/11/20

David Spiegelhalter (Professore di Cambridge): "100 persone in più che muoiono a casa ogni giorno"

Passati stranamente sotto silenzio nella nostra stampa così attenta alle statistiche sui decessi in questi giorni, la [BBC](#) ha recentemente (fine ottobre) riportato alcune statistiche scioccanti sui morti nel Regno Unito, dovuti al Covid, o meglio alle misure restrittive prese dal governo inglese, il lockdown, per gestire l'emergenza Covid. Rispetto alle statistiche ufficiali degli altri anni, negli ultimi sei mesi ci sono stati più decessi a casa per una serie di cause importanti, inclusi tumori e malattie respiratorie.

More men dying at home from heart disease

Male deaths compared with five-year average, in England



Source: ONS

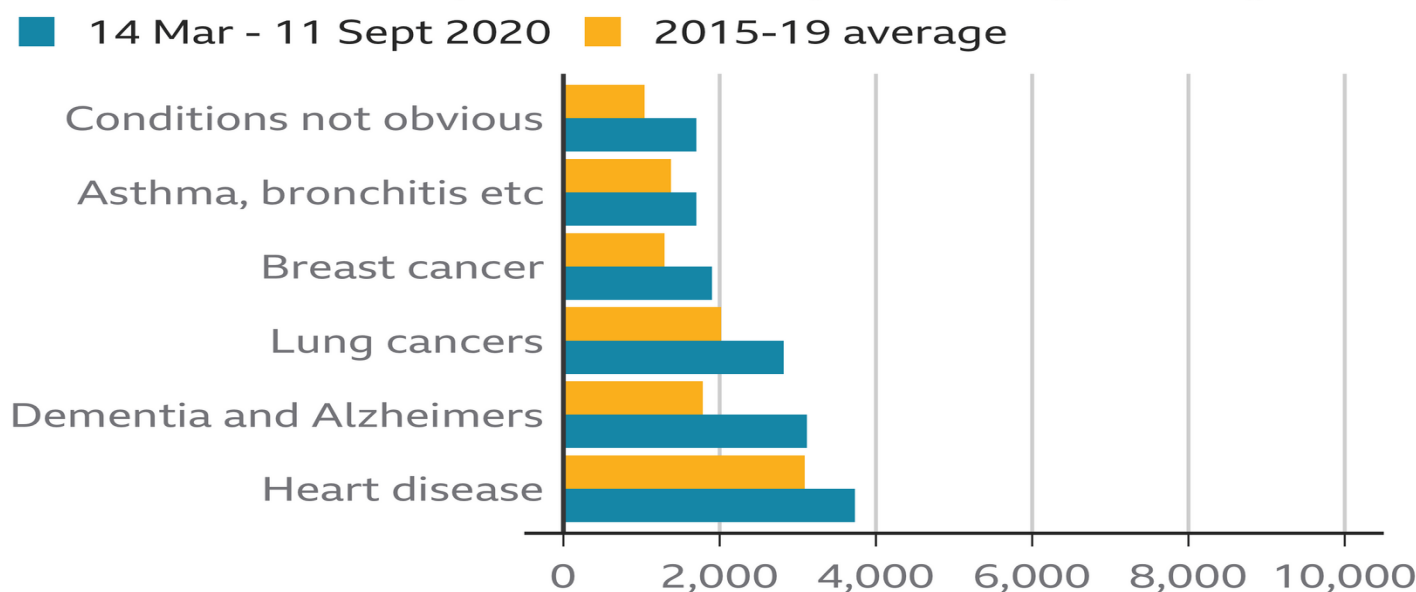
BBC

L'ultima analisi pubblicata dall'Office for National Statistics britannico, ripresa dalla BBC, ha rilevato quest'anno oltre 26.000 decessi "extra" nelle case private, mentre, contemporaneamente, le morti in ospedale per quelle patologie sono inferiori alle medie annuali.

"Rispetto alle statistiche degli altri anni, più persone della media muoiono a casa di malattie cardiache in Inghilterra e Galles, e più donne muoiono di demenza e Alzheimer", dice il rapporto. Il rapporto della BBC ha inoltre citato i gruppi di beneficenza dell'Alzheimer che lamentano l'impatto negativo "straziante" e devastante sia del lockdown che delle misure di allontanamento sociale, in particolare sugli uomini anziani.

More women dying at home from dementia

Female deaths compared with five-year average, in England



Source: ONS

BBC

I decessi attribuibili alla demenza e al morbo di Alzheimer a casa sono in una traiettoria ascendente maggiore mentre sono in calo negli ospedali, suggerendo fortemente che più persone con malattie potenzialmente letali

ma curabili stanno semplicemente evitando i servizi medici professionali per paura del COVID-19 o forse per paura di violare le misure di allontanamento sociale o i divieti governativi.

Il rapporto ha rilevato che i decessi ospedalieri correlati alla demenza sono diminuiti del 40% in Inghilterra e del 25% in Galles. L'Office for National Statistics del Regno Unito ha inoltre scoperto che le malattie cardiache stanno causando il caos tra gli uomini in un momento tutti gli occhi sono puntati sull'impennata del coronavirus. Tra marzo e settembre 2020, ci sono stati 24.387 morti in più in Inghilterra nelle case private e 1.644 in Galles. La quasi totalità non riguarda il Covid-19. Di questi, in particolare, 1,705 uomini in più sono morti per malattie cardiache in Inghilterra, il 25% in più del normale. In Galles c'è stato un aumento simile di uomini che muoiono di malattie cardiache a casa, del 22,7%. E, contemporaneamente, i decessi negli ospedali per condizioni così significative non correlate al coronavirus sono notevolmente diminuiti.

Il professor Sir David Spiegelhalter, presidente del Winton Center for Risk and Evidence Communication presso l'Università di Cambridge, ha affermato sempre alla BBC che ciò equivale a "100 persone in più che muoiono a casa ogni giorno." "Di solito circa 300 persone muoiono ogni giorno nelle loro case in Inghilterra e Galles", ha commentato. "L'ultima analisi ONS conferma che anche dopo il picco dell'epidemia questa media è salita a 400 al giorno e non mostra alcun segno di calo. Questo è un terzo in più, e pochissimi di questi casi riguarda il Covid". "Non è chiaro quante di queste vite avrebbero potuto essere prolungate se fossero state ricoverate in ospedale, ad esempio tra i 450 decessi in più per aritmie cardiache", ha aggiunto il professore.

Appello per evitare che i bambini indossino le mascherine quando non e' necessario

Redazione AsSIS | 16 Nov 2020

Assis sottoscrive l'appello ufficiale proposto dal [Gruppo di Lavoro Scuola Bene Comune](#).

Dopo la [proposta](#) di un diverso protocollo per la riapertura delle scuole, il gruppo di lavoro, basandosi su argomentazioni scientifiche e giuridiche, presenta il nuovo appello che verrà presto inviato al Governo.

Le ulteriori misure di recente adottate coinvolgono in modo marcato i bambini e ci pare lo facciano senza tener conto del benessere psicofisico dei più piccini.

Le misure restrittive sin qui adottate, per il particolare equilibrio psicologico dei bambini, hanno prodotto **importanti ripercussioni sul loro stato di salute fisica e mentale** portando all'insorgenza di problematiche comportamentali, quali aumento dell'irritabilità, disturbi del sonno e disturbi d'ansia, con gravità correlata in maniera statisticamente significativa con il grado di malessere dei genitori.

Oggi allo stress della situazione si somma la decisione di fare indossare la **mascherina ai bambini di età superiore ai 6 anni per l'intera permanenza a scuola**, anche quando è mantenuta la distanza interpersonale. Abbiamo valutato il rapporto rischio/beneficio di tale provvedimento e riteniamo che si debba rivalutare seriamente la decisione.

Cosa chiediamo?

- **di ripristinare le precedenti disposizioni**, senza obbligo di mascherina per i bambini seduti al banco, e di evitare l'uso di mascherina durante l'attività motoria, pur con la raccomandazione di mantenere il distanziamento fisico.
- **di riconoscere da subito a Dirigenti scolastici e docenti**, in base al principio di autonomia scolastica (DPR 275/99), un **marginale di discrezionalità** nell'applicare le norme anti-contagio.
- di **aprire** in sede scientifica-istituzionale un **ampio confronto** sugli effetti documentati in termini di efficacia e sicurezza dell'uso delle mascherine.

Qui trovi il testo integrale dell' [Appello mascherine a scuola](#). Oltre a diverse persone singole i primi sottoscrittori sono :

AlterLab

– ASSIS

- Associazione Art. 33
- CIATDM
- CNPS Coordinamento Nazionale Precari Scuola
- Comitato Rodotà
- Coordinamento Nazionale Precari Sostegno
- Coordinamento presidenti consigli di istituto Lazio
- Direttivo Docenti Precari Toscana
- Federazione nazionale Scuole Steiner Waldorf
- Fondazione Allineare Sanità e Salute
- Fridays for Future
- International University College di Torino
- La Scuola che Accoglie
- Lanterne e Grembiulini
- Osservatorio permanente sulla Legalità Costituzionale
- Osservatorio Indipendente sulla Salute e sul Benessere Mentale
- Osservatorio Scuola dell’Alleanza Italiana Stop5G
- Progetto Bimbi Svegli
- Rete degli studenti medi
- Studio legale Stroppiana
- UIL Scuola
- USB Scuola

Se anche tu vuoi sottoscrivere come singola persona o come associazione vai [qui!](#) Unisciti a noi!

[1] *Autonomia Scolastica La Legge Delega 59/97 ha dato mandato al Governo di adottare alcuni Regolamenti riguardanti la Pubblica Amministrazione. In tema di istruzione il Regolamento più importante è il DPR 275/99 che disciplina l’autonomia didattica, organizzativa, di ricerca, sperimentazione e innovazione. L’art. 1 comma II del Regolamento stabilisce che “l’autonomia delle istituzioni scolastiche è garanzia di libertà di insegnamento e di pluralismo culturale e si sostanzia nella progettazione e nella realizzazione di interventi di educazione, formazione e istruzione mirati allo sviluppo della persona umana, adeguati ai diversi contesti, alla domanda delle famiglie e alle caratteristiche specifiche dei soggetti coinvolti, al fine di garantire loro il successo formativo, coerentemente con le finalità e gli obiettivi generali del sistema di istruzione e con l’esigenza di migliorare l’efficacia del processo di insegnamento e di apprendimento.” Con legge 3/2001 l’Autonomia Scolastica ha ricevuto copertura costituzionale ed è stata introdotta nel titolo V Cost. (art. 117, comma III).*

BIBLIOGRAFIA

- Alfelali M., Haworth, E.A., Barasheed, O., Badahdah, A-M., Bokhary, H., Tashani, M., et al. 2020. Facemask against viral respiratory infections among Hajj pilgrims: A challenging cluster-randomized trial. PLoS ONE 15(10):e0240287. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240287>
- Chen B, Sun J, Feng Y. How Have COVID-19 Isolation Policies Affected Young People’s Mental Health? – Evidence From Chinese College Students. Front Psychol. 2020 Jun 24;11:1529. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01529. PMID: 32670172; PMCID: PMC7327104.
- Chronaki G, Hadwin JA, Garner M, Maurage P, Sonuga-Barke EJ. The development of emotion recognition from facial expressions and non-linguistic vocalizations during childhood. Br J Dev Psychol. 2015 Jun;33(2):218-36. doi: 10.1111/bjdp.12075. Epub 2014 Dec 10. PMID: 25492258.
- Comitato Nazionale di Bioetica 2020 COVID-19 E BAMBINI: DALLA NASCITA ALL’ETÀ SCOLARE
- Donzelli A., Mascherine “chirurgiche” in comunità/all’aperto: prove di efficacia e sicurezza inadeguate. Epidemiol. Prev. preprint <https://repo.epiprev.it/>.
- Ekman P., Friesen W.V., Hager J.C., Facial Action Coding System, Research Nexus division of Network Information Research Corporation, Salt Lake City, 2002)

Fikenzer, S., Uhe, T., Lavall, D., et al., 2020. Effects of surgical and FFP2/N95 face masks on cardiopulmonary exercise capacity. Clin. Res. Cardiol. Jul 6;1-9. doi: 10.1007/s00392-020-01704-y

Ircss Gaslini, Università di Genova: “Impatto psicologico e comportamentale sui bambini delle famiglie in Italia” in <http://www.gaslini.org/wp-content/uploads/2020/06/Indagine-Ircss-Gaslini.pdf>

Lazzarino AI, Steptoe A, Hamer M, Michie S. Rapid Response: Covid-19: important potential side effects of wearing face masks that we should bear in mind. BMJ 2020;369:m2003 doi: 10.1136/bmj.m2003

Liguoro et al., SARS-COV-2 infection in children and newborns: a systematic review, J. Pediatr., 2020 Jul, 179(7):1029-1046, doi: 10.1007/s00431-020-03684-7

Loades, M., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2020/06/01, 0.1016/j.jaac.2020.05.009.

Ludvigsson J. F. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults, Acta Paediatr., 2020 Jun, 109(6):1088-1095, doi: 10.1111/apa.15270

Luo L, Contact Settings and Risk for Transmission in 3410 Close Contacts of Patients With COVID-19 in Guangzhou, China Ann Intern Med, Aug 13, 2020

Mehrabian A., *Silent messages*. Belmont: Wadsworth Pub. Co, 1971.

Ministero dell’Istruzione. Uso delle mascherine. Dettaglio Nota 5 novembre 2020, n. 1990.

UNICEF-WHO, Advice on the use of masks for children in the community in the context of COVID-19, https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-Children-2020.1

Wu C, Chen X, Cai Y, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. JAMA Intern Med 2020; 13;180(7):1-11. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.0994.

Linee guida per un massacro ilsimplicissimus 15/11/20

E’ come cavar sangue dalle rape ossia pretendere che qualcosa che vagamente somiglia alla medicina e molto invece al mercato e agli affari, agli oboli e alle carriere, possa realizzare qualcosa di intelligente e di efficace: per 8 mesi si è aspettato che il ministero non si sa più bene se della Salute o della Malattia, concepisse linee guida anti covid per i medici di famiglia e ora che finalmente sono state messe a punto – senza naturalmente consultare gli interessati – si scopre che suscitano perplessità e dubbi, anzi che sono il contrario di ciò i medici di base usano con successo da mesi per evitare possibili aggravamenti, ovvero eparina, cortisone, antibiotici. Detto in soldoni viene consigliato l’uso di paracetamolo quale farmaco d’elezione il quale tuttavia serve solo ad abbassare la febbre e non ha un’azione antinfiammatoria ovvero quella principale richiesta in questi casi (come del resto per l’influenza e le sindromi bronco polmonari) mentre l’uso degli altri farmaci dovrebbe intervenire solo se i sintomi non accennano a passare e quindi quando la situazione potrebbe farsi inutilmente seria. Ci si chiede se queste linee guida siano state pensate da medici o non piuttosto da contabili della sanità per risparmiare il più possibile o se per caso non siano più efficienti le cure nei più oscuri e umbratili anfratti del terzo mondo, se quello che ormai ci serve è un dottor Schweitzer che sappia andare oltre la medicina di mercato. In realtà per capirci qualcosa in questa storia non bisogna focalizzarsi sui dubbi che suscitano le linee guida, quanto sull’enorme e assurdo ritardo con cui sono state formulate pur essendo la cura a casa la strada più ovvia per una sindrome influenzale che nel 95% dei casi non dà che sintomi trascurabili, ma che come qualsiasi influenza va seguita con attenzione per le persone particolarmente anziane e con altre serie patologie, senza rischiare di concentrarle in ospedale come è accaduto in alcune zone (Bergamo docet) anche per non diffondere l’epidemia. Va bene il panico, va bene l’allarme, va bene l’apocalissi narrata, ma a fine marzo c’erano tutte le premesse per far entrare nella battaglia la medicina di base. Ma ammettere che il covid, la nuova peste figurativa, si poteva curare tranquillamente a casa, che non c’era alcun bisogno di ospedali al collasso e le terapie intensive affollate di morituri, magari urlanti come nelle affidabili cronache di Bugiardino Giannini, non avrebbe avuto l’impatto emotivo necessario ad imporre misure anticostituzionali, a tarpare libertà elementari, a distruggere la scuola, a mandare in rovina intere fette di economia, senza significative reazioni da

parte della popolazione e soprattutto delle prime vittime del covid, ossia le attività autonome. Naturalmente non si può credere che questa intelligente regia per la dittatura sanitaria sia farina del sacco delle task force o dei patetici comitati “scientifici” messi in piedi dal governo, anche questa mossa è stata probabilmente pensata dagli spind doctpr delle fondazioni filantropiche e poi dettata a tutti dal grande vecchio dei vaccini: fin da subito Anthony Fauci ha lavorato perché si affrontasse il virus solo attraverso un presunto e antiscientifico controllo del contagio con le segregazioni e i distanziamenti e attraverso il trattamento ospedaliero che tra l’altro ha portato valanghe di soldi ai camici bianchi, cosa che di certo non guasta per evitare defezioni consistenti dalla narrazione. L’incomprensibile polemica contro l’idrossiclorochina non era affatto una questione farmacologica, ma squisitamente psicologica: l’efficacia di un farmaco così comune, avrebbe consentito cure domiciliari o ambulatoriali precoci, dissolvendo facilmente i grumi di paura e di angoscia che erano stati creati. E che non dovevano essere sciolti se non col vaccino.

Perciò si è arrivati a parlare di linee guida per i medici di base solo dopo aver talmente terrorizzato la popolazione che per uno starnuto torme di carne tremula si affollano direttamente in ospedale per evitare la morte certa. Tutta gente che in realtà non può essere affatto curata, anche nel caso ne avesse davvero bisogno, perché è ormai la sanità è saltata in aria: basti pensare che in Lazio il numero dei bambini nati morti è triplicato rispetto all’anno scorso e questo a causa delle visite di controllo saltate sia per il marasma degli ospedali, sia perché le non ancora madri si sono chiuse in casa per paura del Covid. Insomma ancora una volta la situazione è gravissima, ma non seria.

Cosa sopravviverà alla pandemia? Silvia Parmeggiani* 16/11/20 Comune-info.net

L’etichetta del complottismo continua a nascondere qualsiasi punto di vista critico. Intanto, nel discorso mediatico torna il patriottismo, la scienza sembra indiscutibile, mentre il concetto di salute globale raramente viene preso in considerazione, prevale un clima di paura e, soprattutto, ovunque si favorisce un irrigidimento dei corpi. Già, i corpi. “Nelle scuole e nelle case dovremmo educare bambine e bambini a conoscere il proprio corpo – scrive Silvia Parmeggiani, danzatrice e attrice femminista -, ad ascoltarsi, a percepire i segnali che ci dà e questo può avvenire solo tramite il contatto fisico. Dobbiamo rifiutare la specializzazione e l’ignoranza, l’assopimento dei sensi e l’intellettualizzazione del sapere, quel rapporto meccanicistico col corpo, che lo vede separato da noi, dalla mente, dell’individuo iper-razionale...”

Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità, la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità, come si può dunque pensare che le misure che sono state adottate dall’arrivo dell’epidemia di Coronavirus in Italia tendano a tutelare la nostra salute? Sono poche le voci dissenzienti in questo momento, sicuramente anche grazie alla sottile tattica con cui chiusure e restrizioni sono state messe in atto in maniera sempre graduale, sostenute da una forte campagna mediatica di terrore e insicurezza. Per questo fino ad oggi sono state poco evidenti le conseguenze sulla situazione sociale e poche le proteste. Proteste per altro sempre collegate a fattori economici, certamente non da sottovalutare. C’è stato chi ha messo in evidenza come queste manovre hanno creato una “guerra tra poveri”, spaccature del tessuto sociale e l’emergere di disagi psicologici, violenza domestica e un aumento del tasso dei suicidi. Per farvi fronte sono stati messi a disposizione servizi di consulenza psicologica telefonica, è stata incentivata la fruizione di cultura per via mediatica, è stato promosso lo “smart” working e non solo working, anche socialità smart: facebook ha creato “l’evento online” e tinder ha dato la possibilità gratuita di visualizzare persone fuori dalla propria area geografica...

Allo stesso tempo è stata impiegato un discorso mediatico patriottico, che ha creato eroi e puntato il dito sugli irresponsabili. Ma non si tratta di responsabilità: la responsabilità deriva necessariamente da informazione, consapevolezza e libertà di scelta, non da un’imposizione. Si è trattato, invece, di un ricorso alla colpevolizzazione del cittadino, al suo senso di dovere civico, alla paura e alla creazione di untori – i bambini e le bambine, adolescenti e giovani che sfuggono alla repressione, rivendicando un sano bisogno di socialità. Non

va confusa la colpa con la responsabilità – la prima ci viene attribuita o ce la sentiamo addosso in base a norme giuridiche, religiose o morali, che comunque non abbiamo scelto, mentre la responsabilità nasce come conseguenza di una libera decisione. Non è mai stata presa in considerazione una vera responsabilità, quella che prevede consapevolezza e assunzione di rischi, scelte soggettive, individuali e non individualistiche, e questo è avvenuto spesso ricorrendo al mito, allo stereotipo, dell'inevitabile incapacità del cittadino e della cittadina italiana di essere responsabili. A smentirlo ci sarebbe la voce di chi ha scelto anche durante la quarantena di uscire di casa, di fare una passeggiata in campagna ed eventualmente di andarsi a prendere un caffè a casa di un amico o amica, consenziente e volenterosa di affrontare il rischio di un contagio, pur di vivere serenamente, e che in nessun modo mette in pericolo chi desidera a tutti i costi evitare il contagio. Il rischio vero che hanno corso queste persone è quello di multe salate. Chi ha fatto queste scelte e continuerà a farle non è un irresponsabile, non è un untore, è semplicemente una persona che si prende cura della propria salute fisica, mentale e sociale. Ovviamente è difficile scegliere queste forme di disobbedienza civile nel momento in cui si è creato un regime da Grande Fratello, con la premiazione della spia, di chi denuncia l'altro o l'altra, probabilmente più per un senso di invidia, che per vera volontà di proteggersi. “Se a me tocca portare la mascherina lo devi fare anche tu!”. Questa è la sensazione che pervade molti ambiti, questa solidarietà nella sofferenza, nella rinuncia, nella privazione e nell'autoflagellazione.

La riflessione che vorrei però portare non riguarda le conseguenze immediate, ma quello che rimarrà, quell'abitudine che si va creando pian piano, quella tendenza che si insinua nelle nostre vite per cui lentamente ci rinchiudiamo in casa e ci “incontriamo” solo in maniera mediata. Già adesso questo sta accadendo, nonostante non sia proibito tenere riunioni o vedersi con gli amici e le amiche. Qualcuna potrebbe obiettare che è una modalità che già in molte sceglievano prima della pandemia, i social networks combinati agli smartphones hanno creato un mondo sociale in tasca, ma senza dubbio l'epidemia ha dato una drastica accelerata a tutto il processo. Oltre a un temporaneo, che temporaneo non sarà, ritorno verso una società patriarcale che costringe donne lavoratrici a casa (in smartworking o no) con i propri figli e figlie, per lo più non malate (asintomatiche), ma semplicemente risultate positive a un tampone. Tamponi che si effettuano, a ben vedere, in maniera totalmente casuale, perché è impossibile tracciare tutti i contatti sociali in una società complessa, nonostante tutte le tecnologie che possediamo. Certo, possiamo far fare il tampone a tutti e tutte le compagne di classe di una ragazza risultata positiva al Covid (asintomatica) solo perché il suo insegnante di danza ha sviluppato la malattia e lo ha segnalato, ma qual è la reale maggiore probabilità che loro siano stati contagiati e contagiate a scuola, dove per altro portano la mascherina e stanno a distanza, rispetto a tutti i contatti che ragazzi e ragazze hanno per strada, sui mezzi pubblici, al parco, nei negozi e nei bar? La moda del tampone e la sua accettazione passiva è un altro dei segnali del buon funzionamento di questa assuefazione all'obbedienza, che accetta la censura e la disinformazione, del cittadino automa che segue le regole senza interrogarsi mai sulla loro reale utilità o efficacia.

Alcune domande

Con l'arrivo dell'autunno (dopo lo sfogo estivo) si ricorre alla chiusura (anche se parziale) delle scuole, si limita la vita sociale notturna – danneggiando un'intera categoria (i ristoratori) che a mala pena si stava riprendendo – e si vieta lo sport, lo spettacolo, la creazione di cultura in tutte le sue forme, ma in che modo questo va a tutelare il nostro benessere sociale, fisico e mentale? Il concetto di salute globale è raramente preso in considerazione nell'approccio occidentale alla cura; in questo periodo sembra totalmente svanito, cancellato con un colpo di spugna così veloce da non aver lasciato neanche un segno. Quali saranno i danni nel lungo periodo di questa situazione sulla nostra salute globale, sulla felicità, sul benessere psico-fisico delle generazioni più giovani? Quale cultura ne deriverà: ci trasformeremo tutte in nuclei isolati che chiusi nelle loro case lavorano, studiano e fanno la spesa? Quale rapporto avremo con la natura, con il nostro corpo e con la vita, in senso lato? Le e i giovani si sentiranno fiduciosi nel fare progetti per il loro futuro o dopo avergli consegnato un pianeta malato e delegatogli la responsabilità di risolvere la crisi ecologica e il riscaldamento globale, gli insegniamo ora a vivere giorno per giorno, nell'incertezza e nella paura? Queste sono le domande che si

dovrebbero porre coloro i quali, in questa dittatura dell'emergenza, esercitano il potere di decidere sulle nostre vite e sui limiti delle nostre libertà personali.

Senza cadere in facili complottismi, senza negare l'esistenza di una pandemia e di un virus, sicuramente nuovo e diverso da altri che abbiamo conosciuto, con delle peculiarità da tenere in conto, è opportuno chiedersi qual è il reale obiettivo. "La sicurezza prima di tutto!" Ma di che sicurezza parliamo? La conosciamo già quella sicurezza che è stata usata per chiudere i porti e le porte, per costruire muri e riempire le carceri, quella sicurezza che divide in base al colore della pelle, del sesso e delle scelte sessuali, quella sicurezza classista, riservata a chi "responsabilmente" resta a casa, e a chi se lo può permettere. Certo è facile garantire sicurezza a chi non corre alcun rischio, anche la morte è una sicurezza, la morte sociale, emotiva, intellettuale. Basta non pensare, non parlare, non uscire di casa. Questo è ciò che ci vogliono far credere, che dobbiamo stringere i denti, sacrificarci ancora un pochino e poi tutto tornerà come prima, o anzi meglio di prima, perché nel frattempo avremo imparato ad usare Zoom e a fare la Dad e sapremo sopravvivere tra le mura domestiche, ma sapremo ancora uscire per strada, camminare in un bosco, incontrare le persone e guardarle in faccia, parlarci di persona e toccarci?

La cultura che si sta creando con questo approccio alla pandemia favorisce tutt'altro. Si favorisce un irrigidimento di corpi, già da tempo resi meccanici contenitori, oggi questi corpi diventano pericolosi veicoli di contagio. Si rinforza l'abitudine a non toccare sé stessi, stesse e gli, le altre, a stare lontane, a diffidare e ad aver paura. La paura, tra l'altro indebolisce il sistema immunitario. Uno starnuto, un colpo di tosse sono pericolosi, creano uno stigma sociale, e nelle più piccole e piccoli, nelle persone più vulnerabili e suscettibili ai messaggi socio-culturali, creano terrore nei confronti del proprio stesso essere. Il rischio di essere prese, presi, portate in una stanza, allontanati da tutti e tutte e colpevolizzati per una semplice manifestazione spontanea del corpo che reagisce alla malattia, o a chissà cos'altro! Nella cultura che si va generando la malattia diventa sempre più un avvenimento da temere, anziché da affrontare, in prima istanza a casa, con riposo, cura, affetto. Come sarà possibile coccolare un figlio o una figlia malata se le indicazioni governative sono di isolarlo anche nel seno della famiglia? Come si può pensare di guarire in queste condizioni? Come faranno bambini e bambine a costruirsi anticorpi se continuiamo ad igienizzare ogni cosa che toccano, a sanificare ogni spazio in cui entrano. È noto che ambienti eccessivamente sterili danneggiano lo sviluppo del sistema immunitario, mentre il contatto con batteri e virus promuove la sua efficacia.

Le risposte dal basso

Nelle scuole, quelle ancora aperte, si è perso quasi completamente l'aspetto della socializzazione, sono sempre di più ragazzi e ragazze a pensare che a questo punto è meglio rimanere a casa e sono varie le famiglie che hanno già fatto questa scelta, forse a ragione... D'altra parte quante di noi adulte, liberamente sceglieremmo di stare sedute in una classe con una mascherina sul volto, per una mattinata intera? Senza potersi avvicinare ai propri compagni e compagne, senza potersi toccare, senza poter uscire dalle aule, niente intervallo, niente ora di educazione fisica. Fortunatamente molti ragazzi e ragazze si ribellano ancora, appena fuori dalle scuole riprendono quella naturale socialità, comprensiva di contatto fisico, così importante alla loro età, terrorizzando molti e creando sempre più distanza e incomprensione tra le generazioni. D'altro canto bambine e bambini più piccoli non hanno ancora sviluppato certe modalità, a loro viene insegnato a stare lontane, a giocare evitando il contatto fisico, ad aver paura della vicinanza... Che mentalità può creare questa attitudine? La paura dell'altro e dell'altra è la prima cosa che viene alla mente, come se già nelle nostre società non ci fosse una sufficiente spinta in quella direzione, rafforzando diffidenza e individualismo.

Il linguaggio usato dalle istituzioni e ripetuto dai media ci entra nelle orecchie e non sappiamo più ragionare autonomamente, scompare ogni logica. D'altra parte il tutto si regge in piedi con la stessa non-logica con cui si è dato dell'untore a chi ha scelto di non adempiere totalmente all'obbligo vaccinale pediatrico. Assumersi il rischio personale di una malattia non vuol dire voler contagiare chi sceglie di difendersi da essa, che sia con un vaccino o con una mascherina, distanziamento sociale o isolamento personale. Significa invece avere la consapevolezza che la malattia fa parte della vita, che il nostro sistema immunitario esiste proprio per questo ed

anche il sistema sanitario nazionale dovrebbe esistere per curarci... forse! Invece di criticare il malfunzionamento di un sistema, anziché rinforzarlo e aprirlo ad altre possibilità, si crea un'idea di una scienza-religione unica e indiscutibile. È davvero difficile non sentirsi in un regime assoluto quando ci viene chiesto di affidarci ciecamente a un sistema sanitario unico, basato su una scienza che è diventata sacra e palesemente diretto da interessi economici e politici. Una scienza che ci chiede di avere pazienza e vivere nel terrore fino all'arrivo del miracoloso vaccino che ci salverà, oltre a fare diventare miliardario qualcuno.

Una possibile risposta dal basso passa, invece, dalla ricostruzione di comunità che si autogestiscono la salute primaria e da una riappropriazione delle scelte che la riguardano. Riappropriazione del rapporto intimo col proprio corpo e fiducia in sé e nell'altro, altra, nelle proprie armi di difesa, e nei naturali meccanismi di risposta dell'organismo. Un atteggiamento attivo, anziché l'attesa passiva del vaccino e delle ordinanze della tirannia sanitaria. È necessario in questo momento più che mai combattere la disgregazione sociale e l'alienazione dal proprio corpo. Nelle scuole e nelle case dovremmo educare bambine e bambini a conoscere il proprio corpo, ad ascoltarsi, a percepire i segnali che ci dà e questo può avvenire solo tramite il contatto fisico. Dobbiamo rifiutare la specializzazione e l'ignoranza, l'assopimento dei sensi e l'intellettualizzazione del sapere, quel rapporto meccanicistico col corpo, che lo vede separato da noi, dalla mente, dell'individuo iper-razionale che possiede un corpo, o meglio un ingombro, un qualcosa di cui non può fare a meno e con cui deve convivere. C'è un ritorno a un pudore che pensavamo dimenticato, le e i giovani sessantottini rimarrebbero basiti dall'asservimento dei corpi che vige oggi, quasi ovunque, tranne qualche scintilla di ribellione nell'abbigliamento delle e degli adolescenti, che sopravvive alla censura, all'imperativo della "civiltà" occidentale di nascondere il corpo e vergognarsi di esso. Cosa sopravviverà a questa pandemia?

**Silvia Parmeggiani è danz-attrice, appassionata di natura, cultura e culture, studiosa di scienze politiche e sociali, femminista. Ha lavorato in Perù, Belize e Guatemala a favore dell'autodeterminazione delle comunità locali. Da quattro anni vive e lavora nella comune libertaria Urupia.*

Mascherine, la neurologa: «In arrivo aumento esponenziale casi demenza»

Redazione Oltre Tv 16/11/20

La neurologa tedesca Margareta Griesz-Brisson, direttrice della [London Neurology and Pain Clinic](#), ha parlato dei danni che provocherebbero le mascherine al cervello: «Coi bambini diventa pericolosa».

La dottoressa, specializzata in neurologia e neurofisiologia con un dottorato in farmacologia, un mese fa ha pubblicato un video che ha fatto molto discutere. Le sue dichiarazioni sull'effetto delle mascherine sul cervello sono state [censurate](#). Ma non abbastanza in fretta dato che erano già state [tradotte in inglese](#). Successivamente il [sito](#) "The living Spirit" ha pubblicato la traduzione in italiano. Come altri esperti, la neurologa tedesca ha posto l'accento sul fatto che l'uso prolungato delle mascherine provocherebbe una [privazione di ossigeno](#) e un aumento di anidride carbonica nell'organismo. «*Ci sono cellule nervose che non possono stare più di tre minuti senza ossigeno, non possono sopravvivere*». Da ciò consegue la comparsa di diversi sintomi: vertigini, problemi di concentrazione, rallentamento dei tempi di reazione, mal di testa e sonnolenza. «*Quando si soffre di carenza cronica di ossigeno tutti questi sintomi scompaiono perché ci si abitua. Ma la vostra efficienza resterà compromessa e la carenza di ossigeno nel vostro cervello continuerà a progredire*». La [dottoressa](#) Margareta Griesz-Brisson ha spiegato che questa condizione potrebbe portare allo sviluppo di malattie neurodegenerative negli anni o nei decenni a seguire.

La neurologa mette in guardia su altri rischi delle mascherine

Per la neurologa l'uso delle mascherine non dovrebbe essere mai un'imposizione ma piuttosto una libera scelta essendo il loro uso pericoloso per il cervello. La situazione diventa ancora più delicata nel caso di bambini e adolescenti: «*Non solo è pericoloso per la loro salute, ma è assolutamente criminale. La carenza di ossigeno inibisce lo sviluppo del cervello e i danni che ne derivano non possono essere annullati*». Margareta Griesz-Brisson ha spiegato che la carenza di ossigeno «*volutamente indotta*» sarebbe una [controindicazione medica](#)

assoluta. Quindi «per costringere un'intera popolazione con la forza a una controindicazione medica assoluta, è necessario che vi siano ragioni certe e serie per farlo». Per la neurologa tedesca l'uso prolungato delle mascherine tra dieci anni si trasformerà in un aumento esponenziale di casi di demenza.

Ovviamente non tutti sono d'accordo con la dottoressa. Il sito [Reuters](#) ha pubblicato una smentita. Tra le varie cose riportano le dichiarazioni di un rappresentante del CDC statunitense: «È improbabile che indossare una maschera provochi l'ipercapnia».

Covid: “Medici di base impotenti, ma ho continuato a curare e non ho avuto decessi né ricoveri in t.i.” 16/11/20 abruzzoweb.it

La testimonianza della dottoressa maria grazia dondini, "medicina territoriale esclusa dai 'giochi'. polmoniti atipiche non più trattate con antibiotico, pazienti lasciati soli, abbandonati a se stessi a domicilio e dopo 7-10 giorni, con la cascata di citochine e l'amplificazione del processo infiammatorio, arrivavano in ospedale in fin di vita. poi, la ventilazione meccanica ha fatto il resto"

bologna – “io ho continuato a fare quello che ho sempre fatto, rischiando anche denunce per epidemia colposa, e non ho avuto né un decesso, né un ricovero in terapia intensiva. Ho parlato con una collega di Bergamo e un altro collega di Bologna, che hanno continuato a lavorare nel medesimo modo, e nessuno di noi ha avuto decessi e ricoveri in terapia intensiva. Anche l'Organizzazione mondiale della sanità ha dato indicazioni problematiche: nelle prime fasi della malattia ha previsto solo l'isolamento domiciliare, nella seconda e terza fase, quindi condizioni di gravità moderata e severa, l'unico approccio terapeutico previsto doveva essere l'ossigenoterapia e la ventilazione meccanica. A mio modo di vedere c'è una responsabilità anche dell'Oms, perché non ha dato facoltà al medico di valutare clinicamente il paziente”. Ad affermarlo, alla Nuova Bussola Quotidiana, è la dottoressa **Maria Grazia Dondini**, medico di Medicina generale di Monterenzio, in provincia di Bologna. Secondo la dottoressa, “La medicina territoriale è stata esclusa dai giochi e si è voluto creare una distanza tra noi e i pazienti, ma io ho continuato a curare e non ho avuto né un decesso, né un ricovero in terapia intensiva. Il ministero della Salute ha disincentivato i pazienti dal ricorrere a noi medici di famiglia”. “Noi medici di medicina generale, tutti gli anni – ha spiegato quindi la dottoressa – generalmente da ottobre a marzo, vediamo polmoniti interstiziali, polmoniti atipiche. E tutti gli anni le trattiamo con antibiotico. Si tratta di pazienti che vengono in ambulatorio con sintomi simil-influenzali – tosse, febbre, poi compare ‘senso di affanno’ – che non si esauriscono nell'arco di qualche giorno. La valutazione del paziente e l'evoluzione clinica depongono per forme batteriche; si dà loro un antibiotico macrolide (e nei casi più complicati del cortisone) e, nell'arco di qualche giorno, si riprendono egregiamente con completa risoluzione dei sintomi”. “Il 22 febbraio di quest'anno è stata comunicata la circolazione di un nuovo coronavirus – ha continuato Dondini – Il Ministero della Salute ha mandato un'ordinanza a tutti noi medici del territorio, dicendoci sostanzialmente che eravamo di fronte a un nuovo virus, sconosciuto, per il quale non esisteva alcuna terapia. La cosa paradossale è che fino a quel giorno avevamo gestito i medesimi pazienti con successo, senza affollare ospedali e terapie intensive; ma da quel momento si è deciso che tutto quello che avevamo fatto fino ad allora non poteva più funzionare. Non era più possibile un approccio clinico/terapeutico. Noi, medici di Medicina generale, dovevamo da allora delegare al dipartimento di Sanità pubblica, che non fa clinica, ma una sorveglianza di tipo epidemiologico; potevamo vedere i pazienti solamente se in possesso di mascherina Ffp2, che io ho potuto ritirare all'Asl solo il 30 di marzo”. “Ma c'è una cosa più grave – ha detto quindi la dottoressa – Nella circolare ministeriale, il ministro della Sanità ci dava le seguenti indicazioni su come approcciarci ai malati: isolamento e riduzione dei contatti, uso dei vari Dpi, disincentivazione delle iniziative di ricorso autonomo ai servizi sanitari, al pronto soccorso, al medico di medicina generale. Dunque, le persone che stavano male erano isolate; e, cosa ancora più grave, il numero di pubblica utilità previsto non rispondeva. Tutti i pazienti lamentavano che non rispondeva nessuno; io stessa ho provato a chiamare il 1500 senza successo. Un ministro della salute che si accinge ad affrontare una emergenza sanitaria prevede che i numeri di pubblica utilità non rispondano?”.

“In sintesi: le polmoniti atipiche non sono state più trattate con antibiotico, i pazienti lasciati soli, abbandonati a se stessi a domicilio – ha spiegato ancora – Ovviamente dopo 7-10 giorni, con la cascata di citochine e l’amplificazione del processo infiammatorio, arrivavano in ospedale in fin di vita. Poi, la ventilazione meccanica ha fatto il resto. E c’è un altro problema. Si arrivava in ospedale, si faceva il tampone: tampone positivo, quindi veniva formulata la diagnosi di Covid-19. E si veniva trattati come tali. Punto. Qui a Bologna c’è stato anche altro: a pazienti con tampone negativo, venivano fatte una o più Tac toraciche e sulla base delle immagini di ‘ground glass’ veniva formulata la diagnosi di Covid-19. Mi sono confrontata con una radiologa e mi ha confermato come queste immagini radiologiche non siano patognomoniche per Covid-19 poiché si evidenziano in molteplici altre patologie. E quindi si è finito per mascherare altri quadri clinici anche più gravi. Pertanto ritengo che innumerevoli condizioni cliniche non siano state trattate come avrebbero dovuto”.

Inoltre, la dottoressa Dondini ha sollevato dei dubbi anche sulla veridicità dell’esito dei tamponi: “Il primo studio cinese del 24 gennaio afferma che, riguardo all’isolamento del Sars-Cov-2, non sono stati rispettati i postulati di Henle-Koch, indispensabili per isolare effettivamente un virus o un batterio. A riguardo, sono andata in un laboratorio di ricerca, per chiedere informazioni, anche perché girava un documento da cui sembrava che si utilizzasse un primer per avviare questa amplificazione genica che avrebbe una sequenza complementare al cromosoma 8 umano, il che significherebbe cento per cento di falsi positivi. Mi è stato risposto che i postulati di Koch sono vecchi di oltre un secolo. Allora ho chiesto: scusate, voi lavorate con una sequenza genica, ma per allestire un vaccino avrete bisogno del virus intero. Mi è stato ribattuto che in questo caso, i postulati di Koch sarebbero necessari, perché per un vaccino avremmo bisogno dell’involucro virale. Mi sembra piuttosto contraddittorio. Bisognerebbe indagare bene su come vengano allestiti questi tamponi e ricordiamoci che lo stesso ideatore del test di amplificazione genica, il dottor Mullis, ha sempre sostenuto che non dovesse essere utilizzato a fini diagnostici!”. “Dall’aprile di quest’anno, praticamente pare non esista più l’influenza? Certo. Non solo – ha spiegato ancora la dottoressa bolognese – Noi riceviamo annualmente il report dell’influenza dell’autunno-inverno precedente. Ce lo consegnano nell’autunno successivo, in occasione dell’apertura della campagna vaccinale antinfluenzale. Quest’anno, stranamente, questo report è arrivato verso la fine di febbraio: questo significa che si era già deciso che tutte le forme influenzali/simil-influenzali dovevano essere battezzate come Covid-19. L’influenza è sparita, insieme a tanto altro. Io sono convinta che ci troviamo di fronte a numerose sovradiagnosi di Covid-19”.

Infine, “Sui dati dei ricoveri e delle terapie intensive: non ci può essere chiarezza fino a quando non si specificherà chi sono queste persone e di cosa effettivamente soffrono. Dai dati comunicati non si capisce: non si fa questa necessaria operazione di definizione dei ricoveri. Si danno semplicemente dei numeri, come i numeri dei tamponi positivi in pazienti per la maggior parte asintomatici. E questo allontana dalla reale misura del problema, sempre che di Covid-19 si debba parlare. È evidente che si voglia ricercare solo quello”, ha concluso.

“Regole del Ministero sbagliate! Ho curato il Covid senza seguirle: non ho avuto un solo paziente in terapia intensiva” ► La denuncia della Dott.ssa Dondini

Radio Radio 17 Novembre 2020 ([VIDEO](#))

1500 mutuatati: né un morto, né un ricovero in terapia intensiva per la Dottoressa Maria Grazia Dondini, Medico di Medicina Generale a Monterezeno, in provincia di Bologna. Un bilancio ottimale le cui spiegazioni possono essere molteplici: bravura, preparazione. Tutto però comincia a cambiare dal 22 febbraio 2020, data nella quale in Gazzetta Ufficiale vengono promulgate dal Ministero le nuove linee guida per fronteggiare l'emergenza coronavirus che di lì a poco avrebbe sconvolto Codogno, la Lombardia, e in seguito l'intera penisola.

Il 22 febbraio è la data in cui il problema coronavirus inizia quindi ad esistere per il Governo, ma SarsCov2 si trovava in Italia da molto più tempo, e con ogni probabilità fino a quel momento era stato trattato dai medici di territorio, quelli che in seguito alle nuove direttive sono stati totalmente accantonati per far spazio ai ricoveri

ospedalieri e alle terapie intensive. Ecco perché, come ha spiegato a 'Un Giorno speciale', Maria Grazia Dondini non c'è stata: ha continuato a sentire e a curare i suoi pazienti nonostante le regole "non lo vietassero", ma di fatto lo disincentivavano. Preoccupazione, perspicacia e una certa dose di sfiducia nelle nuove regole del Governo hanno spinto la dottoressa a questa "ribellione", anche perché come riferisce a Fabio Duranti e Francesco Vergovich, le nuove disposizioni "non andavano verso la tutela della salute, ma contro". Ecco l'intervista ai nostri microfoni.

"Forme febbrili accompagnate da una sintomatologia respiratoria le vedevamo già da prima di quel 22 febbraio. Da un certo momento in poi abbiamo dovuto dimenticare quello che avevamo fatto fino a quel momento perché trattandosi di un nuovo coronavirus la cui origine non era conosciuta e la cui terapia era inesistente, dovevamo fare denuncia di malattia infettiva al Dipartimento di Sanità Pubblica che prendeva in carico il paziente con una sorveglianza domiciliare, cioè il paziente doveva rimanere a casa fino al momento in cui l'insufficienza respiratoria non fosse stata tale per cui si doveva poi andare in ospedale. Nell'ordinanza era scritto che doveva essere disincentivato l'accesso dei pazienti agli ambulatori di medicina generale, nei pronto soccorso e, in caso di sintomatologia respiratoria (che veniva ricondotta obbligatoriamente al coronavirus), i pazienti dovevano stare a casa loro isolati. E' chiaro che il Ministero non ha vietato la visita domiciliare, ma noi potevamo vedere i pazienti a domicilio, purché avessimo indossato la mascherina FFP2 che non c'era: la ASL mi ha fornito la prima mascherina il 30 di marzo.

Se i pazienti sono poi peggiorati? Certo. Non tutti perché poi ci sono forme febbrili che si vedono tutti gli anni che si risolvono spontaneamente. Il problema erano le complicanze: sono le infezioni batteriche che creano poi problemi e sono varie. Ad un certo punto siccome si partiva dal presupposto che ci trovassimo di fronte ad una polmonite interstiziale, addirittura mi è arrivata una comunicazione dalla Regione in cui ci si diceva "non mandate i pazienti a fare la radiografia del torace, perché non è diagnostica per polmonite interstiziale". Cioè se il medico aveva un sospetto diagnostico per esempio per una polmonite alveolare, non aveva la possibilità di una conferma diagnostica mandando il paziente a fare la lastra. Sono state messe in atto procedure che sicuramente non hanno giovato alla salute dei pazienti. Passavano 7-10 giorni prima che la situazione non fosse tale da richiedere il ricovero ospedaliero. I pazienti telefonavano al 118, gli chiedevano come stavano e se avevano un po' d'affaticamento si rispondeva "aspettiamo ancora un po'". In coscienza io mi sono sentita di andarli a vedere questi pazienti: c'è un rapporto di fiducia. I risultati sono stati che – io ho 1500 assistiti – non ho avuto un decesso e nessuno è entrato in terapia intensiva. Non sono la sola, anche una mia collega di Bergamo ha avuto gli stessi risultati.

La strategia in Svezia contro il Covid: una testimonianza diretta e una nota sui media internazionali

di Alba Tecla Bosco

L'AntiDiplomatico

17/11/20

Originario del Bangladesh, Masoud vive in Svezia con la famiglia e lavora all'università di Uppsala.

Considerando che fino a pochi giorni fa il paese registrava giornalmente un numero quotidiano bassissimo (da zero a due) di morti Covid (in Italia diverse centinaia), eppure il primo ministro si era detto preoccupato, gli abbiamo chiesto qualche chiarimento. Ecco le sue parole.

Mi chiedi perché le autorità svedesi mostrino preoccupazione malgrado i decessi giornalieri non siano elevati. Ecco la ragione: anche in Svezia, gli ospedali non hanno una capacità infinita di rispondere alle persone che più hanno bisogno, fra cui i malati di cancro, di malattie cardiocircolatorie e via dicendo. Se le persone non si convincono della necessità del distanziamento fisico e dell'igiene personale e affrontano la situazione con noncuranza, aumenterà la pressione sul sistema sanitario. Nei mesi estivi c'era molta gente in posti affollati. Adesso la presenza è molto diminuita, anche a causa delle condizioni meteorologiche. In questa seconda fase, da un lato si sa meglio come trattare la malattia, e le persone più vulnerabili e anziane cercano di rimanere appartate. C'è chi si è spostato in campagna, con gli altri membri della famiglia che provvedono ai bisogni.

Un aspetto importante è il rafforzamento delle difese immunitarie. Le autorità locali raccomandano alla popolazione di praticare stili di vita salutari, di mangiare alimenti nutrienti anziché cibo spazzatura, molta frutta e ortaggi, soprattutto agrumi. In famiglia assumiamo spesso questa bevanda: zenzero, miele, limone e tè o succo. In Svezia si ritiene molto importante l'esercizio fisico, sempre per migliorare le difese. Ritengo che molte persone vi si dedichino. Il panico? Qui insistono nel dirci che indebolisce il sistema immunitario. Quindi raccomandano di non avere paura quando si avvertono sintomi lievi. In genere non ci si va a fare il test in questo caso. Piuttosto, si segue il distanziamento e si sta a casa finché i sintomi non scompaiono.

Come ti tratto la Svezia. Le prove del Time

Il trattamento riservato alla Svezia dai media occidentali si condensa in un articolo di metà ottobre del *Time* (<https://time.com/5899432/sweden-coronavirus-disaster/>) con i suoi link a studi e interviste tirati in ballo per giustificare la perentorietà tombale del titolo che si legge così: “La risposta svedese alla Covid-19 è un disastro. Non dovrebbe essere un modello per il resto del mondo”. Affermazione sorprendente, perché all'epoca la Svezia conosceva da mesi una fase con zero decessi quotidiani (o due o tre, vedi il grafico al fondo del testo), mentre in diversi altri paesi europei il trend di morti continuava ininterrotto o riprendeva a ritmi sostenuti. Il pilastro della condanna da parte di *Time* è uno studio apparso il 12 ottobre su *Jama (Journal of American Medical Association)* il quale afferma: “Svezia e Stati Uniti sono una categoria a parte: sono gli unici paesi fra quelli con tassi di mortalità elevati che non sono riusciti a ridurre rapidamente questi numeri mentre la pandemia andava avanti”. Ma non è vero. Sulla base dei dati dell'Oms <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---10-november-2020>, praticamente tutti i paesi occidentali hanno visto aumentare i tassi di mortalità. L'Italia in particolare. L'articolo di *Time*, poi, sostiene che malgrado tutto “gli architetti del piano svedese lo stanno vendendo – sic – come un successo al resto del mondo”. Eppure sembra il contrario: a differenza di italiani, francesi e altri, gli svedesi hanno sempre ammesso i loro errori in materia di Covid-19. Allora andiamo a vedere qual è la prova di questo presunto autoincensarsi scandinavo. Il link è a un'intervista della statunitense Sarah Kelly, di DW Deutschwelle (Germania) <https://www.youtube.com/watch?v=4bCTt3PAPVU> alla ministra degli esteri svedese, Ann Linde, 18 giugno. Basta ascoltare per capirlo: la ministra non si vantava assolutamente; cercava solo di rispondere, malgrado il tono arrogante e le domande sprezzanti dell'intervistatrice. Quanto all'attualità degli ultimi giorni, la Svezia <https://emanuelkarlsten.se/coronaveckan-som-gatt-v46/> ha un tasso di ospedalizzazione che cresce velocemente, ma l'epidemiologo di Stato Anders Tegnell ritiene che ciò sia dovuto al fatto che il paese è in una parte diversa della curva ed è partito a un livello inferiore rispetto ad altri paesi europei. Allo stesso tempo, Tegnell è preoccupato per la situazione e ritiene che l'immunità sia inferiore a quanto previsto per l'autunno dall'Agenzia di sanità pubblica la scorsa primavera. Non ci risulta che gli esperti di altri paesi dicano mai “mi sono sbagliato”. Eppure è la Svezia a continuare a essere nel mirino, salvo una breve stagione di grazie alla fine dell'estate.

Prof. Giulio Tarro all'AntiDiplomatico: "Le 'morti Covid' di questi giorni non sono colpa della movida ma dei drammatici fallimenti di questa gestione"

di Francesco Santoianni l'AntiDiplomatico 18/12/2020

Ma perché, oggi, gli ospedali sono strapieni e perché “per il Covid” sta morendo tanta gente? Ma davvero – come raccontano gli “esperti” in TV e sui giornali - è tutta colpa nostra che non abbiamo “rispettato le regole”? O è colpa della “movida”? Oppure sono i 2 mila euro in più che arriverebbero dalle Regioni agli ospedali per ogni malato dichiarato Covid (dichiarazione espressa da [Bertolaso](#) che, nonostante un goffo tentativo di “debunkeraggio” parrebbe essere vera)? Oppure è colpa del virus che, dopo l'estate, si sarebbe “incattivito”? Lo abbiamo domandato al Prof. Giulio Tarro (qui [le sue precedenti interviste](#) pubblicate su L'AntiDiplomatico; qui la nuova edizione del suo libro “[Covid: il virus della paura](#)”)

"Intanto una precisazione. Ogni anno, in Italia muoiono mediamente 650.000 persone, per lo più anziane.

Secondo [l'ISTAT](#), tra le patologie considerate come cause di morte (dopo quelle dell'apparato circolatorio e i tumori) al terzo posto ci sono le cosiddette "polmoniti", spesso inglobate nel termine "influenza". Polmoniti e influenza che ogni anno provocano il collasso di reparti di Terapia intensiva e Pronto soccorso. Questi collassi si verificavano solitamente tra dicembre e marzo perché, fino ad un anno fa, funzionava una pur inadeguata medicina territoriale che arginava o posticipava i ricoveri. Non così oggi, con quarantamila medici di base che, per lo più, invece di visitare i pazienti a casa o negli ambulatori, si limitano ad un "consulto telefonico". I sintomi non curati adeguatamente, così, si aggravano e così oggi molti arrivano in condizioni disperate negli ospedali; nei quali, oggi anno, secondo varie stime, già si registrano [8-10.000 morti](#) per infezioni ospedaliere. Ecco spiegate le "cifre ufficiali" di questi giorni con le quali ci hanno imposto, dopo essere stati due mesi chiusi in casa, un altro lockdown."

Quindi, non c'è stato nessun "incattivimento" del virus?

"Assolutamente no. Già ad aprile prevedevo che il Sars-Cov-2 avrebbe conosciuto la stessa evoluzione di altri Coronavirus e oggi sono moltissimi virologi che mi danno ragione. Il problema è che la tragedia che oggi ci viene sbandierata per giustificare vessatori e inutili lockdown non è legata al virus ma alla sbagliata gestione dell'emergenza messa in atto per affrontarla. A marzo, quando il virus già contagiava milioni di italiani, per costringerci a restare chiusi a casa per due mesi (conteggiando come "contagiati" solo coloro che risultavano positivi ai pochi tamponi che allora si effettuavano e come "morti per Covid" tutti coloro che risultavano positivi al tampone effettuato prima o dopo il decesso) hanno avuto la spudoratezza di affibbiare a questo virus un tasso di letalità talmente spaventoso da far scomparire la medicina territoriale e scatenare il terrore e il caos nei servizi sanitari. Oggi sta succedendo di peggio. Pur di perseguire la loro caccia all'untore e ai "focolai di Covid" hanno centuplicato i tamponi (peraltro inaffidabili, considerando, ad esempio, gli innumerevoli cicli di PCR) per presentare un "aumento del contagio" che sta producendo una corsa verso gli ospedali e la stessa tragedia di marzo."

Oggi, comunque, sono in molti a ribellarsi...

"C'è molta rabbia ma, purtroppo, non c'è consapevolezza sulle proposte. Da una parte c'è chi, stravolgendo lo slogan delle proteste qui a Napoli "Voi chi chiudete, voi ci pagate", si limita a chiedere "sussidi" che rischiano di essere finanziati tagliando stipendi e pensioni. Poi c'è chi si limita ad inneggiare esclusivamente ad una "libertà" che – in questi tempi caratterizzati da una isteria e ipocondria dilagante - viene considerata dai più come la causa della "ripresa del contagio". Ci vorrebbe ben altro. Un consapevole movimento che, basandosi su dati scientifici, chieda un programma ben diverso dalla folle gestione dell'emergenza finora attuata dal governo e dai governatori regionali. Alcuni punti di quello che potrebbe essere questo programma li ho già illustrati in una mia precedente intervista. Non è il caso qui di ripetermi."

Covid: le inefficienze delle cure territoriali e le responsabilità della politica di Raffaele

Varvara, ComeDonChisciotte.org Nov 18, 2020

Nell'ambito delle scienze infermieristiche si sta sviluppando un filone di studio riguardo il fenomeno delle cure mancate o missed care che vengono definite come *qualsiasi cura infermieristica necessaria al paziente che viene però omessa (completamente o parzialmente) o rimandata*, per carenza di personale. Esse sono classificate come errori di omissione che si contrappongono agli errori di commissione, molto più conosciuti (1). L'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) afferma che tali errori omissivi sono più difficili da riconoscere ma rappresentano ugualmente un grosso problema(2). Gli errori di omissione (derivanti dal non fare qualcosa, come non far deambulare il paziente) sono un argomento meno trattato rispetto a quelli commissivi (errori derivanti dal compimento di una qualche azione, come ad esempio la somministrazione del farmaco sbagliato) ma le conseguenze sono atroci in entrambe le tipologie di errore. Applicando questo concetto alla politica degli ultimi 30 anni in materia di sanità, possiamo scorgere quindi non solo gli errori di Commissione, ovvero tagli e privatizzazioni selvagge ma anche gli errori di Omissione, le "cure mancate" della

politica al [paziente SSN](#). La politica non ha MAI fatto nulla per ammodernare un carrozzone vecchio e inadeguato come il SSN. Dalla L. 833/78 ad oggi la colpa persistente della politica è che si è limitata ad amministrare malamente ciò che avrebbe dovuto essere rovesciato totalmente: il modello macro-organizzativo attuale di cura risale alla legge Mariotti del '68 e prevede l' erogazione della cura prevalentemente in ospedale, mentre al territorio sono affidate le cure accessorie... sarebbe dovuto essere l' esatto opposto: cure principali (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, palliazione e soprattutto assistenza all' evoluzione della pluripatologia cronica negli anziani, nel continuum autosufficienza/non autosufficienza) sul territorio e le cure "accessorie", ovvero per le acuzie, in ospedale.

Il modello ospedalocentrico delle cure è anacronistico rispetto all' evoluzione dei bisogni di salute della popolazione. Per decenni si sono accumulati studi, conferenze, congressi, audizioni parlamentari, esperienze, buone pratiche, che indicavano la necessità di un cambio di paradigma ospedale-territorio ma la politica è sempre rimasta cinica e refrattaria rispetto a questi stimoli. Stiamo pagando le conseguenze di questi errori di omissione della politica che avrebbe dovuto non solo tagliare i posti letto ma riconfigurare totalmente il modello ospedale/territorio; una strutturata risposta assistenziale sul territorio, assieme ad una comunicazione NON terroristica, oggi avrebbe contenuto l' invasione degli ospedali ed avrebbe fatto la differenza nella gestione della pandemia. Le forze politiche che distruggeranno l' impero europeo, avranno l' onore di ricostruire il Paese, a partire da un Servizio Socio-Sanitario Territoriale Nazionale, ricontestualizzando, così, l' art. 32 della Costituzione. Bisogna dotarsi di nuovi principi ispiratori e di una nuova visione politica, qui abbozzati.

PRINCIPI ISPIRATORI:

Proattività: i professionisti della salute in contro al cittadino e non viceversa per consigliarlo e guidarlo all' interno della selva burocratica del SSN, come agente esperto. L' approccio proattivo consente di favorire la prevenzione, monitorare l' evoluzione clinica della malattia cronica, aumentare la compliance alle terapie così da ridurre ricoveri impropri, re-ricoveri, accessi in PS inadeguati. Per essere proattivi è necessario che i professionisti trasferiscano le loro risposte dall' ospedale, al domicilio degli assistiti, cosa non facile perchè abituati a ricevere una formazione ancora molto fortemente ospedalocentrica. Per costruire professionisti proattivi della salute sarà necessario un cambio epistemologico radicale dei paradigmi delle discipline che si tramandano.

Interdipendenza multidisciplinare: il modello prevalente di risposta ai bisogni di salute della popolazione è ancora fortemente medico-ospedalocentrico. Il modello paternalistico per cui è il medico a decidere per il paziente è ormai superato. Il paziente contemporaneo ha bisogno di una corretta informazione per arrivare a scegliere autonomamente e consapevolmente il trattamento sanitario più consono ai suoi valori, alle sue credenze ed alle sue aspettative di vita. È dunque superata un' organizzazione nella quale il medico, sia considerato l' unico depositario di tutto il sapere scientifico riguardo lo stato di salute del paziente. Alle soglie del 2021 il modello più funzionale per una presa in carico ottimale, si realizza tramite una risposta multidisciplinare ai nuovi e complessi bisogni di salute della popolazione. Al goal del raggiungimento dello "stato di completo benessere psico/fisico", si arriva grazie al lavoro sinergico di una squadra capace di valorizzare il contributo di ogni singola professionalità, consapevole della propria interdipendenza, abile a confrontarsi e a co-evolversi. Inoltre per una squadra vincente serve abolire il vecchio modulo di gioco ovvero serve la capacità di superare l' organizzazione tayloristica (divisa e frammentata) del lavoro in sanità perchè è assai regressivo se si considera che le teorie di Taylor sono state ampiamente superate.

Governo della complessità: il dogmatismo delle linee guida è ormai falsificato; è dimostrato come esse siano necessarie ma inadeguate a governare la complessità e la singolarità del rapporto di cura. I professionisti devono poter disporre di tutti gli elementi per poter prendere decisioni che considerino tutte le variabili possibili, determinate dalla complessità nella singolarità del rapporto di cura. Un esempio per spiegare questo principio ispiratore: il paziente contemporaneo arriva al PS con già la diagnosi fatta e pretende gli esami diagnostici che "ha visto su internet"...gli esercenti la professione sanitaria per paura del contenzioso legale sono disposti ad accontentarli mentre pochi temerari riescono, con una efficace comunicazione, a correggere le

informazioni di google e a stabilire con il paziente il migliore percorso diagnostico e terapeutico per lui. Insomma tutta questa complessità non viene gestita perché ai professionisti sanitari nessuno ha insegnato come gestirla e con cosa (oltre che con le linee guida); come scoria di questa incuria abbiamo il fenomeno aberrante della medicina difensiva.

NUOVA VISIONE POLITICA PER LA RICONFIGURAZIONE DEL BINOMIO OSPEDALE-TERRITORIO

Nel contesto territoriale: strutturare un'assistenza in funzione dei bisogni di continuità dei cittadini promuovendo lo sviluppo di percorsi di presa in carico e di nuovi modelli organizzativi nell'ambito della cronicità. Nei presidi territoriali devono operare in sintonia una squadra multidisciplinare composta da: infermieri, medici, operatori socio-sanitari, fisioterapisti, ostetriche, psicologi, per dare una risposta completa ai nuovi bisogni dei cittadini, anche da remoto con le possibilità offerte dalla telemedicina.

Nel contesto ospedaliero: la risposta assistenziale ospedaliera deve limitarsi alla fase acuta di malattia mentre la fase sub-acuta deve essere presa in carico mediante la riorganizzazione della rete ospedaliera e il potenziamento di strutture di degenza post-acuta e di residenzialità, per agevolare la dimissione al fine di minimizzare la degenza non necessaria, favorendo contemporaneamente il reinserimento nell'ambiente di vita e il miglioramento della qualità dell'assistenza. Una mancata attivazione in questo senso spinge le persone non autosufficienti a chiedere assistenza negli ospedali e nelle strutture sanitarie, affollando i PS e scaricando sulla sanità pubblica oneri consistenti che potrebbero essere evitati o comunque ridimensionati con l'assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale socio-sanitaria. Gli ospedali dovranno riorganizzarsi per intensità di cure. Si supera l'anacronistica divisione degli ospedali per specialità mediche e si inserisce un criterio su due assi: l'intensità clinica e la complessità assistenziale. I professionisti che gestiscono i flussi dei ricoveri, sanno quanta fatica si fa a classificare i pazienti contemporanei, sempre più pluripatologici ovvero portatori di più comorbidità, in una divisione monospecialistica. La divisione per specialità mediche di fatto costituisce oggi una mappa che traccia un territorio ormai cambiato. A chi, giustamente si oppone ad una rivoluzione copernicana ospedaliera, vorrei rilanciare dicendo che già oggi la classificazione per specialità mediche è saltata poiché si trovano degenti con problemi chirurgici ricoverati in unità operative di medicina interna e viceversa. Il sistema sta andando in quella direzione in maniera improvvisata e spontanea perché i bisogni di salute della popolazione vanno in quella direzione.

Per accompagnare e strutturare questo cambiamento è necessario dotare la politica di un pensiero rivoluzionario nonché recuperare, liberando l'Italia dai vincoli europei, le leve economiche e fiscali al fine di rendere nuovamente possibile una sanità universale, eguale, globale (3).

1. Kalisch BJ, et al. *Missed nursing care: a concept analysis*. J Adv Nurs. 2009 (May 12); Vol. 65. Issue 7: 1509–1517.
2. Potter P. et al. *An Analysis of Nurses' Cognitive Work: A New Perspective for Understanding Medical Errors*. Agency for Healthcare Research and Quality. 2005.
3. Finanziamento e struttura del Servizio Sanitario Nazionale – documento programmatico di RI – Riconquistare l'Italia, consultabile al sito <http://frontesovranista.it/finanziamento-e-struttura-del-servizio-sanitario-nazionale-documento-per-lassemblea-nazionale-del-fsi-9-giugno-2019/>

L'infettivologo Matteo Bassetti: "Abbiamo sbagliato a contare i decessi, anche chi aveva un infarto con un tampone positivo veniva registrato come morto per Covid"

19/11/2020 www.la7.it (VIDEO)

L'infettivologo Matteo Bassetti: "Abbiamo sbagliato perché abbiamo contato i decessi in maniera diversa rispetto a tutto il resto d'Europa. Vogliamo continuare nell'errore? Da quando abbiamo cambiato la metodologia di conteggio dei decessi noi stiamo drammaticamente decrescendo come letalità ma abbiamo un peccato originale che riguarda marzo-aprile, dove chiunque arrivasse in ospedale con un tampone positivo, anche che aveva un infarto, veniva qualificato come morto per Covid".

35 domande a un covidista di Alceste De Ambris Sollevazione 19/11/20

Anche nell'ambito degli intellettuali critici verso il pensiero unico, che su altri argomenti esprimono opinioni originali, quando si tratta del tema Covid19 alcuni non si scostano dalla narrativa dominante. Ultimo della lista scopro ad es. l'[analista di geopolitica Stefano Orsi](#), che deride la "Marcia della liberazione" dell'11 ottobre come un gruppuscolo di negazionisti. I termini "negazionista" e "complotista" non sono definizioni ma insulti, coniatosi appositamente per delegittimare l'avversario e impedire un confronto. Volendo invece suscitare una riflessione, con intento costruttivo e non polemico, a queste persone indirizzo una serie di questioni, in forma interrogativa; non ho certezze ma dubbi (anche se alcune domande sono retoriche e fanno intuire il mio pensiero) che cerco di condividere.

La narrativa covidista consiste in **due tesi**: che ci troviamo in presenza di una malattia del tutto nuova e di una pericolosità senza precedenti; e che dunque qualsiasi misura restrittiva della libertà è giustificata a tempo indeterminato, qualsiasi siano gli effetti economici. La prima è un'affermazione di fatto, la seconda un giudizio etico-politico. Lo scetticismo sul covid prenderà dunque due forme (che possono coesistere): i dubbi sulla natura della malattia, e quelli sull'opportunità delle misure politiche messe in atto per contenerla. Il Sistema tende a confutare e ridicolizzare il primo ordine di argomenti (solitamente riportando solo le opinioni più pittoresche, es. curarsi con la candeggina e simili), mentre io mi privilegerò gli elementi etico-politici. Non sono un medico, e proprio per questo posso esprimermi liberamente senza rischi per la carriera.

1. È possibile che i grossi finanziamenti da parte delle case farmaceutiche o della Fondazione Gates abbiano condizionato l'azione dell'Oms o di altre istituzioni sanitarie, o le opinioni di medici e ricercatori?
2. Perché i medici "ufficiali" e da salotto tv, anziché limitarsi a descrivere il corso della malattia, si permettono di auspicare questo o quell'intervento securitario, invadendo il campo della politica? Se la scienza è discussione e non dogma, tantopiù se si tratta di fenomeni nuovi e non conosciuti, perché i medici critici verso il discorso dominante vengono censurati derisi e minacciati?
3. Bloccare le attività economiche, causando fallimenti povertà e disoccupazione di massa, non è il classico caso di cura peggiore del male? Non assomiglia a chi, per risolvere il problema di un dolore alla mano, si fa amputare il braccio?!
4. In una situazione di reale pericolo, poniamo ad es. una guerra, il comportamento tipico delle istituzioni, e dei media organici al potere, è di diffondere fiducia e sicurezza; perché invece qui tra istituzioni e media si fa a gara per diffondere paura e panico tra i cittadini? come si spiega se non con una campagna terroristica orchestrata e diretta a uno scopo? Un governo è necessariamente impotente di fronte agli "attacchi di panico" mediatici, o può far uso dell'art. 648 del codice penale che punisce per procurato allarme l'annuncio di disastri e pericoli inesistenti?
5. Il diritto alla salute è previsto all' 32 della Costituzione italiana: prima ci sono 31 articoli che sanciscono il diritto al lavoro, l'inviolabilità della libertà personale, la libertà di circolazione, il diritto di riunione, di culto, il diritto all'istruzione ecc.: è ragionevole che un unico diritto sopprima tutti gli altri, o la collettività dovrebbe cercare un compromesso tra tutti i valori in gioco?
6. Se al cd. lockdown non c'è alternativa (la nota ideologia "tina"), perché alcuni paesi (come la Svezia) non l'hanno applicato, ottenendo risultati migliori di altri che l'hanno applicato?
7. Perché escludere a priori che il virus possa essere stato creato in laboratorio, e poi da lì fuoriuscito (per cause colpose o dolose)?
8. L'argomento per cui bisogna limitare i contatti tra le persone sane perché gli ospedali sono pieni, non equivale a un'ipotetica proposta di vietare i rapporti sessuali perché i reparti di natalità sono pieni?! o cambiando settore, alla proposta di depenalizzare tutti i reati perché le carceri sono piene? Senza la propaganda televisiva quotidiana, non sembrerebbe una follia? Dovrebbero essere i servizi pubblici ad adeguarsi ai bisogni e alle vite delle persone, o viceversa?

9. Concentrare tutta l'attenzione e tutte le risorse su un'unica malattia, non lascia sguarnita la diagnosi e la cura di altre patologie, anche più diffuse e pericolose? (tumori, malattie cardiologiche ecc.)
10. È vero che ci sono forti dubbi sull'attendibilità dei test Pcr, su cui si basano i tamponi, oltre un certo numero di cicli di amplificazione, per cui molti dei cd. "positivi" sarebbero in realtà falsi positivi? ([qui lo studio del noto Raoult](#)). In quale altra patologia la maggioranza dei positivi a un esame diagnostico sono asintomatici?
11. Abbiamo fondate ragioni per credere nella risolutività di un vaccino, posto che per altri coronavirus (Sars e Mers) un vaccino non è mai stato trovato, e che per l'influenza stagionale, a causa della mutabilità del virus, il vaccino protegge solo da una minoranza (30%?) dei virus circolanti?
12. Se ammalarsi e guarire (magari con pochi o nessun sintomo) equivale a essersi vaccinati, perché demonizzare i "nuovi positivi", soprattutto tra i giovani, anziché considerarli un evento positivo che conduce all'immunità di gregge?
13. Nella comunicazione ufficiale non sembrano in atto alcuni trucchi retorici utilizzati durante la crisi economica del 2008, es. il mantra del "fate presto" per far accettare provvedimenti disastrosi, il dogma del "non c'è alternativa", la soluzione dell' "aumentare la dose" di un provvedimento inefficace (se l'austerità o il confinamento non funziona è perché non è stato applicato abbastanza), il meccanismo di colpevolizzazione delle vittime (se l'epidemia si diffonde è colpa dei comportamenti dei cittadini indisciplinati) ecc ?
14. La misura della quarantena esiste da tempo immemorabile, ma è sempre stata applicata ai malati, mentre qui viene applicata alla platea dei sani: è normale o è un abuso?
15. È vero che non vi sono prove scientifiche sull'utilità delle mascherine da parte del grande pubblico, soprattutto all'aperto? ([qui una bibliografia](#), tra cui uno studio dell'Oms). E che le mascherine possono avere effetti collaterali, se usate per lunghi periodi da non professionisti? oltre agli evidenti aspetti simbolico-antropologici: è mai esistita una società in cui tutti vanno in giro mascherati, se non è carnevale?
16. Se la mortalità da covid fino a 70 anni circa è simile a quella di una normale influenza (qui [lo studio di Ioannidis](#), epidemiologo di fama mondiale), e solo dopo i 70 assume un'incidenza significativa ([grafico](#)) non sarebbe più logico concentrare la protezione sulle categorie a rischio? Se la mortalità da covid riguarda soprattutto ultraottantenni con tre patologie pregresse ([rapporto Iss](#)) non sarebbe più logico isolare solo gli anziani, fornire loro assistenza affinché non abbiano bisogno di spostarsi ecc., anziché condannare agli arresti domiciliari l'intera nazione? Si veda [Dichiarazione di Great Barrington](#)
17. I giovani sono i meno soggetti ad ammalarsi in modo grave: ha senso chiudere le scuole e università, vanificando il diritto all'istruzione? Non rappresenta un'ingiustizia generazionale il neo-proibizionismo delle occasioni sociali (coprifuoco serale, divieto di eventi, feste, sport ecc), che privilegia un astratto "diritto a non essere contagiati" da parte di soggetti anziani che hanno già vissuto ciò di cui privano gli altri ?
18. Nelle malattie infettive i portatori sani sono solitamente innocui, o comunque molto meno contagiosi dei sintomatici: è giustificata nel covid l'attenzione spasmodica verso gli asintomatici? (cioè potenzialmente chiunque)
19. Il settore sanitario negli anni scorsi è stata massacrato dai provvedimenti di austerità (tagli per 26 miliardi), con tagli alla medicina di base, posti-letto, medici, infermieri, blocco del turnover ecc.: ripotenziare la sanità con ingenti investimenti pubblici non sarebbe di gran lunga meno costoso rispetto ai danni economici provocati da un lockdown? Perché non è stato fatto? Non era prevedibile il caos e l'intasamento delle strutture sanitarie in caso di inazione?
20. L'uomo è un animale sociale: la misura prolungata del "distanziamento sociale" da praticare in casa non fa aumentare i disturbi psichici, le depressioni, i suicidi, soprattutto nei soggetti più fragili... oltre a

indebolire le difese immunitarie? Identificando in ogni estraneo una minaccia, non distrugge la fiducia reciproca, che è il fondamento di ogni società?

21. I media ufficiali ([mio articolo](#)) nell'ultimo decennio ci hanno propinato bufale colossali sulle virtù morali dell'Unione europea, sulla convenienza del pareggio di bilancio e delle privatizzazioni, sul "salvataggio" della Grecia (in realtà delle banche franco-tedesche), sul pericolo dell'inflazione e la necessità che la Banca centrale resti " indipendente", su BinLaden e l'Isis e i terroristi islamici, sulle sanzioni contro i Paesi che il terrorismo lo combattono davvero (Iran, Russia, Siria), su Israele unica democrazia in Medio Oriente, sull'invalidità delle elezioni in Venezuela e Bolivia che giustificano il riconoscimento dei golpisti, sulla legittimità dell'arresto di Assange, sull'ambientalismo farlocco di Greta, sulle rivoluzioni colorate in Ucraina e Hong Kong, sulla necessità di censurare le cd. fakenews (altrui)... se finora ci hanno mentito, perché ora dovremmo credergli?
22. A prescindere dalla reale gravità della malattia, non sembra in ogni caso che il Sistema stia approfittando dell'occasione per instaurare uno stato di polizia, un dispositivo di controllo cui corpi (come direbbe Foucault), una "dittatura sanitaria" senza precedenti dai tempi del fascismo?
23. È vero che la nostra Costituzione volutamente non ha previsto lo stato di emergenza, e che la grave violazione delle libertà personali tramite reiterati dpcm (non leggi parlamentari o decreti-legge) è di dubbia legittimità? È normale che l'opposizione sia muta, o si limiti a contestare aspetti secondari dei provvedimenti governativi o addirittura ne chieda di più rigorosi?
24. È vero che nel conteggio dei morti "da covid" e dei ricoverati "da covid" compaiono anche le persone "con covid", ossia dei semplici positivi, morti e ricoverati per tutt'altre patologie? È vero che gli ospedali ricevono incentivi economici se classificano un paziente come affetto da covid?
25. È possibile che inizialmente siano state commesse, anche per la novità della malattia, gravi omissioni ed errori terapeutici? Perché inizialmente sono state vietate le autopsie e bruciate le salme? L'organizzazione della sanità a livello regionale, conseguenza dell'ideologia federalista, può aver contribuito a una mancanza di coordinamento e quindi inefficienza nella gestione dell'emergenza?
26. L'obiettivo implicito delle misure securitarie sembra essere quello di azzerare il numero dei contagi: non è utopistico nel medio-lungo periodo, considerando che l'Italia non è isolata, il virus continuerà a circolare nel resto del mondo, e le frontiere non possono rimanere chiuse per sempre?
27. È vero che ora sono disponibili terapie efficaci, e che la cura per la maggior parte dei malati può essere praticata a domicilio, senza sovrappollare gli ospedali? È vero che molte persone ricoverate sono in buone condizioni, ma si sono recate in pronto soccorso a causa della paura diffusa dai media o della mancanza di qualcuno che possa assisterli durante la malattia? È vero che ad oggi le terapie intensive sono ancora vuote circa la metà dei posti disponibili a livelli nazionali (6000)?
28. Quotidianamente ci viene propinato il bollettino di guerra, in cui compaiono tutti i dati possibili, anche quelli più inutili (come il numero dei "nuovi casi" che alla fine dipende dal numero dei tamponi) tranne i dati che sarebbero significativi, ovvero la mortalità da covid confrontata con quella delle malattie respiratorie, dell'influenza o delle altre cause di morte in generale (600-650 mila ogni anno): non è strana questa omissione senza eccezioni?
29. Quanto dura un'emergenza? Se vi dicessero che il Covid durerà 5 o 10 o 20 anni, sareste disposti a trascorrere tutto questo tempo isolati e mascherati? La vita, la libertà e la ricerca della felicità costituiscono un rischio, ma non sono preferibili alla mera sopravvivenza fisica in una condizione di semi-prigione?
30. La decisione su quali rischi siano accettabili e quali libertà siano rinunciabili è eminentemente politica: non dovrebbe essere il popolo a decidere, anziché il governo o i tecnici? Una classe politica che si proclama liberale non farebbe meglio ad abbandonare l'atteggiamento paternalista di chi tratta i cittadini come bambini, limitandosi semmai a dare raccomandazioni e aiuti, ma senza obbligare alcuno a fare alcunché (salvo i malati contagiosi ovviamente)?

31. E' corretto dire che le misure anti-covid colpiscono duramente l'economia per ora in modo selettivo, certe classi sociali (precari, autonomi, piccoli imprenditori...) e certi settori, ma che alla fine il conto sarà pagato da tutti? Quando tutto sarà finito, chi pagherà i costi della peggior recessione economica (auto-inflitta) dai tempi della guerra? Una conseguenza non sarà l'enorme indebitamento di famiglie, imprese e Stati?
32. A fronte della massa dei perdenti, c'è una minoranza che si arricchisce: è realistico pensare che i potentati finanziari, gli oligopoli informatici, le multinazionali, gli oligarchi, chi guadagna sulle oscillazioni di borsa, chi "per caso" avesse previsto in anticipo la crisi sanitaria facendo gli investimenti giusti... tutti costoro stanno facendo enormi profitti e alla fine saranno ancora più potenti di prima?
33. Non sembra che la malattia si diffonda globalmente, a livello cronologico e geografico, senza apparente ordine logico, e anzi contro un certo buon senso (di più o prima dove meno ce lo si aspetterebbe, e viceversa)?
34. È legittimo presumere che, se non si fosse verificata l'emergenza covid, in Usa Trump sarebbe stato riconfermato presidente, e in Europa il tema all'ordine del giorno sarebbe l'uscita di vari paesi dall'euro (la Brexit precede immediatamente lo scoppio dell'epidemia)?
35. Il domandone finale: poiché sia la malattia sia le restrizioni impattano pesantemente sulla vita dei cittadini, su tutti gli aspetti che ho elencato non dovrebbe essere in atto un diffuso dibattito pubblico, aperto a tutte le opzioni e a tutte le opinioni? Se ciò non avviene, è perché queste considerazioni sono assurde o viceversa perché (almeno alcune) sono verosimili?

Bassetti e la lezione dei medici in prima linea

di Damiano Mazzotti 16 novembre 2020 AgoraVox Italia

Il famoso infettivologo Matteo Bassetti ha fissato le sue esperienze e le sue riflessioni in un saggio chiaro e scorrevole: "Una lezione da non dimenticare. Cronaca della battaglia per sconfiggere il Covid-19" (scritto con la giornalista Martina Maltagliati, Cairo, 2020, 170 pagine, euro 16).

A partire dal mese di marzo 2020 i medici italiani hanno fatto tutto il possibile con i pochi strumenti e le attrezzature disponibili. I protocolli di cura erano incerti e inaffidabili, anche perché provenivano indirettamente dalla Cina (di solito uno Stato non è molto interessato alla salute di un altro Stato). Nel libro viene descritta anche la vita dei pazienti più gravi, che oltre alla solitudine relazionale e cognitiva, erano costretti a subire il rumore infernale dei caschi CPAP che aumentano l'ossigenazione polmonare (quei pazienti non potevano leggere o ascoltare la radio, non potevano fare nulla). Bassetti ha avuto l'intuizione di far vedere le immagini della tv per fornire un minimo di conforto e di supporto cognitivo. Inoltre, per fornire un minimo di stimolazione psicologica generalizzata Bassetti ha fatto appendere una foto degli operatori sanitari sopra alla tuta antivirale. Con il tempo si è scoperto che inizialmente la sindrome Covid-19 è di tipo vascolare e accelera la coagulazione del sangue causando dei microtrombi fino a diventare un'embolia polmonare massiva. Ora i pazienti si possono curare molto meglio prima e anche a casa.

Rispetto ad altre regioni in Liguria sono stati previdenti: "due giorni dopo il ricovero della coppia di turisti cinesi allo Spallanzani di Roma è stata istituita la task force della regione, un pool di esperti", compreso Bassetti. Inizialmente stavano attenti a persone provenienti dalla Cina, ma poi è stata scoperta la probabile via di penetrazione tedesca in Lombardia. Con l'aumento delle persone infettate il medico genovese ha sentito l'esigenza di informare sui rischi reali del SARS-CoV-2 anche tramite Facebook, Instagram e la Tv. Bassetti afferma: i dati dicevano che un contagiato aveva "il 98 per cento di possibilità di farcela. Era un semaforo verde? No! ...non bisognava creare allarmismi. Noi medici potevamo e dovevamo allarmarci, ma ci era vietato allarmare" (p. 61). Purtroppo in Italia manca la cultura della prevenzione a livello mentale, sociale e politico, e questo fatto si riflette anche sul piano clinico e terapeutico. Si sopravvalutano le nuove tecnologie che provano a curare i pazienti con gravi sintomatologie, quando basterebbero terapie più mirate, personalizzate e precoci. Si

sono accettate le linee guida con protocolli di cura stabiliti da paesi troppo lontani da noi (geograficamente e culturalmente). Medici come il Prof. Luigi Cavanna o Riccardo Munda hanno curato i pazienti a casa con percentuali di successo del cento per cento (<https://www.luogocomune.net/21-medicina-salute/5648-%C2%ABmedici-di-base-impotenti-ma-io-ho-continuato-a-curare%C2%BB>).

Anche un cardiocirurgo di fama internazionale come il Prof. Salvatore Spagnolo afferma che una terapia farmacologia combinata somministrata ai primi sintomi è efficace al 99,99 per cento: <https://www.agi.it/cronaca/news/2020-10-28/covid-cardiocirurgo-spagnolo-aspirina-eparina-cortisone-per-fermarlo-10100998>). Forse troppe categorie di persone traggono vantaggio dagli ospedali intasati dai pazienti (giornalisti, dirigenti sanitari politicizzati, politici). La terapia ideata dal Prof. Spagnolo a base di Eparina, cortisone e aspirina, andrebbe data senza aspettare i tempi dilatati dei risultati di un tampone, che oltretutto non è molto affidabile. Anche gli antibiotici vengono utilizzati a scopo preventivo prima di effettuare un intervento chirurgico importante. Le epidemie influenzali sono stagionali come le migrazioni di molti uccelli. Elementare Watson. Non bisogna essere degli scienziati patentati per capirlo. Bastava assumere più personale e preparare più posti letto, come ha fatto Matteo Bassetti e come hanno fatto in Emilia-Romagna.

Comunque indubbiamente in Italia è scoppiato un panico televisivo incontrollato, nei giorni successivi al giovane paziente di Codogno, il primo accertato ufficialmente. Bassetti ha cercato di essere più realista e meno esagerazionista, sottolineando una verità palese: “i morti per influenza in Italia registrano ogni anno numeri drammatici e poco pubblicizzati” (p. 36). Tra le altre cose l’influenza dopo l’arrivo del Covid-19 sembra scomparsa dai dati statistici. Forse anche i virus influenzali si sono spaventati davanti al pericoloso mostro Covid-19. Qui trovate i vari dati di un matematico universitario: <https://www.youtube.com/watch?v=ZE9GCU9Nrs&feature=youtu.be>.

Se in Italia esistesse una magistratura veramente indipendente, oggi molti italiani avrebbero già la conferma che la disorganizzazione sanitaria può uccidere molto di più alcuni virus. E invece purtroppo in molte città italiane si avranno di nuovo molti altri morti dovuti al panico mediatico, al panico sanitario e al pressapochismo politico, come già avvenuto a Bergamo e a Brescia. Il vero problema dei malati di Covid-19 è che si concentrano in un tempo limitato e hanno bisogno di cure più prolungate. Anche un ragazzino delle scuole superiori capirebbe che servono più posti letto (<https://www.dagospia.com/rubrica-3/politica/de-luca-ovviamente-colpa-all-39-autore-video-252656.htm>; no comment su tutti gli organi istituzionali che dovrebbero prendere provvedimenti).

Matteo Bassetti è professore ordinario di Malattie Infettive all’Università di Genova, è presidente della Società italiana di terapia antinfettiva: <https://www.sitaonline.net>. È membro di alcune associazioni scientifiche (www.ichs.org; www.esccmid.org, <http://internationalsepsisforum.com>), è associate editor di molte riviste internazionali ed è autore di 650 articoli scientifici. Questo è un testo molto utile a moltissimi medici: <https://covidreference.com/it> (tradotto in otto lingue).

Martina Maltagliati è una giornalista professionista nata a Genova nel 1986 ed è laureata in Scienze Politiche. Ha collaborato per due anni con La7, fa l’inviata del programma Quarto Grado.

Nota aforistica – Potete leggere per divertirvi, potete leggere per istruirvi, ma è meglio leggere per vivere meglio. Il virus esiste mai i tamponi italiani sono gestiti davvero male a livello nazionale (www.byoblu.com/2020/11/11/il-regime-del-terrore-ecco-come-gonfiano-il-numero-dei-positivi).

Nota sulla polmonite – La classica “polmonite batterica, prima causa infettiva di decesso negli Stati occidentali, provoca ogni anno undicimila morti in Italia” (p. 56). Anche la polmonite tradizionale sembra essere scomparsa dalle statistiche dei morti del 2020 (un altro mistero non indagato). Una forma di polmonite è sempre stata la prima causa di morte tra le persone molto anziane. Oltre alla polmonite, ci sono varie infezioni ospedaliere (mia nonna molti anni fa fu ricoverata per una semplice ustione alla mano e al braccio e nell’arco di alcuni giorni morì in ospedale).

Nota molto interessante – Bassetti fa l’ipotesi del gioco delle carte come principale veicolo iniziale di contagio tra gli anziani. In effetti molti anziani giocano a carte e alcuni di si leccano le dita come quando leggono i

giornali (altri si soffiano il naso mentre giocano come fanno tutte le persone in autunno e in inverno). Comunque un collega di Bassetti ha trovato un ottimo stratagemma all'italiana per non fare appannare gli occhiali dei vari operatori: basta mettere un pochino di schiuma da barba (p. 68). Una “dieta chetogenica, senza carboidrati e zuccheri” può indebolire il virus (p. 95). Per considerare un paziente guarito dal nuovo Coronavirus servono “due tamponi consecutivi effettuati a distanza di 24 ore, l'uno dall'altro con doppio esito negativo” (p. 97). Il tocilizumab somministrato insieme al cortisone cura meglio l'iperinfiammazione e l'infiammazione (p. 96). Ora il virus dovrebbe essere diventato “un gatto selvatico addomesticabile” (p. 121). Nota sulla privacy – Ora ci sono molti soggetti asintomatici e alcuni possono “contagiare gli altri... se hanno una “sufficiente carica virale”. Sembra “giusto farli stare in quarantena, ma senza proclami né riflettori”. In questo contesto più privacy “non avrebbe guastato. Abbiamo fatto tanto negli ultimi vent'anni per garantirla a tutti i nostri pazienti” (p. 122).

Gossip giornalistico: <https://giorgiolevi.com/2020/05/14/che-cosa-ci-fa-martina-maltagliati-di-mediASET-nel-gruppo-gedi-2>; <https://www.polesine24.it/veneto/2020/04/26/news/il-primο-morto-di-coronavirus-non-sarebbe-morto-di-coronavirus-87809> (l'autopsia su un paziente zero).

Approfondimenti sul Prof. Roberto Bernabei: <https://www.youtube.com/watch?v=Jv2Zr1zyTIE> (Policlinico Gemelli, <https://www.policlinicogemelli.it/medici/prof-roberto-bernabei>).

Approfondimenti sul Prof. Salvatore Spagnolo: <https://www.youtube.com/watch?v=IzTTtDocyKA> (cardiochirurgo di fama mondiale, esperto di embolia polmonare massiva; i pazienti Covid-19 possono essere curati subito a casa con l'Eparina; www.facebook.com/Dott.SalvatoreSpagnolo; www.salvatorespagnolo.net). <https://www.agi.it/cronaca/news/2020-10-28/covid-cardiochirurgo-spagnolo-aspirina-eparina-cortisone-per-fermarlo-10100998>).

Approfondimenti su Roberto Battiston – Il Prof. Battiston di Trento ha fatto un'ottima analisi statistica ma sono i fatti clinici che contano (io mi sono laureato in Psicologia clinica e di comunità):

<https://www.dagospia.com/rubrica-39/salute/picco-dell-39-epidemia-27-novembre-sostiene-rsquo-ex-252575.htm>; <https://www.robertobattiston.it>. In ogni caso la vecchia influenza sembra sparita dai dati e la nuova influenza sempre ingigantirsi grazie al panico mediatico, e forse anche a causa dei contagi ospedalieri dovuti al sovraffollamento e al via vai delle persone anziane tra case di cura, case di riposo e ospedali.

Approfondimenti per le persone interessate a un meeting digitale gratuito sull'Assistenza Primaria:

<https://fad.koscomunicazione.it/event/26/showCard>. Testimonianze e articoli molto interessanti: <https://www.agi.it/estero/news/2020-11-12/raoult-covid-idrossiclorochina-marsiglia-francia-10265910>; <https://news-coronavirus.it/?s=giorgio+palu>; <https://news-coronavirus.it>.

Pandemia di legge il Pedante 16 novembre, 2020

Questo articolo è apparso in forma riadattata sul numero de La Verità del 15 novembre 2020. In quella sede, per un disguido redazionale, sono state pubblicate alcune elaborazioni numeriche provvisorie. Il testo che segue e le note esplicative rettificano e integrano quanto pubblicato sulla versione a stampa.

Occupandomi mesi fa [su queste pagine](#) di «lockdown», osservavo che nessun problema vero o presunto, semplice o difficile, sanitario o non sanitario, individuale o collettivo, può risolversi privandosi delle risorse necessarie alla sua soluzione. Rimarcavo allora, tra le altre cose, che per proteggere una comunità a rischio occorre mettere chi non è a rischio nella condizione di rendere effettiva quella tutela. Il caso di oggi non smentisce la regola e anzi la conferma a corollario di una più ampia legge naturale: se i più fragili sono esposti a un certo pericolo, la popolazione restante è chiamata ad *attivarsi* affinché godano di cure, protezione, reddito, supporto fisico e morale. Non a *disattivarsi* come predica la logica del «lockdown», che nel minare la capacità produttiva e la serenità di chi dovrebbe farsi carico dei vulnerabili, estende la vulnerabilità a tutti, moltiplica la quantità e la qualità del pericolo e rende impossibile la reazione. Dopo avere scritto queste cose tutto sommato scontate, constatavo che la consapevolezza della contraddizione era ben più estesa di quanto immaginassi. A

parte i pochi «esperti» che riuscivano a portarla sugli schermi televisivi, sempre più persone misuravano la sproporzione tra i danni anche ufficialmente circoscritti del problema e quelli invece universali della sua «medicina». Con il ritorno delle chiusure autunnali, grandi folle occupavano le piazze italiane per rivendicare il diritto di vivere del proprio lavoro e contribuire così al benessere, e perciò anche alla salute, della propria comunità. Non si trattava di posizioni eretiche o - qualunque cosa significhi - «negazioniste», se è vero che il 9 ottobre uno degli inviati speciali dell'OMS per l'emergenza Covid-19, **David Nabarro**, dichiarava [in un videocast](#) della rivista *Spectator* che

noi dell'OMS non invociamo i lockdown come mezzo principale per controllare questo virus.

L'unica situazione in cui riteniamo che un lockdown sia giustificato è quella in cui si deve guadagnare tempo per riorganizzarsi [...] ma, in generale, non lo raccomandiamo. [...] Guardate ciò che sta accadendo ai livelli di povertà. Entro il prossimo anno la povertà nel mondo potrebbe raddoppiare. [...] È una catastrofe globale terribile e spaventosa, quindi ci appelliamo con forza ai leader mondiali: smettete di utilizzare i lockdown come principale metodo di controllo. Sviluppate sistemi migliori per farlo. Lavorate assieme, imparate l'uno dall'altro, ma ricordate: i lockdown hanno una sola conseguenza, che non dovete assolutamente trascurare, che è quella di rendere le persone povere terribilmente più povere.

Lì il dott. Nabarro non citava nemmeno la malattia Covid-19, «[una malattia normale](#)» (così il dott. **Roberto Bernabei**, membro del CTS del Governo) che colpendo in modo grave quasi solo persone in età non più lavorativa non potrebbe neanche avvicinarsi all'obiettivo *monstre* di raddoppiare la povertà nel mondo. La «catastrofe globale terribile e spaventosa» era invece quella del suo presunto rimedio, [già annunciata in aprile](#) dal Programma alimentare mondiale dell'ONU, secondo il quale le centinaia di milioni di persone afflitte dalla fame sarebbero raddoppiate a causa dei «lockdown», e patita in modo esemplare anche da una nazione sviluppata come l'Argentina, [ridotta in miseria](#) dopo otto mesi di ininterrotta chiusura e ciò nondimeno... di ininterrotta crescita dei contagi.

Dei tanti modi in cui i «lockdown» erodono gratuitamente la salute di tutti, quello economico è solo il più evidente. Con la disoccupazione, i fallimenti, l'impoverimento e la precarietà non si deteriora solo il benessere fisico e psichico dei singoli, ma anche la ricchezza erariale di tutti e quindi la possibilità di godere di servizi pubblici anche sanitari, il cui «affanno» presente non potrà dunque che aggravarsi per la carenza di risorse fiscali da destinare a personale, macchinari, farmaci e strutture. A questa parte emersa del problema deve aggiungersi quella più profonda del disagio cagionato dall'incertezza del futuro, della paura delle sanzioni, della reclusione in casa (che, avverte lo stesso Bernabei, «[ammazza come il virus](#)»), dell'[isolamento](#) dei più fragili e del timore di sottoporsi a prestazioni sanitarie anche per malattie ben più letali come quelle oncologiche, i cui screening sarebbero già [calati di quasi un milione e mezzo di unità](#) nella prima metà dell'anno. Manca poi la parte più preoccupante perché di lungo effetto, quella a carico di bambini e ragazzi, che senza dover temere la nuova malattia ne trangugiano più di chiunque altro il preteso farmaco: con la segregazione, la separazione dai coetanei, la mancata attività fisica all'aperto, l'indebolimento delle figure genitoriali, lo scadimento dell'istruzione e l'abbandono scolastico, l'alienazione della didattica a distanza e la dipendenza informatica. Le ferite inflitte ai più giovani si cronicizzano e si trasmettono alle generazioni future. In [un'indagine condotta la scorsa primavera](#) dall'**ospedale pediatrico Gaslini** sono state riscontrate «problematiche comportamentali e sintomi di regressione» in circa 2 minori su 3, mentre la malattia che dovrebbe giustificare questa sofferenza ne ha sinora colpiti in modo sintomatico pochi su 1000.^[1]

Adottando qualsiasi definizione di salute, non c'è dubbio che il «lockdown» sia oggi in sé un agente patogeno di portata pandemica in grado di produrre un vasto spettro di sindromi e complicanze, anche fatali. Sarebbe perciò urgente condurre studi epidemiologici sul suo impatto nelle popolazioni coinvolte, come si è già fatto in passato trattando gli effetti dell'austerità fiscale. Nelle more di siffatte indagini, si possono utilizzare le esperienze e i dati disponibili per abbozzare un confronto tra il patogeno «lockdown» (*L*) e quello virale (*C*) di cui *L* vorrebbe essere l'antidoto.^[2] In quanto a morbosità, *C* produce sintomi in meno dell'1% della popolazione italiana^[3] e

dall'inizio dell'epidemia ne ha colpito in modo severo o critico lo 0,1%,[\[4\]](#) mentre *L* sta colpendo tutti (100%). In quanto a patogenicità e letalità, *C* può scatenare una malattia respiratoria da lieve (36,5% dei casi) a grave (5,8%)[\[5\]](#) e non provoca la morte nel 97,8% dei contagiati con meno di 80 anni (99,1% in quelli con meno di 70),[\[6\]](#) mentre ad oggi sono stati confermati 174 casi di deceduti (lo 0,02% dei contagiati o, proiettati sui decessi totali, lo 0,13%) che non avevano già in corso patologie croniche o gravi.[\[7\]](#) *L* può innescare uno o più stati patologici invalidanti collegati alla privazione materiale, sociale e affettiva, alla sedentarietà, allo stress, ai conflitti e al limitato accesso ai servizi socio-sanitari, la cui potenziale letalità è documentata, ma non ancora quantificata nel caso. Inoltre, *C* uccide individui di età media pari all'aspettativa di vita nazionale («fucila i vecchi», cit. Bernabei), mentre *L* minaccia la vita in ogni fascia anagrafica, avendo ad oggi fatto triplicare la mortalità tra [gli infartuati](#) e [i neonati](#) e promettendo domani di fare dei decessi per tumore «[la prossima pandemia](#)». Infine, in quanto a impatto sociale, *C* impone maggiori cautele verso le fasce sensibili (terza e quarta età, immunodepressi, malati cronici ecc.) specialmente nelle zone più a rischio e un potenziamento dei servizi sanitari dedicati, mentre *L* reclama la chiusura di scuole, università, teatri, parchi, impianti sportivi ed esercizi commerciali, la repressione di alcuni diritti costituzionalmente ordinati, solitudine, disagi in tutta popolazione e una recessione economica di molti punti percentuali.

Gli indicatori epidemiologici disponibili e approssimabili per ordine di grandezza suggeriscono che il rischio sanitario rappresentato da *L* supera nettamente quello di *C*, sia per la numerosità e severità delle patologie collegate, sia per l'universalità dei soggetti che le esprimono, singolarmente o in comorbidità. Per questi motivi, pur restando da verificare la maggiore letalità dei suoi singoli effetti, è plausibile se non proprio certo – stando ai riportati allarmi degli esperti sanitari e internazionali - che esso sia destinato a esprimere una mortalità globalmente molto più elevata. Va perciò accettata l'ipotesi che le sindromi da «lockdown» rappresentino l'evento patologico nuovo più importante, ancorché negletto, che minaccia oggi il benessere e la vita delle popolazioni del mondo. Che, in breve, la prima epidemia di cui occorre preoccuparsi sia quella diffusa dalla pratica dei «lockdown», tanto più incomprensibile non solo in quanto sembra piuttosto lontana dal mantenere gli effetti contenitivi che promette,[\[8\]](#) ma più ancora perché prodotta - questa volta per davvero, senza immaginare complotti - in laboratorio, disegnata ad arte dagli uomini, codificata minuziosamente nelle leggi e inflitta ai cittadini con la forza pubblica, affinché non si attivino gli anticorpi del lavoro, della socialità e della critica. Invece di fermarla, l'epidemia artificiale così allestita ha surclassato la sua antagonista naturale in ogni dimensione possibile e se ne è fatta scudo per aggiungere al danno contenibile e contenuto del virus l'incontenibile danno della propria furia, e infilare l'umanità in un circolo di distruzione che la natura, da sola, non avrebbe mai potuto realizzare.

1. Cfr. P. Poletti et al., [Probability of symptoms and critical disease after SARS-CoV-2 infection](#) e nota 2, fonte 2), pag. 21. Su un campione di 304 soggetti positivi tra 0 e 19 anni, il 18,09% ha riportato sintomi. I sintomatici cumulati nella fascia d'età sarebbero quindi $(18,09\% * \text{casi}) = (18,09\% * 102.419) = 18.528$, che rappresentano sulla popolazione 0-19 anni il $(18.528/10.720.000) = 1,73\%$. ___
2. I dati riportati nel seguito sono tratti dalle pagine web dell'Istituto Superiore di Sanità consultate in data 15 novembre 2020: 1) infografica [Dati della Sorveglianza integrata COVID-19 in Italia. Dati cumulativi](#); 2) report [Epidemia COVID-19. Aggiornamento nazionale 7 novembre 2020 –ore 11:00](#); 3) infografica [Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia. Dati al 11 novembre 2020](#). È bene ricordare che i numeri assoluti degli asintomatici sono certamente sottostimati (più difficilmente quelli dei sintomatici, soprattutto se gravi). ___
3. Cfr. nota 2, fonte 2), pag. 22. I contagiati sintomatici sono $(\text{pauci} + \text{lievi} + \text{severi} + \text{critici}) = 46.110 + 94.295 + 19.261 + 3.125 = 162.791$, su un campione analizzato di 384.531 contagiati (74,6% dei 515.522 casi confermati). La stima per proiezione risulta come $(\text{sintomatici}/74,6\%) / (\text{popolazione italiana}) = (218.246/60.360.000) = 0,36\%$. ___

4. Cfr. nota 3. L'incidenza dei casi severi e critici (19.261 + 3.125) sul campione ad oggi analizzato (384.531) è del 5,82%. La proiezione sui casi totali dall'inizio (1.070.524), pari a $(1.070.524 * 5,82\%) = 62.322$, ammonta al $(62.322 / 60.360.000) = 0,10\%$ della popolazione. ___
5. Cfr. nota 3. Lievi = (pauci + lievi) / (casi confermati) = $(46.110 + 94.295) / 384.531$. Gravi = (severi + critici) / (casi confermati) = $(19.261 + 3.125) / 384.531$. ___
6. Cfr. nota 2, fonte 2), pag. 21. La non letalità è (1 - letalità). ___
7. Cfr. nota 2, fonte 3), su un totale di 1.070.524 casi dall'inizio. Le cartelle cliniche sinora analizzate sono 5.234 (il 12,85%). La proiezione dei deceduti senza altre patologie ammonterebbe a $(174 / 12,85\%) = 1.354$ unità. ___
8. Il caso unico in Europa del governo svedese, che [ha scelto di non istituire «lockdown»](#), è stato spesso criticato in quanto non ha conseguito l'obiettivo auspicato da alcuni di rendere immune la popolazione. Il fatto che la Svezia si collochi ciò nondimeno [nella media europea per incidenza dei contagi](#) dovrebbe però bastare per mettere seriamente in discussione l'efficacia profilattica delle chiusure. All'opposto, la citata Argentina è il paese che ha praticato il «lockdown» più di tutti e più a lungo di tutti e, insieme, il [quarto al mondo per incidenza di decessi](#) e [settimo per incidenza di casi](#). Gli autori del [più ampio studio globale finora condotto](#) sul tema, pubblicato sulla rivista *Lancet* nell'agosto di quest'anno, hanno concluso che «le rapide chiusure dei confini, i lockdown totali e i test di massa non sono correlati al tasso di mortalità per Covid-19» (per altre ricerche sulla mancata correlazione tra chiusure e incidenza di morti e contagi, cfr. [qui](#) e [qui](#)). ___

Che fine ha fatto l'influenza stagionale? Sparita grazie ai vaccini? Improbabile...

Roberto Volpi | 19 Nov 2020 www.assis.it

Oggi, giorno in cui mi accingo a scrivere questo pezzo, è il 17 novembre, martedì 17 novembre. Vado sul sito Influenza, del Ministero della Salute, e non trovo ancora il primo Bollettino Epidemiologico dell'anno 2020 dell'influenza stagionale. Gli altri anni al 13 di novembre erano già usciti due numeri di questo Bollettino: il primo, relativo alla 44esima settimana, e il secondo, relativo alla 45esima settimana dell'anno. Quest'anno, al 17 novembre, è ancora silenzio.

Come molti certamente sapranno in Italia c'è una rete di medici sentinella (al suo culmine circa 1.300 medici) che settimanalmente inviano al Ministero della Salute/Istituto Superiore di Sanità la segnalazione dei nuovi casi di influenza distinti per fasce d'età. Sulla base di queste segnalazioni si calcolano settimana per settimana i tassi di incidenza, generali e per fascia d'età, e si monitora l'andamento dell'influenza stagionale.

Quest'anno, dicevo, al 17 novembre ancora non c'è traccia di attività su questo fronte. Che fine ha fatto la rete dei medici sentinella? Che fine ha fatto l'influenza stagionale?

C'è stato un gran can can, all'inizio. Prima è arrivata l'ipotesi di vaccino anti-influenzale obbligatorio per tutti. Pessima pensata, respinta al mittente. Poi si è passati a un'ipotesi più soft: vaccino anti-influenzale obbligatorio per tutte le persone di 65 e più anni d'età. E di nuovo, e fortunatamente, non se n'è fatto di niente, anche per l'azione di medici ed epidemiologi che hanno dimostrato l'inefficacia di misure di questo tipo. Ma frattanto la corsa al vaccino, stimolata da una cacofonia di messaggi, s'è gonfiata, il ricorso al vaccino anti-influenzale è schizzato del 200 per cento – sempre che le farmacie ne fossero rifornite, perché nel frattempo erano diventati introvabili o quasi.

La richiesta tanto propagandata dalle autorità sanitarie di vaccinarsi contro l'influenza stagionale era motivata anche dalla doppia necessità (a) di isolare dagli influenzati i positivi al coronavirus e conseguentemente (b) di valutare al meglio il procedere dell'epidemia da coronavirus. E fu così che per seguire l'epidemia da coronavirus abbiamo perso le tracce dell'influenza stagionale. Per la verità, ma senza alcun clamore, la stessa cosa era successa con l'influenza suina scoppiata in Italia nel settembre del 2009. Nella stagione epidemica 2009-2010 i virus influenzali stagionali precipitarono e mai influenza stagionale fu più blanda, pressoché

inesistente. E non ci fu bisogno di raccomandare un bel niente, nessun vaccino anti-influenzale. Anche perché nel frattempo il vaccino anti-suina prodotto in un paio di miliardi di dosi e acquistato a man bassa dai governi occidentali fu iniettato in una proporzione risibile di abitanti – in Italia circa un milione di dosi, una persona vaccinata ogni 60 persone – e in quella proporzione non produsse alcunché. Soldi buttati dalla finestra e reputazione dei vaccini scesa sotto il livello del mare.

Era successo che lo spazio biologico ambientale era stato occupato dal virus della suina, cosicché lo spazio per i normali virus influenzali si era corrispondentemente ridotto e l'influenza stagionale non esplose senza che ci fosse bisogno di alcuna dose di vaccino anti-influenzale in più.

Imparassimo, almeno, dall'esperienza. L'esperienza che ci dice che due diversi virus nello stesso momento e nella stessa popolazione non ci stanno (ci stanno due e più diversi virus influenzali stagionali, quelli sì, ma appartengono alla stessa famiglia), non sono capaci di circolare in pieno contemporaneamente, uno – quello che viene dopo, quello più debole – è destinato a una circolazione stentata.

E così l'influenza stagionale non è quest'anno ancora sbocciata, al punto che non viene fornito alcun dato da parte di chi ne ha sempre forniti. E ora tutti a dire che questo succede perché l'influenza non c'è grazie alle misure di profilassi contro il Covid-19 e i vaccini antinfluenzali. E quando fu della suina? A chi dobbiamo dire grazie per la sparizione dell'influenza stagionale di allora, visto che non ci fu niente di tutto questo?

Cortocircuito mainstream. Se il No Vax Covid è Crisanti...

di Francesco Santoianni l'AntiDiplomatico 20/11/20

Vaccino anti-Covid? «*Normalmente ci vogliono dai 5 agli 8 anni per produrre un vaccino. Per questo, senza dati a disposizione, io non farei il primo vaccino che dovesse arrivare a gennaio. Perché vorrei essere sicuro che questo vaccino sia stato opportunamente testato e che soddisfi tutti i criteri di sicurezza ed efficacia. Ne ho diritto come cittadino e non sono disposto ad accettare scorciatoie (...)* Io sono favorevolissimo ai vaccini ma questi di cui si parla sono stati sviluppati saltando la normale sequenza Fase 1, Fase 2 e Fase 3.». Sono le [parole](#) pronunciate, il 19 novembre ([qui il video](#)) da Andrea Crisanti, uno dei più ardenti fautori del lockdown e della fallimentare strategia governativa. Ma perché questa, sospetta, doccia gelata sugli entusiasmi per l'arrivo messianico di un vaccino che, secondo [Arcuri](#), sarà somministrato a gennaio (non si sa come, considerato che il Piano per distribuire un vaccino, che deve essere conservato a settantacinque gradi sotto zero, [ancora non c'è](#))? Non lo sappiamo. Per ora basti sapere che si tratta del primo vaccino al mondo a RNA: una tecnologia mai usata prima e che per la sua intrinseca pericolosità (potrebbe, in linea teorica, modificare il DNA umano) avrebbe richiesto ben più di qualche mese di sperimentazione. Ma su questo sarà il caso di ritornarci.

Paradogmi CptHook Nov 20, 2020 Tonguessy comedonchisciotte.org

L'affermazione di Imre Lakatos secondo cui "gli scienziati hanno la testa dura e non abbandonano una teoria solo perché dei fatti la contraddicono" ha una profondità che forse solo in questi tempi possiamo valutare appieno. Quando dei fatti contrastano le tesi che stanno sostenendo, ricorrono ad anomalie ovvero la classica eccezione che conferma la regola.[1] Il tutto con buona pace del falsificazionismo di Popper, mondo vellutato e fatato dove ogni scienziato appena incontra un problema corregge subito il tiro dimostrando così di fare vera scienza. Secondo Popper solo le interpretazioni dogmatiche impediscono di prendere atto della realtà dei fatti. Peccato che, secondo Thomas Kuhn, in ambito scientifico avvenga esattamente questo: la scienza si muove per paradigmi. Esiste cioè un corpo di assunti che fanno da contorno ad una scoperta scientifica e che regola la vita stessa degli scienziati e quindi della scienza stessa. Popper accusò Lakatos di avergli rovinato la sua meravigliosa creatura epistemologica, dimostrando così che se gli scienziati hanno la testa dura, i filosofi della scienza non sono da meno. Kuhn invece dovette in qualche modo tentare di fare retromarcia ma ormai il danno era fatto: la scienza paradigmatica era stata descritta ed era una osservazione difficile da smentire.

Torniamo ai tempi nostri. L'acceso dibattito Burioni-Tarro dovrebbe averci insegnato qualcosa: "Gli scienziati hanno la testa dura e non abbandonano una teoria solo perché i fatti la contraddicono." Burioni ha accumulato una serie di svarioni che prendono spunto dal suo paradigma personale ("La scienza non è democratica") che diversi articoli hanno messo in luce. [2]

E che dire di come venne liquidato il Nobel Luc Montagnier quando disse che anche secondo lui il virus non era poi così terribile? Il paradigma della pandemia prese il sopravvento e troncò la discussione in modo brusco. Quello che ho sentito e letto da più parti è che se uno scienziato ha ricevuto il Nobel non significa che abbia sempre ragione. Tesi indeterministica per eccellenza che smonta definitivamente il ruolo degli specialisti quando questi non agiscono e pensano in accordo con il paradigma imperante. Forse sarebbe più corretto a questo punto usare un neologismo: paradogma.

Parlando di scienza medica, un esempio tra tutti serve a dimostrare come si muovono gli specialisti quando seguono le indicazioni del paradogma del momento: la morte del Cardinale Richelieu, l'uomo più potente del '600, colui che disse: "Datemi 10 righe scritte dall'uomo più probo che conoscete e vi troverò dei validi motivi per impiccarlo" a testimoniare il proprio potere su chiunque. Ebbene il Cardinale non aveva, molto evidentemente, abbastanza agganci in alto loco dato che soffriva spesso di astenia. I medici di allora, applicando pedissequamente il paradogma dell'epoca, si diedero da fare con i salassi per guarirlo. Peccato che invece gli furono fatali. Se un probo veniva impiccato per motivi immaginari, cosa sarà mai successo per quegli spietati assassini che lo dissanguarono a morte? Beh, nulla. Basta aderire con scrupolo al paradogma e tutto si risolve da sé, il mondo scientifico e politico sarà sempre dalla tua parte. La stessa brutta morte venne organizzata per George Washington, a dimostrazione che i paradogmi non conoscono limiti geografici. Facciamo un salto di qualche secolo, e trasferiamoci ai tempi attuali. Ci sono due questioni rilevanti che balzano agli occhi: la prima è il paradogma in vigore e la seconda è quale sia il metodo scientifico relativo. Al Bar Sport sotto casa si discute animatamente su "trial and error" (provare finché non si raggiunge il risultato voluto) quale metodo scientifico universalmente riconosciuto, dimenticandosi di Lakatos, Kuhn e delle castronerie infinite che i vari Burioni portano a sostegno delle proprie tesi. Insomma parecchi errors, pochi trials, molta fiducia nel paradogma vaccinalpandemico.

Ma c'è un terzo aspetto molto più preoccupante dei precedenti che ci riguarda da vicino: mentre nel passato gli scontri scientifici avvenivano all'interno di arene frequentate dai pesi massimi del settore, oggi chi si deve allineare siamo noi. Siamo chiamati a rendere omaggio fattivamente al paradogma "la scienza non è democratica" e, quando questa decide qualcosa, noi siamo le cavie perfette non per verificare qualcosa (dopo la morte del verificazionismo si è sviluppata una pletora di semantiche su base statistica, vedi il concetto stesso di pandemia) ma per eseguire ciò che viene imposto, con buona pace delle conquiste sociali acquisite da tempo. Il paludato mondo accademico svela la sua faccia di Giano bifronte: effetti speciali e cetrioloni al popolo. Yes, We the People siamo quelli che paghiamo per mantenere in vita, tramite lo Stato, questo spettacolo da Sodoma e Gomorra. Una società verticistica, insomma, dove la base ha completamente perso ogni voce in capitolo in ossequio ai paradogmi creati nei luoghi dove i popoli non possono entrare, ridotti come sono a mera folla numerica ammaestrata grazie alle accumulate esperienze PNL-massmediatiche. Parafrasando Protagora: "L'uomo è la misura di tutte le cose" non indica oggi l'umanità, ma un uomo preciso, colui che sa indirizzare i media per manipolare l'inconscio collettivo e piegarlo ai propri fini. La società del consenso teleguidato è la nemesis della società di massa. O più facilmente la sua definitiva realizzazione.

Per capire meglio quanto sta accadendo all'interno dei rapporti sociali così organizzati ci viene in soccorso Fusaro, che mette in luce una serie di gerarchie comunicative che svelano il rapporto tra scienza e paradogma ai fini citati di separare definitivamente la verifica dai popoli, e smascherando finalmente in cosa consista l'attuale "metodo scientifico".[3] In un'intervista apparsa sul Corriere della Sera il 7 ottobre, Alberto Villani del CTS dichiara: "l'obbligo di indossare la mascherina è un richiamo, non importa se scientificamente ha senso oppure no, è un segnale di attenzione per noi stessi e per la comunità". La mascherina dunque come simbolo, segnale che siamo tutti sudditi di un nuovo potere.

Il Messaggero, 5 novembre, le parole dell'immunologa Antonella Viola: "Il coprifuoco non ha una ragione scientifica, ma serve a ricordarci che noi dobbiamo fare delle rinunce, che il superfluo va tagliato e che la nostra vita dovrà limitarsi all'essenziale". Il terzo esempio riguarda Davide Baruffi, sottosegretario alla presidenza della regione Emilia Romagna, che su Bologna Today il 22 aprile ha dichiarato: "abbiamo proibito l'attività fisica non perché sia la situazione più a rischio ma perché volevamo dare il senso di un regime molto stringente". Se pensavate che tutto questo sia solo il frutto della italica cialtroneria, ebbene vi sbagliate. La più autorevole rivista medica, The Lancet, è recentemente incappata in uno scandalo paragonabile a quello dell'IPCC di qualche tempo fa. Fiumi di peer-review e squadre di referee che controllano l'esattezza delle pubblicazioni non sono stati in grado di arginare la fake news del professor Mandeep Mehra della prestigiosa Harvard University, il quale affermava, in netto contrasto con tutta la letteratura scientifica, che l'idrossiclorochina in realtà aumentasse il rischio di morte per i pazienti Covid-19. Ci furono vigorose azioni di contrasto a questa psy-op che subirono l'attacco di troll del sistema: Squadroni della Morte e Ton Ton Macoute internetiani si sono subito mobilitati per denigrare come antiscientifiche le tesi esposte in questo come in altri video di critica al "metodo scientifico" adottato (video in inglese).[4]

Alla fine però decenni di verifiche sperimentali hanno in questo caso avuto la meglio: una lettera-denuncia firmata da oltre cento medici hanno costretto The Lancet a ritirare l'articolo. Penoso. Al punto che il responsabile editoriale del Lancet, Edward Horton, è stato costretto ad ammettere che tutta la questione è una "frode monumentale".[5] Paradogma, appunto. Quello che ne esce è una scienza che dopo avere combattuto la superstizione a colpi di verifiche si trova oggi a fare i conti con la propria creazione come propaggine della borghesia. La quale in epoca recente prima ha demolito il verificazionismo e messo il falsificazionismo al suo posto, e poi si è prodigata nel sostenere (via virtuale) la post-truth, la postverità che non chiede verifiche ma osservanza. Siamo quindi tornati indietro di secoli, e la scienza sta oggi riproponendo quella superstizione che si era vantata di combattere. Il motivo? Semplice, ieri serviva a combattere il feudalesimo e mettere sul carro del vincitore la borghesia, e oggi serve ad uno scopo analogo: creare i presupposti di una società di stampo neofeudale per mantenere la borghesia sul carro vincente. Ah, certo, la scienza è neutra. Come dubitarne? Quello che sta succedendo in ambito scientifico lo abbiamo già visto in ambito politico: l'allontanamento della classe politica dalle esigenze dei popoli non può che portare a disaffezione e alla rottura definitiva dei patti sociali. Con gli scienziati sarà la stessa cosa, a meno che non ci siano interventi risolutivi per ripristinare quella dignità che IPCC, Lancet, CTS e innumerevoli DPCM hanno ormai ridotto a patetiche controfingure di ciò che era ai tempi di Galileo.

"Mentre l'uomo pensa di essere determinato e motivato dalle proprie idee, egli, in realtà, è motivato da forze che agiscono alle sue spalle e delle quali non è consapevole...In una società di classe la coscienza dell'uomo è necessariamente una falsa coscienza, un'ideologia, che conferisce un'apparenza di razionalità alle sue azioni, quando, a causa delle contraddizioni di ogni società classista, le motivazioni reali non sono razionali"

E.Fromm "Il contributo di Marx alla conoscenza dell'uomo"

[1]<https://www.abc.net.au/radionational/programs/philosopherszone/from-budapest-the-story-of-imre-lakatos/3342222>

[2]<https://www.medicinapiccoledosi.it/burioni-blastato-travagoli/>

[3]<https://www.radioradio.it/2020/11/sentite-cosa-hanno-detto-questi-medici-sulle-misure-anti-covid-fusaro/>

[4]<https://www.bitchute.com/video/hIBuS20zptzX/>

[5]<https://dissidentvoice.org/2020/08/lancetgate-why-was-this-monumental-fraud-not-a-huge-scandal/>

Le falsità del covid di Leonardo Mazzei Sollevazione 20/11/20

Oggi voglio parlarvi di un fatto concreto, avvenuto in un ospedale della Toscana, raccontatomi da un'amica che ha perso il padre nei giorni scorsi. Spesso i fatti della vita di tutti i giorni ci dicono molto di più di mille discorsi su grafici e tabelle. Sappiamo tutti come i numeri del Covid siano inaffidabili. Inaffidabili quelli sui contagi, inattendibili quelli sul numero delle vittime. In tanti sappiamo pure che questa inaffidabilità non è casuale, bensì voluta. E sappiamo anche che tanti potenti interessi concorrono ad una sovrastima della reale portata

dell'epidemia. «*Dacci oggi il nostro panico quotidiano*» scrive Diego Fusaro commentando il comportamento dei media. E ieri i giornali hanno dato l'assurda notizia di un virus che in Italia sarebbe **più letale** che altrove. Ovviamente si tratta di una delle tante bufale messe in giro da questi messaggeri della paura controllati da chi col virus rafforza il proprio dominio. Questi giornalisti fingono di non sapere che il tasso di letalità – che altro non è che il rapporto tra morti attribuiti al Covid e numero ufficiale di positivi – dipende da tanti fattori che con la pericolosità del virus c'entrano come i cavoli a merenda. Il primo di questi fattori è il numero dei tamponi, il secondo è l'attendibilità dell'esame degli stessi, il terzo è la correttezza nell'attribuzione delle cause di morte. E si potrebbe continuare.

Ragionare su questi fattori comporterebbe però una certa fatica e, soprattutto, rallenterebbe la diffusione quotidiana h24 del solito allarme terroristico che tanto piace nei palazzi del potere. Quegli stessi palazzi dove risiedono i responsabili degli ultradecennali tagli alla sanità, fatti in nome dell'Europa, che sono la principale causa degli attuali problemi sanitari. Ma per una volta non voglio mettermi a discutere di tutto ciò. Preferisco invece riferirvi quanto mi è stato raccontato sulla vicenda accennata in premessa. A seguito delle sue peggiorate condizioni, un uomo, già sofferente da anni di diverse patologie, con seri problemi cardiaci, arriva in ospedale per un controllo, durante il quale ha un arresto cardiaco che lo porta alla morte. Ai familiari – che a tutto pensavano fuorché al Covid – viene fatto sapere che hanno due possibilità. Fargli fare il tampone *post mortem* ed aspettare l'esito prima di procedere alla sepoltura, oppure chiudere la cassa e fare il funerale in tempi brevi. Ovviamente, come avremmo fatto (quasi) tutti, i familiari hanno scelto la seconda opzione. Ma è qui che arriva la sorpresa: **senza tampone la morte viene comunque attribuita d'ufficio al Covid**. Avete capito il valore dei numeri che vi sparano in fronte tutti i giorni i Tg?

Ora, è sempre triste dover parlare di queste cose. E mi rattrista ancor di più doverlo fare per il padre di una persona cara, ma possiamo tacere di fronte ad una simile mostruosità? No, non possiamo, anche perché è difficile pensare ad un caso isolato, ad un errore o ad una semplice violazione delle norme. Probabile, molto più probabile, che questa procedura sia ammessa e tutelata, se non addirittura incoraggiata, dalle regole emergenziali decise dal governo. Venti giorni fa **Guido Bertolaso** ha rivelato la convenienza che hanno gli ospedali (2mila euro al giorno a paziente) nel gonfiare i numeri del Covid. Chi scrive non sa se nel caso narrato entri anche questo aspetto. Quel che è chiaro però è la volontà che viene dall'alto di alimentare una narrazione terroristica. Con la paura si governa facile e qualcuno fa pure tanti affari. In quale incubo ci vogliono ingabbiare? Domandarselo è doveroso. Iniziare a darsi delle risposte è possibile. Ma anche chi è ancora incerto, inizi almeno a riflettere. Il virus è un problema, l'uso che ne fa la cupola al potere lo è di più.

Al mercato globale dei potenziali vaccini contro il Covid-19 si può guadagnare milioni senza curare un malato di Riccardo Petrella - [pressenza.com](https://www.pressenza.com) - 20/11/2020

Gli otto miliardi di abitanti della Terra non si aspettano pragmatismo dalle classi dirigenti, ma audacia e giustizia

E' il caso del presidente della Pfizer. Da non credere, eppure, c'è riuscito. Il 9 novembre Albert Bourla dichiara al Washinton Post che il vaccino sviluppato congiuntamente dalla sua compagnia e dalla società tedesca BioNTech è risultato durante la fase 3 della sperimentazione **efficace** al 90% nel proteggere contro l'infezione. Si è trattato da parte sua di una mossa rischiosa in fase di sprint sul traguardo finale al brevetto, perché resta da dimostrare che il vaccino sia anche **sicuro** (senza alcun effetto collaterale significativo) e **durevole** (costantemente prodotto con i più alti standard di qualità). Di certo, l'annuncio è riuscito nell'intento voluto, e cioè ottenere una reazione positiva delle borse: nel giro di poche ore il valore delle azioni della Pfizer è aumentato di molti punti, spiazzando almeno provvisoriamente i più temibili concorrenti nella corsa al brevetto, quali l'americana Moderna e la britannico – svedese AstraZeneca-Oxford University. Lo stesso giorno dell'annuncio **il presidente della Pfizer vende il 62% (132.508) delle azioni** da lui **detenute della sua impresa a un prezzo medio di 41,94 dollari per azione, con un guadagno personale di 5,6 milioni di dollari!**

Il dato più saliente di questo fatto scandaloso non sta tanto nella vendita delle azioni di Pfizer da parte dello stesso presidente della compagnia. Si tratta di pratiche correnti nel campo della finanza speculativa. Addirittura, secondo certi osservatori, essa può essere stata motivata da una certa insicurezza e paura da parte dello stesso dirigente sulla capacità di tenuta dell'impresa nel campo specifico del vaccino anti Covid-19 di fronte alla forte concorrenza delle altre imprese. Di fatto, la concorrente Moderna ha informato il 18 novembre che il suo vaccino ha dimostrato di essere efficace al 94%. AstraZeneca ha messo in evidenza alcuni vantaggi importanti del suo vaccino rispetto a quello della Pfizer. Ignorati, per ragioni anche non motivate, dai poteri forti del Nord, i vaccini russo e cinese sono stati messi fuori gioco, per il momento.

A parte ciò, la questione fondamentale è come sia possibile che pur nel contesto della enormi sofferenze umane e sociali di centinaia di milioni di persone nel mondo provocate dalla pandemia ed alle conseguenze devastanti sul lavoro, sull'economia, sul vivere insieme, le nostre società restino passive e accettino come naturale il comportamento del presidente della Pfizer e delle altre imprese farmaceutiche interessate soprattutto ai loro profitti. Come mai, di fronte alla concorrenza spietata tra le multinazionali falsamente legittimata dall'imperativo della "sicurezza sanitaria nazionale", i poteri pubblici continuano a sostenere il mondo del business privato e della tecnocrazia conquistatrice a colpi di miliardi di euro, invece di utilizzarli per imporre una politica mondiale comune sulla salute, obiettivi, programmi ed azioni comuni nell'interesse di tutti? Perché i poteri pubblici continuano a far credere, a torto evidente, che le imprese multinazionali private sarebbero fonti di speranza e di salvezza per la salute della popolazione mondiale?

Tenuto conto anche dell'assoluta ed urgente necessità di arrestare il disastro ambientale e climatico e di ridare valore concreto ai diritti universali alla vita e della vita, i poteri pubblici debbono riprendere la piena responsabilità ed il controllo effettivo del divenire comune di tutti gli abitanti della Terra, delegato negli ultimi quarant'anni ai soggetti privati del commercio, dell'industria e della finanza. La salute è una questione di "res publica", collettiva. I poteri pubblici devono cessare di essere dei postulanti rispetto alle imprese multinazionali. Devono smettere di versare alle imprese miliardi di euro a sostegno dello sviluppo e della produzione dei vaccini e altri medicinali essenziali, per poi doverli nuovamente comprare a caro prezzo dalle imprese da loro abbondantemente finanziate via numerosi canali, non ultimo quello delle massicce riduzioni fiscali e dei numerosi incentivi fiscali!

Il dramma umano e sociale "collettivo" a livello mondiale messo in luce dal comportamento della Pfizer e company e dei poteri pubblici consiste nel fatto che nel contesto dell'attuale alleanza opportunistica tra governi e imprese multinazionali, c'è un forte consenso su un punto cruciale. Sull'inevitabilità di una politica della salute basata sull'ineguaglianza e l'ingiustizia, la dualità di accesso ai vaccini ed alla terapia anti Covid-19. Da un lato, la politica della salute per i paesi e i gruppi sociali ricchi: questi devono spendere le risorse pubbliche e private per garantire la loro sicurezza sanitaria pagando i prezzi "di mercato", cioè i prezzi imposti dalle imprese dominanti del Nord del mondo.

Dall'altro, la politica della salute per i paesi ed i gruppi sociali poveri: questi rimangono strutturalmente dipendenti dall'economia dei ricchi. A questa spetta, in uno spirito di aiuto e di carità, racimolare i fondi necessari (vedi il ruolo della GAVI e della CEPI) per assicurare l'accesso a prezzo abbordabile (sempre nell'interesse delle imprese) alle terapie con tempi più lunghi, ritardi e restrizioni territoriali rispetto al loro accesso ed uso nei paesi ricchi. Ai ricchi secondo quel che loro spetta e possono permettersi. Ai poveri secondo quel che loro resta ed i ricchi pensano di poter permettersi di dare. E' possibile sperare che la Sessione speciale dell'Assemblea Generale dell'ONU sulla pandemia Covid-19 squarcerà il cielo ed aprirà la vista a nuovi orizzonti, fra cui un patto globale per la salute governato come bene e servizio pubblico mondiale, libero da vincoli di appropriazione privata e dalle logiche puramente mercantili? Gli otto miliardi di abitanti della Terra non si aspettano pragmatismo dalle classi dirigenti, ma audacia e giustizia.

Neanche una quarantena di livello militare è in grado di fermare il coronavirus.

By Markus Nov 21, 2020 Jeffrey A. Tucker aier.org comedonchisciotte.org

Il *New England Journal of Medicine* ha pubblicato uno studio che va al cuore del problema dei lockdown. La domanda è sempre stata se, e fino a qual punto, un lockdown, per quanto estremo, sia in grado di contenere il virus. Se può farlo, si potrebbe dire che il lockdown, nonostante i suoi astronomici costi sociali ed economici, ottiene almeno qualcosa. Se non ci riesce, [allora significa che] le nazioni del mondo si sono imbarcate in un esperimento catastrofico, che ha avuto come unico risultato quello di rovinare miliardi di vite e ogni aspettativa di diritti umani e libertà.

[La prima versione di questo articolo non aveva riportato correttamente le condizioni del gruppo di controllo. Quest'ultimo era stato posto in quarantena insieme al gruppo che partecipava allo studio. La differenza fra i due gruppi concerneva la frequenza dei test e la gestione dell'isolamento. Questo non inficia le conclusioni di questo articolo; anzi le rafforza: anche applicando misure estreme il virus si diffonde, e lo fa ancora di più in presenza delle misure restrittive intese a contenerlo. Quasi tutti gli infetti erano asintomatici.]

AIER ha da tempo [evidenziato](#) studi che dimostrano come le quarantene non diano risultati nella gestione del virus. Già dal mese di aprile, un noto analista, [aveva riferito](#) che questo virus era diventato endemico già dopo 70 giorni dalla prima ondata di infezione, indipendentemente dalle misure adottate. Il più grande studio sul collegamento fra quarantene e decessi, [pubblicato](#) su *The Lancet*, non ha trovato alcun nesso fra misure coercitive e morti per milione da Covid-19. Continuare a fare esperimenti può sembrare superfluo, ma, per qualche ragione, i governi di tutto il mondo, inclusi gli Stati Uniti, credono ancora di poter gestire la trasmissione del virus attraverso un insieme di interventi non farmaceutici, come mascherine obbligatorie, distanziamento sociale, isolamento domestico, divieti di assembramento, chiusura di scuole e negozi e forti restrizioni sugli spostamenti. Nella storia dell'umanità nulla di tutto questo è mai stato verificato su scala così grande, quindi si potrebbe supporre che i governanti abbiano delle basi che diano loro la certezza della reale efficacia di queste misure. Uno studio condotto dalla Icahn School of Medicine del Mount Sinai Hospital, in cooperazione con il Naval Medical Research Center [Centro per la Ricerca Medica della Marina Ndt] ha condotto uno studio sul lockdown tramite il monitoraggio del contagio e dell'isolamento. Nel mese di maggio a 3,143 reclute dei Marines era stata data la possibilità di partecipare ad uno studio che prevedeva frequenti rilevazioni cliniche in regime di quarantena totale. Lo studio era stato chiamato CHARM, acronimo di COVID-19 Health Action Response for Marines [Provvedimenti sul Covid-19 per la salute dei Marines]. Tra tutte le reclute interpellate, 1.848, in totale, avevano accettato di fare da cavie in questo esperimento che comportava “test qPCR settimanali ed esami del sangue per valutare le immunoglobuline IgG.” Inoltre, i volontari che erano risultati positivi nel giorno di arruolamento (giorno 0) o al settimo giorno o al quattordicesimo giorno erano stati separati dai loro compagni di stanza e posti in isolamento. Cosa dovevano fare le reclute? Lo studio [illustra](#), come vedrete, un regime ancora più stringente di quello che viene applicato ai civili nella maggior parte delle situazioni. Tutte le reclute, anche quelle che non facevano parte del gruppo CHARM, dovevano comportarsi come segue.

Tutte le reclute indossavano costantemente mascherine di stoffa a doppio strato, sia al chiuso che all'aperto, eccetto quando dormivano o mangiavano, mantenevano un distanziamento sociale di almeno sei piedi [1,8 metri Ndt], non erano autorizzate a lasciare il campo di addestramento, non avevano accesso a dispositivi elettronici personali e ad altri oggetti che avrebbero potuto contribuire al contagio mediante contatto e si lavavano regolarmente le mani. Dormivano in stanze a due letti con lavandino, mangiavano in refettori condivisi e usavano bagni comuni. Tutte le reclute pulivano quotidianamente la propria stanza, disinfettavano i bagni dopo ogni utilizzo con salviette disinfettanti e mangiavano cibi preconfezionati in un refettorio che veniva pulito con candeggina dopo il pasto di ogni plotone. Molte lezioni ed esercizi erano svolti all'aperto. Tutti i movimenti delle reclute venivano supervisionati ed erano stati istituiti percorsi a senso unico, con ingressi ed uscite studiati per minimizzare i contatti interpersonali. Tutte le reclute, che partecipassero o meno allo studio, venivano visitate giornalmente per rilevare eventuali sintomi e verificare la temperatura corporea.

Sei istruttori erano stati assegnati ad ogni plotone e lavoravano in turni di 8 ore per far rispettare le misure di quarantena. Se una recluta segnalava un qualsiasi sintomo compatibile con il Covid-19, veniva visitata, sottoposta a test qPCR rapido per SARS-CoV-2 e posta in isolamento in attesa dei risultati. Anche gli istruttori non potevano lasciare il campo di addestramento, dovevano indossare le mascherine, mangiavano lo stesso cibo confezionato e venivano sottoposti a visite giornaliere di controllo per sintomi e temperatura. Gli istruttori assegnati ad un plotone in cui era stato diagnosticato un caso positivo, venivano sottoposti a test qPCR rapido per SARS-CoV-2 e, se il risultato era positivo, venivano sollevati dall'incarico. Alle reclute e agli istruttori era proibito interagire con il personale del campo, ad esempio con gli addetti alle pulizie e il personale di mensa. Dopo che ogni classe aveva completato la quarantena, veniva eseguita una accurata pulizia con candeggina di tutte le superfici nei bagni, nelle docce, nelle camere da letto, nei corridoi e i dormitori rimanevano vuoti per almeno 72 ore prima di essere rioccupati.

L'addestramento base dei Marine è noto per essere molto duro, ma qui siamo davvero ad un altro livello. Inoltre, questo è un ambiente dove chi comanda non scherza. Sicuramente c'è stata un'obbedienza vicina al 100%, molto superiore a quella che, per esempio, ci saremmo potuti aspettare in un tipico campus universitario. Quali erano stati i risultati? Il virus si era comunque diffuso, anche se il 90% dei positivi erano risultati privi di sintomi. Incredibilmente, il 2% delle reclute dello studio CHARM aveva contratto il virus e tutti, meno uno, erano rimasti asintomatici. *“Il nostro studio mostra che in un gruppo composto prevalentemente da giovani reclute di sesso maschile, approssimativamente il 2% era diventato positivo al SARS-CoV-2, come determinato dall'esame qPCR, durante una quarantena stretta di due settimane.”* Come si rapporta questo risultato con quello del gruppo di controllo che non veniva isolato in caso di positività? Guardate questa tabella tratta dallo studio:

Table 1. SARS-CoV-2 Positivity, Presence of Symptoms, and Infected Roommates.*

Variable	Day 0	Day 7	Day 14
	number/total number (percent)		
Study participants			
First positive qPCR result†	16/1847 (0.9)	24/1801 (1.3)	11/1760 (0.6)
Cumulative no. of recruits with positive qPCR results‡	16/1847 (0.9)	40/1848 (2.2)	51/1848 (2.8)
Cumulative no. of symptomatic recruits§	1/16 (6.3)	4/40 (10.0)	5/51 (9.8)
Nonparticipants¶			
Positive qPCR result	Not tested	Not tested	26/1554 (1.7)
All recruits, including study participants and nonparticipants			
Cumulative no. of recruits with positive qPCR results	16/1847 (0.9)	40/1848 (2.2)	77/3402 (2.3)
Cumulative no. of recruits with a positive roommate	0/16 (0.0)	4/40 (10.0)	24/77 (31.2)

Questo dimostra che i non partecipanti avevano contratto il virus un po' meno frequentemente di quelli sotto regime estremo. Al contrario, l'applicazione sistematica di interventi non farmaceutici, combinata ad esami frequenti e isolamento era associata ad un grado maggiore di infezione. Sono grato a [Don Wolt](#) per aver attirato la mia attenzione su questo studio, che, fino ad ora, ha ricevuto pochissima attenzione da parte dei media, nonostante sia stato pubblicato l'11 novembre dal *New England Journal of Medicine*. Ecco quattro titoli riguardanti lo studio che hanno completamente frainteso i risultati.

- [CNN](#): “Secondo uno studio, molti casi di Covid-19 nelle forze armate sono asintomatici”
- [SciTech Daily](#): “Trasmissione di Covid.19 da asintomatici svelata da uno studio su 2000 reclute dei Marine.”
- [ABC](#): “Un ampio studio sulle reclute dei Marine mostra i limiti del monitoraggio dei sintomi di COVID-19.”
- [US Navy](#): “Conclusioni dello studio della Marina/Corpo dei Marine su COVID-19 pubblicate sul *New England Journal of Medicine*.”

Che io sappia, nessun articolo a livello nazionale ha evidenziato la scoperta più importante di tutte: la quarantena estrema, combinata con esami frequenti ed isolamento, non ha fatto nulla per fermare la diffusione del virus fra le reclute. Lo studio è importante per via della struttura sociale presa in esame. Una cosa è non vedere risultati da lockdown nazionali. Ci sono innumerevoli variabili che possono essere citate come note cautelative: demografia, densità di popolazione, immunità preesistenti, grado di obbedienza, e così via. Ma in questo studio sui Marine abbiamo un gruppo praticamente omogeneo per età, stato di salute e densità abitativa. Eppure, anche qui viene confermato quello che molti altri studi avevano già dimostrato: i lockdown sono inutilmente distruttivi. Non gestiscono la malattia. Schiacciano la libertà e hanno costi sorprendenti, come i [5,53 milioni di anni di vita perduti](#) [negli USA] per la sola chiusura delle scuole. I fautori del lockdown continuano a dirci di dar retta alla scienza. E' ciò che stiamo facendo. Quando i risultati contraddicono la loro narrativa, costantemente favorevole ai lockdown, fingono che gli studi non esistano e si affrettano a continuare con i loro spaventosi piani volti a bloccare il funzionamento della società in presenza di un virus. Le quarantene non sono scienza. Non lo sono mai state. Sono un esperimento di gestione sociale/politica dall'alto verso il basso senza precedenti per costi umani e perdita di libertà.

Jeffrey A. Tucker Fonte: aier.org

Link: <https://www.aier.org/article/even-a-military-enforced-quarantine-cant-stop-the-virus-study-reveals/>

Portogallo, Corte d'Appello revoca una quarantena: “il test PCR non e' affidabile”

Redazione CDC Nov 21, 2020

Qualche giorno fa, la Corte d'appello di Lisbona, ha emesso un verdetto che potrebbe avere un effetto bomba anche in questo Paese. Il suo potere esplosivo sta nelle motivazioni del verdetto. *di Sabine Holzknacht, [Salto.bz](#)*
L'11 novembre 2020 la Corte d'appello di Lisbona in Portogallo ha dichiarato illegale la quarantena di quattro cittadini portoghesi. Di queste quattro persone, una era risultata positiva al Covid-19 con un test PCR e le altre tre erano state messe in quarantena come contatti ravvicinati. Il motivo per cui la sentenza della Corte d'appello di Lisbona è interessante anche per noi lo si evince dalla dichiarazione della sentenza. Nel documento di 34 pagine

https://tribunal-relacao.vlex.pt/vid/851822033?_ga=2.155956985.353358071.1605737091-350727261.1605737091) la Corte scrive: “Una diagnosi medica è un atto medico per il quale solo un medico è legalmente autorizzato e per il quale quel medico è l'unico e il solo responsabile. Nessun'altra persona o istituzione, comprese le agenzie governative o i tribunali, ha tale autorità. Non è responsabilità dell'autorità sanitaria regionale dichiarare una persona malata o pericolosa per la salute. Solo un medico può farlo. Nessuno può essere dichiarato malato o pericoloso per la salute per decreto o per legge, anche come conseguenza amministrativa automatica del risultato di un esame di laboratorio, qualunque sia la sua natura”.

Questa argomentazione da sola ha un sufficiente potere esplosivo – la procedura qui descritta è praticata anche in altri paesi europei, tra cui l'Italia e l'Alto Adige. Tuttavia, la Corte va oltre nelle sue osservazioni e si occupa in dettaglio dell'affidabilità dei test di laboratorio, o più precisamente dei test PCR. Nella motivazione della sua sentenza, il tribunale scrive: “Sulla base delle prove scientifiche attualmente disponibili, questo test [il test RT-PCR] non è di per sé in grado di stabilire al di là di ogni dubbio se la positività sia effettivamente equivalente all'infezione con il virus della SARS CoV-2, e questo per diversi motivi, due dei quali sono di primaria importanza: l'affidabilità della prova dipende dal numero di cicli utilizzati; l'affidabilità della prova dipende dalla carica virale presente”.

Con il numero di cicli utilizzati, al quale il tribunale si riferisce, si intende il cosiddetto valore Ct-. Nel test PCR, il materiale genetico viene moltiplicato – parliamo di doppi cicli – fino a quando non viene rilevato un segnale di grandezza – o meno. Il valore Ct indica quindi quanti cicli erano necessari prima che un test fosse efficace. Per una migliore comprensione: se una prima campionatura da un tampone nasofaringeo per il test PCR contiene 10 virus, il risultato è

dopo 30 cicli 10.737.418.240,

dopo 35 cicli 343.597.383.680

e dopo 40 cicli, 10.995.116.227.760.

Le indagini dell'Istituto Robert Koch (RKI) hanno mostrato che dopo 30 cicli (CT > 30) non si rileva alcun virus che possa essere replicato, ma il tribunale portoghese non fa riferimento all'RKI per giustificare la sua decisione:

“Il numero di cicli della suddetta amplificazione porta ad un'affidabilità più o meno elevata di queste prove. Il problema è che questa affidabilità è più che discutibile in relazione alle prove scientifiche”.

Per questo motivo il tribunale – come afferma espressamente – si avvale delle conoscenze di esperti in questo campo. E si riferisce, tra l'altro, ai risultati dello studio di Jaafar et al (<https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1491>), pubblicato sull'**Oxford Academic Journal** alla fine di settembre 2020 e realizzato da un gruppo che riunisce alcuni dei più grandi specialisti europei e mondiali del settore, ha detto la corte. La Corte scrive nella sua sentenza:

“Ciò che emerge da questi studi è semplice: la possibile affidabilità dei test di PCR eseguiti dipende fin dall'inizio dalla soglia dei cicli di amplificazione che contengono, per cui fino ad un limite di 25 cicli, l'affidabilità del test è di circa il 70%; se vengono eseguiti 30 cicli, il livello di affidabilità scende al 20%; se vengono eseguiti 35 cicli, il livello di affidabilità è del 3%”.

E :

“Ciò significa che se il test PCR è positivo ad una soglia di ciclo pari o superiore a 35 (come avviene nella maggior parte dei laboratori statunitensi ed europei), la probabilità di infezione è inferiore al 3%. La probabilità che una persona riceva un falso positivo è del 97% o superiore”.

La Corte riconosce che il valore di soglia per i cicli dei test PCR utilizzati in Portogallo non è noto. Probabilmente è altrettanto sconosciuto in Italia. Tuttavia, uno sguardo al sito web di Find (Foundation for Innovative New Diagnostics), un laboratorio di diagnostica internazionale con sede a Ginevra che lavora in collaborazione con l'OMS, chiarirà la situazione. Qui troverete la valutazione dei valori medi di TC e le soglie del ciclo di 22 preparati di PCR, che sono stati valutati presso gli Ospedali Universitari di Ginevra (HUG) (<https://www.finddx.org/covid-19/sarscov2-eval-molecular/?fbclid=IwAR3jhBlJb4oCEeJjZYPxWcUdwqlDupAtGn14bnhMEPPBZvZdLvl3xbiOxH>).

Il valore di soglia del ciclo per tutte le preparazioni è compreso tra 38 e 40, e alcune preparazioni non hanno alcun valore di soglia, vale a dire che qualsiasi segnale può essere considerato un segnale positivo. Secondo questa valutazione, il valore medio effettivo del CT è 35,33 – cioè esattamente nell'intervallo in cui la probabilità di un'infezione efficace è solo del 3% se il risultato del test è positivo. Questo può sembrare spaventoso, ma non è davvero sorprendente. Coincide con le dichiarazioni di diversi scienziati rinomati come **Mike Yeadon**, da 16 anni vice presidente e direttore della ricerca medica di Pfizer, il secondo colosso farmaceutico mondiale, o **Stefano Scoglio**, candidato al premio Nobel per la medicina 2018, che nelle ultime settimane e negli ultimi mesi hanno ripetutamente segnalato i problemi del test PCR e avvertito che la maggior parte dei risultati del test potrebbero essere sbagliati.

Com'è possibile? **Kary Mullis** potrebbe avere una spiegazione. Il biochimico americano ha inventato il test PCR e ha ricevuto il premio Nobel per questo test nel 1993. Morì di polmonite nel 2019. Ma in un video (<https://www.youtube.com/watch?v=LvNbvD0YI54>) registrato durante una tavola rotonda (il luogo e ora purtroppo sconosciuto) Mullis parla del test PCR:

“Con il PCR – se lo fai bene – puoi trovare quasi tutto in chiunque... Questo può essere visto come un insulto: affermare che abbia senso... Prendere una piccola quantità di qualsiasi cosa, renderla misurabile e poi presentarla come se fosse importante... Il test non ti dice se sei malato, o se ciò che è “trovato” ti potrebbe davvero far male.”

Quindi sarebbe corretto dire che il test PCR dà risultati corretti. Se invece è progettato in un certo modo (soglia del numero di cicli fino a 40 o più o nessuna soglia), allora darà risultati positivi anche con piccolissime

quantità di virus. Appare quindi errato concludere, in base a un'analisi di laboratorio condotta in maniera simile, che una persona sia malata, infetta o contagiosa.

Questa è anche l'opinione della Corte di Lisbona, che fa riferimento a uno studio di Surkova et al. ([https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30453-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30453-7/fulltext)) pubblicato su **The Lancet**, Respiratory Medicine alla fine di settembre 2020:

“Una delle ragioni possibili per presentare risultati positivi potrebbe essere il rilascio prolungato di RNA virale, che notoriamente si protrae per settimane dopo il recupero in individui precedentemente esposti alla SARS-CoV-2. Tuttavia è importante notare che nessun dato suggerisce che il rilevamento di bassi livelli di RNA virale mediante RT-PCR equivalga all'infettività a meno che la presenza di particelle di virus infettive non sia stata confermata con metodi basati su colture di laboratorio.”

Sarebbe quindi opportuno e necessario che il Servizio Sanitario dell'Alto Adige divulgasse il valore di soglia del ciclo dei test PCR utilizzati in Alto Adige, nonché i valori Ct dei risultati positivi dei test, in modo da poterli valutare. **La sentenza della Corte d'appello di Lisbona** dell'11 novembre diventerà probabilmente un precedente che altri tribunali europei seguiranno. In Sicilia è già stata avviata una class action in 9 città. Sarà davvero interessante nelle prossime settimane. Dopo tutto, il test PCR e i suoi risultati positivi sono la base di tutta la narrazione che stiamo vivendo. Se la credibilità del test PCR cade, cade l'intera politica relativa al coronavirus.

di Sabine Holzkecht, Salto.bz

Un esperto patologo sostiene che COVID-19 è “La più grande truffa mai perpetrata su un pubblico ignaro” By CptHook Nov 22, 2020 LifeSiteNews, 20 novembre 2020.

[Qui l'intervista al Dr. Hodkinson \(in inglese\)](#)

AGGIORNAMENTO, da LifeSite News, 20 novembre 2020 16:55 Est: Subito dopo aver pubblicato questo video su YouTube, YouTube lo ha cancellato e ha sospeso l'account di LifeSite per 1 settimana. Leggi [i dettagli QUI](#). (Nota di CptHook: Summit News, da cui avevamo originariamente ripreso l'articolo, aveva profeticamente scritto: *In caso youtube cancellasse il video, una copia su bitchute è disponibile [qui](#)*)

Di seguito LifeSiteNews presenta la trascrizione completa dei commenti del Dr. Roger Hodkinson, MA, MB, FRCPC, FCAP, CEO e direttore medico di [Western Medical Assessments](#). Il Dr. Hodkinson ha fatto questi commenti in una riunione pubblica in una città del Canada occidentale la scorsa settimana, definendo le maschere “del tutto inutili” e dicendo che il coronavirus “non è Ebola”.

“Grazie a tutti. Apprezzo molto l'opportunità di rivolgermi a voi su questo importante argomento. Vi parlerò in un linguaggio piano e schietto. È contro la narrazione attuale; vi prego quindi di non pensare subito che io sia un ciarlatano. Vi illustrerò brevemente le mie credenziali, in modo che possiate capire da dove vengo in termini di conoscenze di base in tutto questo. Sono un medico specialista in patologia che comprende la virologia. Ho studiato all'Università di Cambridge, in Gran Bretagna. Sono stato presidente della sezione di patologia dell'Associazione Medica. In precedenza sono stato assistente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e ho insegnato per molto tempo. Sono stato presidente della commissione d'esame del Royal College of Physicians of Canada e della Patologia del Canada a Ottawa, ma più che altro sono attualmente presidente di una società di biotecnologie in North Carolina che produce test per COVID-19.

Penso [testo incomprensibile] di poter affermare che conosco questa materia. Il punto è semplicemente questo: c'è un'isteria pubblica assolutamente infondata, guidata dai media e dai politici. È scandaloso. Questa è la più grande truffa mai perpetrata ai danni di un pubblico ignaro. Non c'è assolutamente nulla che si possa fare per contenere questo virus, a parte proteggere le persone più anziane e vulnerabili. Dovrebbe essere considerato come niente di più che una brutta influenza stagionale. Questo non è Ebola. Non è SARS. Sono i politici che giocano al dottore, ed è un gioco molto pericoloso. Non c'è bisogno di alcun tipo di azione se non quanto abbiamo fatto l'anno scorso, quando ci siamo sentiti poco bene. Siamo rimasti a casa, abbiamo preso la zuppa

di spaghetti di pollo, non siamo andati a trovare la nonna e abbiamo deciso quando saremmo tornati al lavoro. Non avevamo bisogno di nessuno che ce lo dicesse. Le mascherine sono del tutto inutili. Non vi è alcuna prova della loro efficacia. Le mascherine, di carta o di tessuto, sono semplicemente un segnale di virtuosità. La maggior parte delle volte non sono nemmeno indossate in modo efficace. È assolutamente ridicolo vedere queste persone sfortunate e ignoranti – non lo dico in senso dispregiativo – vedere queste persone che vanno in giro come dei lemming, che obbediscono senza alcuna conoscenza di base, che si mettono la mascherina sul viso. Anche il distanziamento sociale è inutile, perché il COVID è diffuso da aerosol che viaggiano per circa 30 metri prima di cadere al suolo. Le chiusure hanno avuto conseguenze terribili ed impreviste. Bisognerebbe riaprire ovunque da domani, come è stato affermato nella [Dichiarazione di Great Barrington](#) che ho fatto circolare prima di questo incontro. E una parola sui test: voglio sottolineare che io lavoro nel campo dei test per il COVID. Voglio sottolineare che i risultati positivi dei test non significano – sottolineo il non – un’infezione clinica. Si tratta semplicemente di isteria pubblica: tutti i test dovrebbero cessare, se non su chi si presenti all’ospedale con qualche problema respiratorio. Tutto ciò che si dovrebbe fare è proteggere i soggetti vulnerabili e somministrare giornalmente a tutti quelli che si trovano nelle case di cura che sotto il vostro controllo, da 3.000 a 5.000 unità internazionali di vitamina D, che ha dimostrato di ridurre radicalmente le probabilità di infezione. E vorrei ricordare a tutti voi che, secondo le statistiche della provincia, il rischio di morte sotto i 65 anni in questa provincia è uno su 300.000. Fatevene una ragione. La portata della risposta che state portando avanti senza alcuna prova valida è assolutamente ridicola, date le conseguenze degli interventi che state proponendo. Di tutti i tipi, dai suicidi alla chiusura di attività – funerali, matrimoni, ecc. È semplicemente oltraggioso! È solo un’altra brutta influenza e dovete accettare questa idea. Lasciate che la gente prenda le proprie decisioni. Dovete restare completamente fuori dal campo della medicina. State scendendo precipitosamente questa china seguendo le istruzioni del responsabile sanitario di questa provincia. Sono assolutamente indignato che si sia raggiunto questo livello. Dovrebbe finire tutto domani. Molte grazie a voi tutti.”

Le credenziali di Hodkinson sono fuori discussione, con il sito web di MedMalDoctors che conferma la sua credibilità. “Ha conseguito la laurea in medicina generale presso l’Università di Cambridge nel Regno Unito (M.A., M.B., B. Chir.) ed è stato un ricercatore del Corpus Christi College. Dopo la permanenza presso l’Università della British Columbia è diventato patologo generale certificato dal Royal College (FRCPC) e anche membro del College of American Pathologists (FCAP)”. “È in buoni rapporti con il College of Physicians and Surgeons of Alberta, ed è stato riconosciuto dalla corte del Queen’s Bench dell’Alberta come esperto in patologia”.

Traduzione dell’articolo originale su Summit News di Mer Curio per ComeDonChisciotte. Traduzione finale da LifeSiteNews di Arrigo de Angeli per ComeDonChisciotte.

Proposta di legge sulla vaccinazione obbligatoria in Danimarca ritirata dopo le proteste pubbliche By CptHook Nov 22, 2020

Avrebbe dato alle autorità il potere di far trattenere la polizia e di vaccinare quelli che si rifiutano.

Paul Joseph Watson – Summit News – 16 novembre 2020

In Danimarca una proposta di legge che avrebbe dato alle autorità il potere di vaccinare forzatamente le persone contro il coronavirus è stata ritirata dopo nove giorni di proteste pubbliche. La “legge sulle epidemia” avrebbe dato al governo



danese il potere di emanare misure di quarantena obbligatorie contro chiunque fosse stato infettato da una malattia pericolosa, ma è stata la parte sulle vaccinazioni a causare il più grande clamore. “L’Autorità sanitaria danese sarebbe in grado di definire i gruppi di persone che devono essere vaccinati per contenere ed eliminare una malattia pericolosa”, riferisce il Local. “Le persone che rifiutano quanto sopra possono – in alcune situazioni – essere obbligate, tramite detenzione fisica, con l’aiuto della polizia”. Tuttavia, dopo nove giorni consecutivi di proteste, la nuova proposta di legge è stata ritirata.

[Un video dalla Danimarca.](#) [Altro video.](#)

Con un vaccino contro il coronavirus in vista, i governi di tutto il mondo stanno considerando quali misure punitive adottare contro chi si rifiuta. La scorsa settimana abbiamo evidenziato come sia Ticketmaster che le compagnie aeree stiano considerando di vietare alle persone l’accesso ai locali pubblici e di volare, se non possono provare di essere vaccinate. Così, mentre le proteste pubbliche possono impedire alle autorità di effettuare vaccinazioni forzate, le persone che si rifiutano di farsi vaccinare possono trovarsi nell’impossibilità di godere di qualsiasi tipo di vita sociale, di utilizzare i mezzi pubblici o persino di trovare un lavoro.

<https://summit.news/2020/11/16/forced-vaccination-law-in-denmark-abandoned-after-public-protests/>

Scelto e tradotto da Arrigo de Angeli per ComeDonChisciotte.

Incolpare i cittadini, ovvero come la classe dirigente italiana vuole salvarsi il culo

di Matteo Masi 22/11/20 sinistrainrete.it (17/11/20 www.lafionda.org)

Le contraddizioni del sistema in cui viviamo sono sempre più visibili a causa della pandemia. Partendo dall’effetto che questa sta avendo sul sistema sanitario, e passando per l’inadeguatezza del trasporto pubblico, dell’edilizia scolastica e della generale mancanza di personale in tutto il settore pubblico che causa ritardi, inceppamenti, incomprensioni tra istituzioni, conflitti e, purtroppo, morti. La classe dirigente italiana (nella quale vanno annoverati politici, industriali, editori, intellettuali mainstream, sindacati confederali ecc...) non sa più come nascondere la polvere – il tappeto era già pieno di quella di 10 anni di crisi economico finanziaria – e quindi sta riscoprendo un nuovo/vecchio frame comunicativo per cercare di trovare un capro espiatorio e tentare ancora una volta di salvarsi il culo. Ho trovato molto interessante la disamina fatta da Thomas Fazi [in un articolo sulla “riproduzione economica delle élite”](#) in cui si esaminava come la classe dirigente costruisca frame comunicativi per tracciare il confine del dibattito pubblico. In questa fase è chiaro che il frame che sta venendo costruito è quello della colpevolizzazione del cittadino. Non è, chiaramente, un frame del tutto nuovo, d’altronde anche il vincolo esterno è stato imposto grazie al frame dell’italiano disonesto, corrotto, truffatore che non è in grado di governarsi da solo e al quale servirebbe la guida degli illuminati Europei. In questo momento è, però, particolarmente ignobile l’uso di questo strumento in quanto si incolpano i cittadini in una fase assolutamente disastrosa, nella quale le classi dirigenti dovrebbero assumersi la responsabilità di governare il paese, di programmare, di essere creativi e di avere una visione, insomma di fare politica. E invece niente, siamo al “è tutta colpa vostra”. Le classi dirigenti hanno due tipi di scopo immediato da portare avanti per “riprodursi”: nascondere i problemi immediati e giustificare alcune politiche economiche che fino a prima del covid venivano giudicate unanimemente come “impossibili”.

Cosa devono nascondere? Il fatto che è stato distrutto il sistema sanitario nazionale in anni di imposta austerità con conseguente cancellazione di posti letto e reparti di pronto soccorso; difficoltà dei medici di base che si sono ritrovati con sempre più pazienti; il fatto che è stato distrutto il sistema di trasporto pubblico; il fatto che è stata distrutta la scuola, senza più strutture adeguate, senza insegnanti, con programmi sempre più improntati alla “imprenditorialità”. E potremmo andare avanti... Insomma il fatto che in questi anni è stato distrutto lo Stato, che ora non è in grado di affrontare uno degli eventi per cui lo stesso Stato dovrebbe invece essere assolutamente pronto. E allora se arriviamo a una seconda ondata parlando ancora di emergenza, beh, è colpa vostra! È colpa vostra. Voi che quest’estate volevate solo un po’ di normalità, è colpa vostra, bambini, perché volete vedere gli amici a scuola, è colpa vostra perché vorreste passare le feste con i vostri cari.

Cosa devono giustificare? Un esempio concreto lo potete trovare in quello che Federico Fubini ha detto a “Quante Storie” su Rai 3 il 13 novembre. Secondo il vicedirettore del Corriere della Sera (noto per aver nascosto i dati sull’aumento della mortalità infantile in Grecia a causa dei tagli imposti dalla troika) gli italiani avrebbero sbagliato ad accettare il fenomeno del “low cost”, dei prezzi bassi, perché questo ha contribuito ad abbassare i salari, alla deindustrializzazione italiana e non permetterebbe la programmazione economica da parte dello Stato, perché questa implicherebbe un aumento dei costi di alcuni beni interessati. Capito? È colpa vostra, accidenti!! Chissà come mai, invece, a me pareva che la lotta all’aumento dei prezzi (chiamata anche inflazione) fosse l’obiettivo principale delle politiche degli ultimi... uhm, 30 anni, e in particolare uno dei capisaldi (tanto che è iscritto anche nel mandato della sua banca centrale) dell’Unione Europea. Chissà come mai a me pareva che il “low cost” fosse una conseguenza dell’abbassamento dei salari, delle delocalizzazioni garantite dalla libera circolazione di merci e capitali (altro caposaldo della UE) e dell’aumento della disoccupazione. È importante riconoscere e combattere questi frame, soprattutto è importante non lasciare che si insinuino e diventino senso comune. Non possiamo permettere ancora una volta alla nostra classe dirigente di non prendersi le proprie responsabilità sulle catastrofi che si stanno abbattendo e che si abatteranno in futuro sul nostro paese.

Clorochina salvavita: ecco gli studi. «Negazionista chi tace»

Valentina Bennati Nov 24, 2020 comedonchisciotte.org

La lotta al Covid-19 è anche una battaglia tra farmaci: remdesivir e idrossiclorochina. “Costoso forse inutile” il primo ed “economica forse utile” la seconda, definizioni date da “L’antidiplomatico” che ha riassunto [in un recente articolo](#) le vicende di questi ultimi mesi di dibattito scientifico. Ma le polemiche non si placano e anzi, proprio in questi giorni, la narrazione si arricchisce di nuove interessanti informazioni, come lo studio del professor Alessandro Capucci, cardiologo già primario a Piacenza e ex direttore della clinica di cardiologia di Ancona. Questo studio potrebbe essere particolarmente significativo proprio perché è stato condotto da un cardiologo che, con tanto di prove, sembrerebbe appunto essere riuscito a smontare l’asserita dannosità della clorochina per l’apparato cardiocircolatorio, oltre a dimostrare – dopo che già altri medici lo hanno fatto (il più noto tra tutti è il [dottor Luigi Cavanna](#)) – che la via delle terapie domiciliari è quella giusta: non solo per curare efficacemente e guarire i malati, ma anche per evitare sovraffollamenti negli ospedali. Ecco dunque l’intervista al professor Alessandro Capucci pubblicata da “La Nuova Bussola Quotidiana”, contiene diversi spunti di riflessione.

di Andrea Zambrano, [lanuovabq.it](#)

Un appello a tutti i presidenti di Regione affinché promuovano le terapie domiciliari utilizzando l’idrossiclorochina. È quello che diversi medici stanno lanciando in queste ore dopo essersi messi insieme e aver condiviso le loro rispettive cure con pazienti covid. Si torna a parlare di idrossiclorochina, il farmaco della discordia, il ritrovato “del passato” che è stato messo in quarantena dall’Aifa proprio quando il suo utilizzo stava decisamente decollando per debellare il covid. [Nonostante lo stop](#), molti i medici hanno continuato in questimesi con le ricerche e le cure. Anche **Alessandro Capucci**, cardiologo già primario a Piacenza e ex direttore della clinica di cardiologia di Ancona. Il suo appello si basa su uno studio condiviso con altri medici che nel riminese hanno curato 350 pazienti con idrossiclorochina (HCL). (Leggi [QUI](#) lo studio)

Con quali risultati, professore?

Su 350 pazienti trattati, 76 hanno ricevuto una combinazione di HCL e azitromicina (antibiotico), i restanti 274 hanno ricevuto solo l’idrossiclorochina. Ebbene, soltanto in 16 sono entrati in ospedale (poco più del 5%), non in terapia intensiva. Appena un 2,9% ha avuto complicazioni come disturbi gastrointestinali, ma nessuno – e dico nessuno – ha avuto problemi di sincope, aritmie o morte improvvisa.

E questo che cosa significa?

Che l'Aifa deve rivedere il suo giudizio sull'idrossiclorochina e permettere il suo reinserimento immediato nei protocolli di cura.

Ma c'è solo il suo studio.

No, c'è un utilizzo sempre più massiccio da parte di medici ospedalieri e di base. Inoltre c'è una coincidenza incredibile con il lavoro di un'altra collega che utilizza l'idrossiclorochina, la dottoressa Paola Varese dell'ospedale di Ovada, Alessandria.

Sì, è una delle artefici [del protocollo domiciliare della Regione Piemonte](#).

Esatto, e anche lei ha avuto la stessa percentuale di successi. È un dato importantissimo perché se c'è una sovrapposizione così stringente tra due ricerche significa che siamo sulla strada giusta.

In sostanza, che cosa dicono i vostri studi?

Che se tratti i pazienti a domicilio ai primi sintomi influenzali – ribadisco ai primi sintomi -, con idrossiclorochina, hai il 95% di guarigioni a domicilio. Questo sarebbe fondamentale in questo momento in cui stiamo occupando in modo indiscriminato gli ospedali con pazienti covid positivi a scapito di pazienti che hanno altre patologie e non possono essere trattati

Facciamo un passo indietro. L'uso dell'idrossiclorochina nella patologia da covid 19 è stato proibito...

Più che proibito, sconsigliato dall'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco) in accordo con l'OMS e l'EMA (Agenzia Europea dei Medicinali).

Sono agenzie autorevoli, però. Crede che si siano tutti sbagliati?

Per la verità [hanno poi ammesso](#) di essersi sbagliati. Ma bisogna capire che cosa è successo.

Cioè?

Mi spiego: l'Aifa ha tenuto in considerazione solo studi randomizzati pubblicati su prestigiose riviste come il *British Medical Journal* (BML) e *Lancet*, le quali sono abbastanza concordi nel dimostrare un'assenza di efficacia dell'idrossiclorochina nei pazienti covid. Gli studi come i nostri o quello pubblicato dalla dottoressa Varese, sono dei "Registri" e non sono studi randomizzati, quindi non vengono considerati come scienza.

A questo punto non c'è neanche partita.

Eh no, perché il problema invece è scientifico, di metodo e di risultati. In sostanza non è stato tenuto in considerazione il *timing* dell'utilizzo della cloroquina nei pazienti covid. Gli studi randomizzati sono stati effettuati solo su due tipi di popolazione: quelli ammalati che arrivavano già in ospedale e spesso erano in terapia intensiva, quindi in uno stadio avanzato della malattia oppure pazienti che ricevevano l'idrossiclorochina come profilassi, per non ammalarsi di covid.

E in questi casi non ci sono stati risultati ottimali?

Esatto, queste sono due tipologie di pazienti che non hanno avuto benefici sostanziali dall'uso. Ma si poteva capire facilmente.

Perché?

Perché l'idrossiclorochina non ha un effetto antivirale, ma quello che viene sfruttato è il suo effetto contro l'evoluzione della "cascata" infiammatoria, quella in cui l'organismo elabora una tempesta di citochine, che fa precipitare la situazione. Ecco: la cloroquina impedisce la tempesta di citochine, permettendo così al nostro sistema immunitario di combattere bene il covid.

Sta dicendo che l'uso dell'HCL è stato bocciato perché considerato in maniera sbagliata?

Esatto, per poter agire al meglio, l'idrossiclorochina deve essere somministrata subito alla comparsa dei primi sintomi, non in fase avanzata quando ormai la tempesta è in atto. Il virus infatti provoca un eccesso di difese dell'organismo che fa precipitare la situazione con la sindrome da coagulazione intravascolare disseminata.

E per questo serve l'eparina?

Esatto, che va assunta proprio per evitare questo secondo stadio della malattia, il più pericoloso. Ma la cloroquina agisce impedendo questo scatenarsi della "tempesta", aiutando il nostro organismo a organizzare le forze contro il virus.

Nelle osservazioni critiche non c'era anche un problema di contrindicazioni dovute a sovradosaggio del farmaco?

Sì, questo aspetto riguarda la cosiddetta *safety* (la sicurezza), non l'efficacia. Praticamente sono stati presi in considerazione studi che però partivano da una dose di cloroquina eccessiva, noi citiamo un lavoro recente che dimostra come i pazienti trattati in cronico con HCL, come quelli affetti da artrite reumatoide o nei casi di *lupus eritematoso sistemico*, non hanno effetti collaterali. Nei nostri registri, con i dosaggi giusti, non c'è alcun problema di sicurezza.

Ma scusi, oggi il medico può ancora prescrivere idrossiclorochina?

Certo, con una ricetta bianca, ma non con quella mutuabile se la diagnosi è covid.

Perché avete scelto la strada dell'appello politico?

Perché anche l'ultimo incontro informale che abbiamo avuto l'altra sera con l'Aifa (*presenti Capucci, la dottoressa Varese, il dottor Mangiagalli e il dottor Cavanna ndr.*) non è andato bene. Non c'è stata disponibilità all'ascolto. Abbiamo cercato di far capire che è molto difficile, se non impossibile, portare a compimento uno studio randomizzato in pazienti a domicilio nei primi giorni della malattia. In America e in molti altri stati non esiste la rete di medicina territoriale che abbiamo in Italia, ma qui fin dall'inizio abbiamo impedito ai medici di andare a casa, limitandoci solo a dirgli di fare *wait & see* (osservazione e attesa) tranne qualche medico "eroico".

E ora la rete dei medici si sta allargando?

Assolutamente sì, ci sono moltissimi gruppi di medici che stanno perorando la causa dell'idrossiclorochina perché hanno visto che funziona. Il problema sa qual è?

Quale?

Che il covid è una patologia poliedrica, in rapida evoluzione, bisogna applicare un'idea di *timing* scientifico che difficilmente si è disposti ad applicare. C'è un fattore decisivo di tempistica, in questo i mass media non ci aiutano a farlo comprendere.

Perché?

Perché ormai sappiamo tante cose del covid, a cominciare dal fatto che vive due tipi di stadi.

Stadi?

Sì. Il primo è quello dei classici sintomi influenzali, ma se non lo si prende in tempo o il nostro organismo non riesce a far fronte a causa della tempesta sopraggiunta, si passa al secondo stadio. È un passaggio molto rapido.

Stanno uscendo protocolli che si limitano a parlare di paracetamolo per il primo stadio.

Questa è una follia, me lo lasci dire. Il paracetamolo falsifica la lettura dell'evoluzione della malattia.

Si spieghi.

La febbre è una difesa dell'organismo quando viene attaccato da un agente infettivo. Il paracetamolo abbassa la febbre e i sintomi nel primo stadio, ma può favorire la diffusione del virus all'interno dell'organismo: stai meglio, ma intanto la patologia va avanti. Il paracetamolo ti riduce la capacità di capire l'evoluzione della malattia.

Eppure, in Lombardia con l'Istituto Sacco è consigliato solo quello?

Ho visto che è il protocollo proposto dal professor Massimo Galli, che poi proibisce in questa fase l'idrossiclorochina, gli antibiotici e il cortisone. Lo ritengo errato. Certi virologi mi sembrano loro i veri negazionisti. Negano che esistano delle cure e che le terapie devono essere somministrate subito.

Forse c'è un problema di diagnosi?

Sicuramente. Ci siamo affidati troppo al tampone, che spesso è fallace, ma il tampone non può fare diagnosi, non esiste in nessuna parte nella Medicina che un tampone costituisca diagnosi. Bisogna tornare a fare diagnosi partendo dai sintomi e dall'osservazione del paziente. Abbandonare l'aspetto clinico è stato decisivo per cacciarci nella situazione attuale.

FONTE: https://lanuovabq.it/it/cloroquina-salvavita-ecco-gli-studi-negazionista-chi-tace?fbclid=IwAR2_qJQnk_YdvU3Pgh-6Rq3gFdqC79MBMSZGVmIBwrJn6Uin1IP4THEEL4U

Le mascherine non fermano la diffusione di COVID-19, i risultati dello studio peer-reviewed

By CptHook

Dic 3, 2020

24 novembre 2020 (LifeSiteNews)

Lo studio di controllo randomizzato danese è stato il primo al mondo a testare l'efficacia delle mascherine per evitare che chi le indossa contragga il coronavirus

Un importante studio pubblicato la settimana scorsa dalla rivista "[Annals of Internal Medicine](#)" non ha rilevato alcuna differenza statisticamente significativa nei casi COVID-19 tra chi indossa la mascherina e chi non la indossa. Lo studio danese è stato il primo al mondo a testare l'efficacia delle mascherine nell'evitare che chi le indossa contragga il coronavirus. L'1,8% di coloro cui è stato chiesto di indossare le mascherine è risultato contagiato dal virus, secondo il test anticorpale, la reazione a catena della polimerasi (PCR) o la diagnosi ospedaliera; nel gruppo di controllo è risultato positivo il 2,1%. Per completare la sperimentazione 4.862 danesi hanno trascorso "più di 3 ore al giorno fuori casa" ogni giorno per un mese. Gli autori dello studio hanno giudicato la discrepanza dello 0,3% "**non statisticamente significativa**". Il ricercatore capo dello studio, Thomas Lars Benfield, si è rammaricato per il rifiuto dello studio da parte del Lancet, del New England Journal of Medicine e della rivista JAMA dell'American Medical Association perché, secondo il quotidiano danese Berlingske, i risultati non erano politicamente corretti. Alla domanda su quando sarebbe stato pubblicato lo studio, pronto per la pubblicazione da un mese, Benfield ha risposto: "Non appena un giornale si dimostra abbastanza coraggioso." La dottoressa Christine Laine è la caporedattrice di Annals of Internal Medicine. Ha scelto di prendere in considerazione lo studio perché è stato "l'unico studio di controllo randomizzato sulle mascherine per l'infezione da SARS-CoV-2 fatto finora" e ha risposto alla domanda specifica "se le mascherine proteggano o meno chi le indossa in aree con bassi tassi di infezione e alti livelli di distanziamento fisico". Dopo la pubblicazione dello studio, la Pennsylvania ha imposto nuove restrizioni per il COVID-19, che [comprendono l'obbligo di indossare le mascherine in casa](#) in presenza di estranei alla famiglia, anche dove possibile mantenere il distanziamento fisico.

Joe Biden è a favore di un obbligo nazionale, esortando tutti gli americani a indossare le mascherine all'aperto. "Sapete, ogni persona di rilievo in campo sanitario, sta dicendo: Possiamo salvare 100.000 vite umane da qui al 21 gennaio indossando queste mascherine", ha detto Biden durante un discorso a Wilmington, Delaware. Mentre lo studio danese è il primo nel suo genere, continuano ad aumentare le prove contro l'imposizione delle mascherine. [L'editoriale del New England Journal of Medicine](#), sul tema dell'uso delle mascherine contro il COVID-19 valuta la questione come segue:

Sappiamo che indossare una mascherina al di fuori delle strutture sanitarie offre poca, se non nessuna, protezione dalle infezioni. Le autorità sanitarie pubbliche definiscono un'esposizione significativa a Covid-19 come un contatto ravvicinato entro un metro e mezzo con un paziente Covid-19 sintomatico, che duri almeno alcuni minuti (e alcuni dicono più di 10 minuti o addirittura 20 minuti). La possibilità di essere contagiati dal Covid-19 per un'interazione temporanea in uno spazio pubblico è quindi minima. In molti casi, il desiderio di un uso diffuso è una reazione riflessa all'ansia per la pandemia.

Anche una rapida revisione [dell'Istituto norvegese di sanità pubblica](#) ha rilevato una non significanza statistica nel suo modello quando ha deciso cosa consigliare al governo norvegese sulla fronteggiare il COVID-19: *Data l'attuale bassa diffusione del COVID-19, anche supponendo che le mascherine siano efficaci, la differenza nei tassi di infezione tra indossare o non indossare le mascherine sarebbe minima. Supponendo che il 20% delle persone infette da SARS-CoV-2 non abbia sintomi, e ipotizzando una riduzione del rischio del 40% grazie all'uso di mascherine, nell'attuale situazione epidemiologica, per prevenire una sola nuova infezione alla settimana dovrebbero essere indossate da 200.000 persone.*

Poi, naturalmente, c'è l'argomento più comune: che il virus della SARS Cov-2 ha un diametro compreso tra 0,06 e 0,14 micron, **mentre i pori delle migliori mascherine chirurgiche non possono filtrare particelle di diametro inferiore a 0,3 micron**. Come ha dichiarato dal Dr. Scott Jensen, Senatore dello Stato del Minnesota

e professore di medicina, [in una recente intervista](#), indossare una mascherina è “come mettere un reticolato e aspettarsi che tenga fuori i moscerini”.

Link: <https://www.lifesitenews.com/news/masks-dont-stop-covid-19-spread-peer-reviewed-study-finds>.

Traduzione di Mer Curio per ComeDonChisciotte.

Speranza e i misteri del vaccino Pfizer. Almeno queste 2 domande possiamo ancora farle

di Francesco Santoianni* l'AntiDiplomatico 24/11/20

Intanto un paio di domande.

Attualmente i presunti vaccini anti-covid, in fase, più o meno avanzata, di sperimentazione sono almeno 17. L'Italia, attraverso “[patti segreti](#)”, ne ha opzionato alcuni ma, secondo le [dichiarazioni](#) del ministro Speranza, saranno solo della Pfizer/Biontech le prime dosi del vaccino che, dalla seconda metà di gennaio, saranno somministrate a personale sanitario e iper-anziani. Chi lo ha deciso? Di certo non l'Aifa (che [non ha ancora approvato alcunché](#)). E come mai tra i tanti presunti vaccini si comincia con quello della Pfizer/Biontech che, come è noto, deve essere conservato a 75 gradi sotto zero? Non sarebbe stato più logico cominciare con vaccini (una volta approvati) come, poniamo, Moderna o Sputnik che avrebbero potuto usufruire della attuale “catena del freddo” (8 gradi sotto zero) che serve le farmacie e le strutture sanitarie?

Nessun media se lo domanda. Così come nessuno si direbbe domandarsi che speranze può avere [Domenico Arcuri](#) al quale è stato affidato il compito di permettere, entro gennaio, l'effettuazione delle prime vaccinazioni (1,7 milioni di dosi); operazione che, come [documentato qui](#), si prospetta come l'ennesimo fallimento dell'emergenza Covid in Italia. Ma che importa? Anche questo fallimento sarà seppellito con la retorica dell'“Italia migliore al mondo nella gestione della pandemia” e con la crociata contro coloro che, nutrendo seri dubbi sulla sicurezza di un vaccino realizzato stravolgendo tutte le norme finora previste, magari rifiuteranno di vaccinarsi. “Ma il vaccino non sarà obbligatorio” rispondono mellifluamente autorità ed “esperti”. Certo, non sarà obbligatorio a gennaio, ma già si prospetta la “[spinta gentile](#)” e cioè un certificato vaccinale senza il quale non si entra nei cinema, negli stadi, nelle scuole, nei mezzi pubblici, nelle palestre... e magari neanche nel luogo di lavoro. Sì, ma serve a qualcosa questo vaccino? Al di là della pubblicità della Pfizer (che comunica che i dati grezzi della sperimentazione saranno resi noti solo [tra 24 mesi](#)) [non si sa nulla di preciso](#) sulla efficacia di questo vaccino. Neanche [quanto tempo durerà l'immunità](#) al virus Sars-Cov-2.

Immunità che, con decine di milioni di contagiati in Italia, già a marzo, probabilmente, sarebbe stata ottenuta permettendo a questo virus di circolare garantendo nel frattempo la protezione delle categorie a rischio (iper-anziani e immunodepressi). Più o meno quello che viene fatto in Svezia, paese dove oggi i morti di Covid sono pochissimi, come in praticamente tutta l'Europa del Nord, Canada, Australia, Asia e Africa. Ma guai a parlarne. Che fra poco, se passa questa sciagurata proposta di legge che, tra l'altro, istituisce il [reato di “istigazione alla rinuncia o al rifiuto dei trattamenti sanitari”](#), finiamo tutti in galera.

*Articolo già pubblicato sul sito [Comitato Covid19 Basta Paura](#).

Mascherina, tenerla sempre può procurare seri danni. Soprattutto l'obbligo all'aperto va ridiscusso perché non scientificamente fondato

Valentina Bennati 25/11/20

Le mascherine sono entrate a forza nel nostro vivere quotidiano e, al di là dell'obbligo, la maggior parte della gente è davvero convinta che siano la salvezza, tanto che incontriamo ogni giorno persone che camminano a passo sostenuto, vanno in bicicletta e corrono con il volto coperto per metà. Potremmo limitarci a sorridere amaramente, come quando vediamo soggetti soli in auto che guidano ‘mascherati’, ma ci pare doveroso fornire informazioni corrette. Quelle che sembrano essere negate anche da chi avrebbe il dovere di fornirle. Basta accendere la Tv. Se ci fate caso gli inviati in esterna dei Tg e delle varie trasmissioni parlano indossando

rigorosamente la mascherina, anche se intorno non hanno nessuno (salvo poi toglierla solitamente al momento della pubblicità, [come il commissario Arcuri](#) in collegamento con Fabio Fazio a 'Che Tempo Che Fa'). Perché? Perché il messaggio che deve passare è quello che "le regole devono essere rispettate". Lo chiedono i direttori e gli editori (che a loro volta ricevono indicazioni in tal senso da qualcun altro), come candidamente ha ammesso di recente [il conduttore di una televisione regionale toscana](#) all'inizio di una trasmissione di approfondimento sul covid-19. Purtroppo l'assenza di un dibattito scientifico libero e trasparente sul tema ha portato a vivere le mascherine in modo unilaterale, si crede che siano solo "un piccolo fastidio per ottenere grandi benefici individuali e collettivi", si pensa di fare "un atto di generosità responsabile". Al contrario, invece, potrebbe rivelarsi un gesto rischioso perché, allo stato delle migliori conoscenze, in alcuni contesti e soprattutto all'aperto, questi dispositivi non sono necessari e possono essere anche pericolosi. Gli studi che lo dimostrano ci sono ed è bene che se ne parli di più.

Ringrazio il Dottor Alberto Donzelli per aver accettato di fare questa intervista e per l'impegno profuso in questi mesi per cercare di fornire un'informazione obiettiva e completa sull'argomento insieme ad altri (pochi) medici di indubbia professionalità ed etica. L'articolo è lungo, ma ho voluto cogliere l'occasione della disponibilità di una persona esperta e attendibile per approfondire bene la questione. Donzelli è medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva e Scienza dell'Alimentazione e da 41 anni è impegnato a tempo pieno nella Sanità pubblica, come Ufficiale Sanitario, Responsabile del Servizio Igiene di una USSL, Direttore Sanitario, Direttore Generale e Direttore Dipartimento Servizi Sanitari di base. È il Direttore editoriale delle ['Pillole di buona pratica clinica per medici'](#) e delle ['Pillole di educazione sanitaria per cittadini-assistiti'](#) e autore di centinaia di pubblicazioni di carattere scientifico e di divulgazione scientifica. Per anni è stato membro del Consiglio Superiore di Sanità.

Dottor Donzelli ormai le mascherine sono divenute obbligatorie ovunque negli spazi confinati e anche all'aperto. Ma se c'è un obbligo, dovrebbero anche esserci delle prove scientifiche riguardo l'efficacia e la non dannosità. Quali sono queste prove? Sono sufficienti e tali da legittimare un obbligo di legge?

"Ho dedicato alla sanità pubblica tutta la mia vita professionale e continuo a farlo da pensionato. Ho sempre saputo che una misura di sanità pubblica, per essere resa universale e obbligatoria, dovrebbe rispettare almeno tre condizioni: che ci siano prove forti dei suoi benefici, che i benefici attesi sovrastino eventuali danni o inconvenienti e, in mancanza di queste due condizioni ma sotto la pressione di un'emergenza sanitaria (com'è oggi), che ci siano almeno ragionamenti logici a supporto degli effetti netti di questa misura. Queste tre condizioni, nel caso delle mascherine all'aperto, mancano nella maniera più assoluta. Va premesso che le ricerche scientifiche con validità più alta sono quelle randomizzate controllate. Ci sono poche ricerche con questo disegno sulle mascherine a livello di comunità (cioè non in contesti sanitari o lavorativi, ma comunque soprattutto "al chiuso") e le quattro grandi revisioni che le hanno combinate hanno concluso tutte che non ci sono prove adeguate di un'efficacia delle mascherine.

C'è poi una ricerca randomizzata molto importante prevalentemente all'aperto sui pellegrini a La Mecca in condizioni di alto assembramento su quasi 8.000 partecipanti. È stata pubblicata sulla rivista *'Plos One'* ed è di alta validità; inoltre, da sola, ha numeri superiori ai partecipanti di tutti gli altri studi randomizzati messi insieme. Ne avevo pubblicato un'anticipazione l'11 maggio sul repository della [Rivista Epidemiologia e Prevenzione](#). A ciascuno nel gruppo di intervento i ricercatori hanno consegnato 50 mascherine chirurgiche fornendo istruzioni scritte più addestramento all'uso e chiedendo di indossarle il più possibile. Al gruppo di controllo non hanno dato mascherine né istruzioni, ma chi voleva poteva indossare maschere di stoffa portate da casa. L'ipotesi degli autori era che valesse la pena di far indossare le mascherine se si fosse avuta una riduzione almeno del 50% delle infezioni respiratorie. Invece il risultato è stato opposto alle attese dei ricercatori: c'è stata una tendenza all'aumento delle infezioni respiratorie nel gruppo che ha portato le mascherine.

Ancora più informativo è stato un confronto ulteriore. Nel gruppo d'intervento un grande sottogruppo di pellegrini ha indossato le maschere per tutti i quattro i giorni di osservazione (benché in genere solo per poche ore). Nel gruppo di controllo un ampio sottogruppo non ha indossato le proprie maschere nemmeno una volta.

Confrontando questi due sottogruppi, il divario è stato ancora maggiore: un 30% di infezioni cliniche in più in chi ha indossato maschere, come miglior stima puntuale. L'intervallo di confidenza è stato da 1,0 a 1,8: ciò significa che, nella migliore delle ipotesi, le mascherine non hanno dato alcun beneficio netto; nella peggiore hanno aumentato le infezioni respiratorie dell'80%".

Quali sono i potenziali danni e rischi connessi ad un uso prolungato di questi dispositivi in comunità e all'aperto?

"Non farò qui riferimento ai pur non trascurabili costi finanziari di produzione, organizzativi di distribuzione o ambientali (secondo un rapporto ISPRA 2020, solo di mascherine 135 mila tonnellate di rifiuti/anno da incenerire o smaltire, comunque inquinanti). Volendosi soffermare solo sui costi sanitari, l'OMS enumera 11 danni/svantaggi potenziali dell'uso di maschere da parte del pubblico generale:

1. possibile rischio aumentato di auto-contaminazione per manipolazione della maschera e successivo contatto degli occhi (la maschera fa entrare l'aria espirata negli occhi: ciò genera una sensazione spiacevole e un impulso a toccarli)
2. possibile auto-contaminazione se non si cambiano maschere umide o sporche, con condizioni favorevoli per la moltiplicazione di microrganismi
3. possibili cefalee e/o difficoltà di respirazione, in base al tipo di maschere usate
4. possibili lesioni cutanee facciali, dermatiti irritative o peggioramento dell'acne, quando usate di frequente e per ore
5. difficoltà nel comunicare chiaramente (e le persone possono inconsciamente avvicinarsi)
6. possibile malessere
7. scarsa aderenza, in particolare da parte di bambini piccoli
8. problemi di gestione dei rifiuti, con aumento di rifiuti in luoghi pubblici, contaminazione per i netturbini e rischi ambientali
9. difficoltà di comunicazione per soggetti sordi che si affidano alla lettura labiale
10. difficoltà di indossarle, soprattutto da parte di bambini, persone con malattie mentali o problemi cognitivi, con asma o problemi respiratori cronici, traumi facciali, e chi vive in ambienti caldi e umidi
11. falso senso di sicurezza, con potenziale minor adesione ad altre misure preventive critiche, come il distanziamento fisico e l'igiene delle mani (ci sono prove da ingegnosi RCT dell'importanza di questo effetto, noto come 'effetto licenza' o 'risk compensation', anche se in pratica può essere controbilanciato da un effetto che va in direzione opposta: quello dell' 'aderente-più-attento-alla-salute').

Purtroppo però l'OMS non considera ancora altri importanti effetti avversi. Il più grave si può comprendere meglio se si riflette sul modello teorico immunologico del Covid-19 che riporta una descrizione chiara e convincente dell'infezione e dei meccanismi collegati alla sua progressione.

Finora si è dato poco peso a quanto accade *dopo* che una trasmissione è avvenuta, quando l'immunità innata svolge un ruolo cruciale. Lo scopo principale della risposta immunitaria innata è prevenire subito la diffusione e il movimento di agenti patogeni estranei in tutto il corpo. L'efficacia dell'immunità innata dipende molto dalla carica virale. Purtroppo le maschere facciali creano un ambiente umido in cui il virus può restare attivo per il vapore acqueo fornito di continuo dalla respirazione e catturato dal tessuto della maschera provocando un aumento della carica virale e potendo anche causare sconfitta dell'immunità innata e aumento di infezioni. Inoltre la resistenza all'espirazione causata dalla maschera rischia di aumentare la re-inalazione dei propri virus, in un circolo vizioso che aumenta la carica cumulativa che può raggiungere gli alveoli, dove le difese dell'immunità innata sono carenti. Lì il virus può moltiplicarsi molto e quando, a una decina di giorni dall'infezione, arrivano gli anticorpi delle difese adattative, trovando quantità elevatissime di virus scatenano una forte reazione con violenta risposta infiammatoria e le pesanti conseguenze descritte nei casi di COVID-19 a evoluzione grave".

Anche un test di laboratorio ha evidenziato il fatto che le mascherine si inumidiscono quando noi espiriamo favorendo un terreno di coltura per batteri, virus e funghi che si moltiplicano nell'ambiente

caldo e umido. Ne ha parlato [la rivista svizzero-tedesca “Blick”](#) del 17 settembre 2020. Non bastano le istruzioni per un uso corretto a difendersi?

“Le istruzioni di cambiare spesso la mascherina, eliminandola quando inumidita, riducono il problema evidenziato, ma non lo eliminano e ne creano altri: ambientali se si tratta di mascherine da avviare all’incenerimento, per non parlare dei costi di produzione, distribuzione ecc... E comunque non eliminano il problema potenzialmente più serio: la re-inalazione continua dei propri germi, invece di eliminarne una parte, con immediata enorme diluizione nell’ambiente, per 15-20 volte al minuto, con ogni espirazione, come 3 milioni di anni di evoluzione ci hanno selezionato per fare”.

Dunque, considerati tutti gli effetti avversi appena elencati, possiamo affermare che sono possibili danni sanitari per chi indossa le mascherine. È corretto?

“Indubbiamente sì. Oltre ai rischi certi, multipli e sottovalutati di tipo dermatologico (anche con l’uso prolungato di mascherine mediche) riconosciuti dall’OMS, fino a lesioni che costituiscono altre porte d’ingresso di patogeni, il pericolo della re-inalazione dei propri virus è il più grave.

Infatti in soggetti infetti inconsapevoli, in cui l’emissione di virus sembra massima nei due giorni precedenti i sintomi (che potrebbero anche non comparire affatto), la mascherina rischia di far spingere in profondità negli alveoli una carica virale elevata che poteva essere sconfitta dalle difese innate se avesse impattato solo sulle vie respiratorie superiori ben fornite di anticorpi già pronti. Un rischio assolutamente sproporzionato rispetto a quello di un contatto occasionale in strada/fuori casa con altri che all’aperto, in base alle attuali conoscenze, non ha possibilità riconosciute né logiche di causare infezione.”

Vorrei parlare di bambini, soprattutto dei più piccoli. In seguito all’ultimo DPCM si sta discutendo molto sull’obbligo della mascherina per i bambini oltre i sei anni, per l’intera permanenza a scuola, anche quando è mantenuta la distanza interpersonale stabilita. Qual è il suo parere in merito? Cosa può succedere a bambini dopo svariate ore con la mascherina, rischiano più degli adulti? Su quali basi scientifiche si è potuto emettere un provvedimento così restrittivo per la delicata popolazione pediatrica? Ci sono riferimenti medico-scientifici che sostengano questa posizione?

“Questo provvedimento si discosta dalle aggiornate raccomandazioni OMS-UNICEF che indicano l’uso di mascherine anche per i bambini sopra i cinque anni quando non si possa garantire il distanziamento fisico di almeno un metro e c’è una trasmissione diffusa. Sembra che al momento ci sia consapevolezza insufficiente di un aspetto: l’uso delle mascherine non determina ‘un piccolo disagio per ottenere grandi benefici individuali e collettivi per la comunità’, ma costituisce un compromesso tra i possibili danni e i benefici dell’uso del dispositivo, da implementare solo quando questi ultimi prevalgono chiaramente sui primi.

Aggiungo anche che il rapporto educativo e pedagogico è notevolmente limitato dalla copertura del viso: occorre considerare infatti che oltre al 90% di tutta la comunicazione umana è non verbale e che gran parte di essa passa proprio attraverso il volto. Alterarla attraverso il blocco delle espressioni e delle micro-espressioni facciali può avere implicazioni immediate e a lungo termine nello sviluppo delle relazioni sicure e nella crescita psicoaffettiva dei bambini con serie conseguenze sul piano psicologico e sociale.

Come ‘*Fondazione Allineare Sanità e Salute*’, insieme a tante altre associazioni, abbiamo firmato [il documento sul tema del Gruppo di Lavoro Scuola Bene Comune](#) chiedendo di ripristinare le precedenti disposizioni senza obbligo di mascherina per i bambini seduti al banco e di evitare l’uso di mascherina durante l’attività motoria, pur con la raccomandazione di mantenere il distanziamento fisico”.

[La dott.ssa Griesz-Brisson](#), neurologa e neurofisiologa, che pratica in Germania e ha uno studio di neurologia a Londra, sostiene che le mascherine possono produrre danni cerebrali irreversibili per la continua carenza di ossigeno. È così?

“È una ipotesi su cui preferisco non esprimermi, perché non ho competenze specifiche adeguate”.

La privazione di ossigeno prolungata nel tempo può danneggiare il cuore o i polmoni? Questo dimostrerebbero le conclusioni di uno [studio tedesco](#) condotto presso il Dipartimento di Cardiologia, Università di Leipzig, che illustrano il marcato impatto negativo delle mascherine sulla capacità

cardiopulmonare, con compromissione delle attività fisiche più impegnative e lavorative. Tra l'altro i soggetti sottoposti allo studio sono persone giovani in ottima forma fisica; persone anziane o affette da patologie cardiache o respiratorie potrebbero dunque risentire ancora di più degli effetti negativi indotti dall'uso prolungato delle maschere?

“Si tratta di una ricerca randomizzata controllata in crossover che dunque rientra tra i disegni di ricerca ad alta validità. Gli autori, ovvero cardiologi e specialisti di altre discipline, sostengono che quanto osservato in adulti sani avrebbe potuto creare problemi in soggetti con broncopneumopatia ostruttiva e sintomi più gravi in pazienti con scompenso cardiaco con peggior capacità di compensazione da parte del cuore. Il rilievo sembra fondato”.

Considerato quanto finora esposto non si rischia, dunque, mentre si pretende di proteggersi da un virus, di avere in futuro un aumento di altri tipi di malattie?

“Non è inverosimile. Il punto principale, tuttavia, è che anche nei confronti delle infezioni respiratorie l'effetto netto medio, a livello di comunità, sembra sfavorevole per un uso di maschere all'aperto e, comunque, per usi protratti oltre al necessario. Molti faticano a recepire questo messaggio perché la protezione meccanica delle maschere dall'emissione di goccioline che possono veicolare questo coronavirus e tanti altri germi è intuitiva e comunque ben dimostrata. Tuttavia questo punto di osservazione andrebbe integrato con altri meno intuitivi, a partire dal fatto che le goccioline e l'aerosol non emesso ad ogni atto respiratorio (15-20 al minuto!) resta all'interno della mascherina e viene in parte re-inalato nelle vie respiratorie di chi è portatore di questi germi, con le conseguenze illustrate in precedenza.

Qualcuno dice che si tratta di ipotesi? Che le prove per non obbligare all'uso di mascherine in ambienti esterni non sono ancora definitive? È vero, ma quelle per obbligare lo sono ancora meno, e di molto, dato che un grande ricerca randomizzata controllata pragmatica che dimostra che non c'è effetto medio benefico ma tendenza al danno c'è, l'opposto no! E comunque un principio cui non si dovrebbe derogare è che a chi emette una raccomandazione, o addirittura l'obbligo di una misura universale e intrusiva, spetta l'onere di esibire le prove di sicurezza (*primum non nocere!*), oltre che di efficacia, e di stabilire un chiaro beneficio netto complessivo per la comunità, *PRIMA* di obbligare ad adottare la misura”.

La ringrazio di aver ben chiarito la non opportunità dell'obbligo mascherine all'aperto. Ma se estendiamo il ragionamento anche agli ambienti interni, interferendo la mascherina con le attività biologiche e fisiologiche più naturali, a partire dalla respirazione, e potendo causare i dannosi effetti collaterali esposti fino a questo momento, secondo lei è il caso di obbligare tutti a utilizzarla al chiuso o sarebbe necessaria una valutazione medica pregressa per determinare se ogni soggetto sia compatibile con l'utilizzo della stessa? Esistono ad esempio condizioni patologiche che possano far sconsigliare l'uso della mascherina?

“Certo, ci sono soggetti con problemi respiratori, cardiaci, dermatologici, oltre che neurologici o psichici, o semplicemente bambini piccoli, per cui il rischio potrebbe superare i benefici attesi anche in condizioni per cui un uso per altri è più raccomandabile, ovvero al chiuso, in ambienti con molte presenze.

Ma il punto è, anzitutto, di evitare obblighi all'aperto, in cui nella maggior parte delle situazioni (salvo eccezioni da esemplificare) i rischi superano i benefici attesi”.

Se sappiamo di avere una malattia che potrebbe rendere dannoso o letale l'uso della mascherina possiamo magari non metterla, se in possesso di un certificato medico. Ma se non sappiamo di avere quella patologia? Una persona può essere asintomatica ma portatore di malattia, non vale solo per la Covid, non sarebbe la prima volta che qualcuno muore improvvisamente per una malformazione congenita che non sapeva di avere. Anche per questo motivo non sarebbe il caso di applicare il principio di precauzione ed evitare obblighi massivi di indossare un dispositivo medico che ostacola la normale respirazione?

“Ci sono circostanze in cui una forte raccomandazione è del tutto ragionevole. L'importante è non obbligare a tenerle molto a lungo”.

Ci può dire quali sono queste circostanze?

“Prove definitive di benefici non ce ne sono, ma ragionevoli aspettative di benefici superiori/molto superiori ai rischi sì. Si parla comunque di ambienti chiusi, poco ventilati, con presenza di tante persone, in cui indossare la mascherina è coerente con il principio di precauzione, cercando però di restarvi poco, e dunque di non doverla tenere a lungo. Per chi fosse tenuto a farlo per motivi di lavoro, si dovrebbero prevedere pause per respirare senza maschere all’aria aperta. E ai bambini seduti al banco di scuola non andrebbe imposta”.

Le decisioni per fronteggiare l’epidemia, mascherine incluse, sono state prese sulla base delle indicazioni di un Comitato Tecnico Scientifico di nominati scelti dal Governo. Lo scorso marzo la Società Italiana di Virologia ha denunciato che nel CTS, però, non siede nemmeno un virologo. Le risulta? Chi sono allora queste persone che stanno decidendo su questioni che riguardano la salute di tutta la popolazione? Che qualifiche hanno?

“La cosa più grave non è la presenza o meno di un virologo, e neppure il fatto che alcuni membri del CTS abbiano importanti relazioni finanziarie con produttori di tecnologie sanitarie, ma che la politica non stia garantendo un contesto antidogmatico, favorevole a un dibattito scientifico libero, trasparente ed esente da conflitti d’interessi, in cui anche posizioni al momento di minoranza, ma che fanno riferimento al metodo scientifico, possano esprimersi senza censure o intimidazioni. Solo così è possibile una effettiva evoluzione delle conoscenze scientifiche e l’aggiornamento o il superamento di paradigmi che non risultassero più funzionali. La scienza non dovrebbe proclamare dogmi, ma ammettere i propri limiti, accettare la complessità, sapersi mettere in discussione e dialogare con la società civile. Confutare, con l’onere della prova, ‘verità’ date per scontate non è un atteggiamento antiscientifico, al contrario! Per quanto riguarda la politica, le misure di sanità pubblica, ancor più se vincolanti, andrebbero sempre precedute da ricerche valide indipendenti che stabiliscano un equilibrato bilancio netto tra benefici attesi e possibili danni”.

Se ci sono nel mondo scientifico voci autorevoli, come la Sua, che possono dimostrare che non ci sono prove forti a favore di un beneficio derivante dalle mascherine all’aperto ma, al contrario, che allo stato delle conoscenze possono essere maggiori i danni, perché queste voci non sono prese nella dovuta considerazione? Al di là che siano posizioni al momento considerate di minoranza, non sarà che le mascherine servono a far continuare l’emergenza?

“Mi astengo dal formulare processi alle intenzioni, ma non rinuncio certo a chiedere di poter partecipare a un dibattito scientifico in idonee sedi, anche istituzionali. Ritengo importante la proposta di [Silvio Funtowicz](#) e [Jerry Ravetz](#) che hanno introdotto nel dibattito [epistemologico](#) il concetto di ‘scienza post-normale’ per designare un nuovo modello di scienza da affiancare alla scienza normale e da impiegare quando «i fatti sono incerti, i valori in discussione, gli interessi elevati e le decisioni urgenti». La proposta consiste in un allargamento dei soggetti autorizzati a partecipare alla raccolta di informazioni rilevanti e alla revisione dei documenti e delle teorie scientifiche ([peer review](#)). Tali soggetti, infatti, non dovrebbero essere solo gli esperti appartenenti alla comunità scientifica riconosciuti in una data materia, ma – come minimo – anche gli scienziati portatori di prospettive al momento considerate come minoritarie”.

P.S. Mentre l’intervista del dottor Donzelli era in uscita gli ‘Annals of Internal Medicine’ hanno pubblicato (il 20 novembre) la grande ricerca danese di alta validità DANMASK-19. Questa ricerca ha randomizzato 6.000 danesi a un gruppo maschere, con consegna di 50 mascherine chirurgiche e richiesta di indossarle per un mese quando fuori casa tra altre persone, e a un gruppo di controllo cui non si chiedeva di farlo. I risultati avrebbero favorito il gruppo maschere, sia pure in modo non significativo. Di conseguenza è stato opportuno rimandare la pubblicazione dell’articolo e ricontattare il Dottor Donzelli per un chiarimento:

Dottor Donzelli questa grande ricerca danese appena uscita cambia le Sue conclusioni?

“Direi proprio di no, anche se complica la comunicazione del nostro messaggio, dato che molti, a partire da direttori editoriali ed editorialista sugli ‘Annals’, stanno già utilizzando DANMASK-19 per dire che le mascherine andrebbero indossate da tutti. In realtà, a guardar bene, emerge semmai il contrario.

Non solo per la banale osservazione che il “beneficio” delle maschere non è risultato significativo nell’insieme, né in alcun sottogruppo, come gli autori ammettono. Ma per molti altri motivi che sto scrivendo in un Comment; ne anticipo due:

1) la ricerca, che non si è svolta soprattutto all’aperto, da un lato non ha rilevato una tendenza significativa alla diminuzione delle infezioni da Sars-CoV-2 nel gruppo mascherine “in comunità” (42 verso 53 infezioni rispettivamente nei gruppi maschere e no-maschere, che – tenuto conto della lieve differenza di denominatori, significa 1,8% verso 2,1%; OR 0,82, con Intervalli di Confidenza [IC] al 95%, entro cui nel 95% dei casi si situa il valore vero, da 0,54 a 1,23. Dunque un risultato compatibile sia con una protezione sia con un aumento di rischio). Ma dall’altro lato, i familiari di chi le ha indossate nel mese di osservazione hanno mostrato una tendenza non significativa all’aumento di infezioni da Sars-CoV-2 (52 verso 39, cioè 2,2% verso 1,6%; rischio relativo 1,38, con IC 95% da 0,9 a 2,1). Se si sommano le infezioni da Sars-CoV-2 di chi ha indossato maschere con quelle dei rispettivi familiari, abbiamo:

- nel gruppo maschere con rispettivi familiari $(42+52)/2.392=3,9\%$
- nel gruppo senza maschere con familiari $(53+39)/2.470=3,7\%$.

Come si può constatare, e come sto scrivendo alla rivista, a livello di comunità non sembra che le mascherine siano state un buon affare, neppure sotto lo stretto profilo del limitare le infezioni da Sars-CoV-2.

2) nella ricerca danese il 40% del gruppo con maschere nel mese in cui le ha indossate ha ridotto la propria attività fisica e nessuno l’ha aumentata. Pensiamo all’Italia: nel 2018 un Rapporto ISS (il 18/9, con firma del molto coerente Prof. Ricciardi, che lo presiedeva) ha quantificato in 88.200 i morti annui da insufficiente livello di attività fisica della popolazione. Non mi sembra il caso di far sì che il 40% della popolazione riduca ancor più l’attività fisica in associazione alle maschere; per non parlare del lockdown, in cui un campione di convenienza basato sui contapassi dei cellulari ha documentato una riduzione quasi del 50% del n. di passi giornalieri effettuati”.

E dunque?

“Dunque confermo la mia precedente conclusione su quanto al momento le prove suggeriscono:

- niente maschere di regola all’aperto (salvo eccezioni come ad es. allo stadio, o vicini a persone che parlano a voce alta, gridano, cantano; o quando si conversa a un metro o meno per 15’ o più)
- niente ad alunni seduti ai banchi di scuola, con circa un metro di distanza tra le bocche
- niente a domicilio (salvo che in presenza di un positivo alla PCR-RT quando non è in una stanza da solo e interagisce con i familiari).
- In altri ambienti al chiuso, in presenza di altre persone, soprattutto in spazi affollati e poco aerati, una forte raccomandazione di indossarle è ragionevole. L’importante è restarci lo stretto necessario, e non essere obbligati a tenerle molto a lungo.

Devo comunque chiarire bene che non chiedo a nessuno di violare le regole: finché in vigore devono essere rispettate, e io per primo lo faccio. Mi impegno, però, per far cambiare quelle che ritengo sbagliate. L’invito a tutti è di approfondire criticamente il tema, consultando le prove disponibili con mente aperta e chiedendo l’apertura di un dibattito scientifico ampio e senza preclusioni. È necessario poter discutere in modo equilibrato delle politiche sanitarie pubbliche, arrivando a modificarle se e quando chiedono sacrifici in assenza di valido fondamento”.

Sulla "non democraticità della scienza" e il ruolo della politica

di Antonio Di Siena* l’AntiDiplomatico 26/11/20

L’assunto “la scienza non è democratica” è tornato prepotentemente di moda e, complici le paure legate alla pandemia, è diventato un leitmotiv sempre più difficilmente contestabile, pena il passare per un negazionista antiscientifico. Secondo questo principio l’opinione degli “esperti” – una volta validato il procedimento scientifico – deve prevalere, senza se e senza ma, su quella di chiunque altro non abbia le medesime

competenze. Il problema però è che un'affermazione di questo tipo ha una portata tale – reca con sé implicazioni talmente grandi per ogni ambito della società – che non ci si può limitare a prenderla per buona senza comprendere a fondo di cosa esattamente stiamo parlando. Sostenere che la scienza non è democratica significa, infatti, sancire non soltanto un principio attinente alla scienza e al suo metodo. Ma anche alla democrazia. Perché se è certamente vero che l'esistenza della forza di gravità non si decide per alzata di mano è altrettanto vero che la democrazia non si riduce all'esercizio di alzare la mano per votare.

La non democraticità della scienza, quindi, ci obbliga a chiarire cosa esattamente s'intenda per democrazia. Secondo una definizione elementare, la democrazia, altro non sarebbe che la messa a sistema del principio della maggioranza. Un metodo di assunzione delle decisioni collettive basato su libertà d'espressione e principio dell'uno vale uno. Si discute su un dato argomento, ognuno dice liberamente la sua, e infine si vota. La maggioranza vince. Ebbene se l'esercizio della democrazia fosse circoscritto soltanto a questo, con tutta evidenza, il principio di non democraticità scientifica sarebbe certamente vero. E lo sarebbe in ogni caso. Ma la democrazia non è riducibile esclusivamente a questo; l'atto del votare, cioè, non esaurisce la democrazia. Nel corso della sua millenaria storia, infatti, il concetto di democrazia si è allargato sempre più, inglobando e facendo propri una pluralità di diritti che abbracciano tutte le sfere della vita, individuale e collettiva. Principi fondamentali, diritti politici, diritti civili, diritti sociali, sono stati (e continuano ad essere) i tratti distintivi delle moderne democrazie di cui lo Stato sociale è il più fulgido esempio. Un'estensione che ha dato forma alla distinzione fra uguaglianza formale e uguaglianza sostanziale fra i cittadini, connotando la democrazia come un articolato impianto di valori e diritti “universali” racchiusi nelle Carte costituzionali. Un sistema complesso, quindi, che riesce ad andare oltre il semplice meccanismo maggioritario mettendosi al riparo da pericolose derive plebiscitarie. Prova ne è che nelle moderne democrazie è ben possibile che determinate decisioni siano precluse alla decisione della maggioranza e vengano invece assunte esclusivamente con meccanismi predeterminati (si pensi al divieto di referendum in materia tributaria e di bilancio). Altre siano addirittura appannaggio di determinate categorie (i giudici). E, soprattutto, risulti impossibile derogare ai principi supremi - nemmeno per esplicita volontà maggioritaria - senza sopprimere la democrazia stessa (il famoso paradosso della democrazia). Il principio maggioritario, pertanto, non coincide con la democrazia e non la esaurisce. Ma ciò non significa che sia superato. L'esistenza di limitazioni ad esso, infatti, non sono la regola generale ma semplici eccezioni. Il principio maggioritario, quindi, seppur con tutti i limiti del caso, resta presupposto e caposaldo di qualunque Stato democratico. Le deroghe sono consentite esclusivamente in presenza di precise motivazioni, predeterminate e specificate dalla legge. Alla luce di questa composita definizione è dunque opportuno capire che rapporto intercorra fra il moderno concetto di democrazia e la pretesa non democraticità della scienza. Che relazione si instaura, cioè, fra il mondo scientifico e quello democratico rappresentato dalle istituzioni dello Stato, dalla politica, dalla società, dai cittadini. Ed è questa domanda che disvela la vera natura del problema. Perché esattamente come la democrazia non si riduce al semplice atto del votare, non è possibile confinare la scienza moderna dentro il mondo accademico. E quello che qui interessa esaminare non è il funzionamento della scienza, il processo tutto interno di validazione di una determinata evidenza scientifica (due più due farà sempre quattro, anche se il popolo votasse che fa cinque). Quanto piuttosto l'impatto del pensiero e dei risultati scientifici (e delle innovazioni tecnologiche) sulla società nel suo complesso. Detta più banalmente interessa pesare la proiezione della scienza verso l'esterno, la sua pretesa - più o meno fondata - di determinare l'indirizzo della società sulla base di pareri e decisioni che attengono (e competono) soltanto parzialmente ad essa. Appare pertanto evidente che, quello sulla non democraticità della scienza, non è un dibattito scientifico. Ma esclusivamente politico, e come tale dev'essere trattato. Perché se è certamente vero - e qui caliamo il ragionamento dentro l'evento pandemico e la sua gestione - che nel corso di una emergenza sanitaria la scienza è l'unica legittimata a determinare il livello del rischio, a dirci il “cosa” (in questo caso la natura di un virus e la sua pericolosità), ben diverso è determinare chi sia effettivamente preposto a decidere del “come” affrontare questo rischio. In questo secondo caso la scienza resta certamente un attore fondamentale del dibattito (e il suo parere su come arginare il fenomeno dev'essere tenuto in grandissima considerazione) ma –

molto semplicemente - non è più detentrica di alcuna verità indiscussa e indiscutibile. Il parere scientifico deve, per forza di cose, fare i conti con le ricadute in altri ambiti in cui la scienza non ha (e non deve avere) nessuna voce in capitolo: il diritto, l'economia, la filosofia, la politica. Materie che regolano il funzionamento della società e sulle quali gli scienziati hanno diritto di parola al pari di tutti gli altri cittadini. Il loro parere, cioè, vale quanto quello degli altri. Né più né meno.

Stravolgere questo principio significa applicare la non democraticità del metodo scientifico al funzionamento dell'intera società democratica. Finendo per creare uno stato d'eccezione permanente che normalizza la compressione del processo democratico derogando ai suoi principi fondamentali. Consentendo a un manipolo di "esperti" di assumere autonomamente decisioni che di regola spettano alla collettività dei cittadini. Una condizione patologica della democrazia in cui l'abdicazione della politica (situazione che abbiamo già vissuto con l'avvento dei "governi tecnici" preposti a gestire situazioni straordinarie), il suo rifiuto di affrontare e farsi carico dei complessi problemi della modernità, spiana la strada a un modello di società in cui le decisioni non sono più figlie delle ideologie e, quindi, risultato del bilanciamento di legittimi interessi contrapposti. Ma determinate esclusivamente da presunte e incontrovertibili verità scientifiche sulle quali il comune cittadino, privo di competenze tecniche specifiche, non può mettere bocca senza apparire negazionista, ignorante, retrogrado, illiberale, antidemocratico, fascista. Una società in cui il semplice esercizio del dubbio diventa la principale fonte di pericolo e che, inevitabilmente, finisce col trasformare una parte dei suoi consociati in una ristretta élite di infallibili sacerdoti. Tutti gli altri sono semplicemente tenuti a credere e obbedire, allo stesso modo dei fedeli. O dei sudditi, se aiuta a capire meglio di cosa stiamo parlando.

**Autore di Memorandum, una moderna tragedia greca.*

Il rapporto-choc

Slittano gli interventi: destino segnato per i malati di tumore

di Eleonora Mancini

26 novembre 2020

La Nazione

L'analisi della Società di chirurgia oncologica dall'inizio della pandemia. Operati solo il 40-50% dei pazienti, si prolunga la chemio. Lo slittamento, dell'attività chirurgica oncologica rischia di aggiungere altri morti alla lista delle vittime del Covid.

La lezione della fase 1 pare non sia servita e, orribile a dirsi, il segno della croce è praticamente l'ultima spiaggia per diversi malati di cancro in attesa di un intervento in piena pandemia. I dati del rapporto (Survey) della Società di Chirurgia Oncologica, su base nazionale, dicono che il 40-50% dei pazienti con tumore da operare non è stato operato. Il loro destino si può facilmente immaginare. Ora, una percentuale simile rischia di riproporsi in questa seconda ondata. A Pisa la situazione non è diversa, tanto che i chirurghi non risparmiano la direzione sanitaria da mail, avvisi, consigli, richieste di aiuto. L'attività chirurgica oncologica ha subito una importante riduzione in quasi tutti gli ambiti, come risulta dal Survey, e la chirurgia oncologica che ne ha maggiormente risentito "è quella relativa agli interventi che necessitano di prassi di terapia intensiva, sia perché il personale medico ed infermieristico è reclutato nei reparti Covid sia per la riduzione degli spazi destinati ai pazienti chirurgici". Parte dei pazienti oncologici non è stata curata, o lo è stata in ritardo, perché nel primo lockdown si sono allungati i tempi di attesa, essendo state le chirurgie, anche a Cisanello, riunite in un unico padiglione. Fra turni per operare in sala e oggettiva mancanza di posti letto in terapia intensiva, i tempi si sono dilatati. Molti interventi di chirurgia oncologica per essere programmati necessitano di anestesisti e un posto letto sicuro in terapia intensiva. Se vengono a mancare, il sistema s'incepisce e a farne le spese sono i malati di cancro. "Ma il cancro non aspetta", ripetono alcuni medici. "Ci sono pazienti che si sono aggravati, perché siamo stati costretti a rimandare gli interventi. La situazione era prevedibile ma è stata sottovalutata. Non è pensabile ridurre ancora attività fondamentali come quelle di chirurgia oncologica". Nel Rapporto della Società Italiana di Chirurgia Oncologica si legge che dei 29 ospedali che praticano questo tipo di chirurgia, un alto numero di questi ha di solito meno di dieci posti letto di Terapia Intensiva. A Pisa le cose sono andate solo in

parte diversamente. Il problema maggiore è stato non aver riportato a regime la chirurgia oncologica già da giugno, quando l'andamento dei contagi lo avrebbe permesso. L'attività è tornata alla normalità solo dal 5 ottobre per essere di nuovo ridotta 20 giorni dopo. "Spostare tutte le risorse sul virus sembra inevitabile, ma mette a repentaglio altri pazienti", lamentano i medici. C'è anche chi ha proposto di espandere le possibilità di cura anche con una migliore sinergia fra clinica universitaria ed ospedali del territorio. Sinora è stato operato fra il 40 e il 50% dei pazienti operati di solito. I medici hanno nel frattempo usato strategie complementari alla chirurgia, come la chemioterapia pre-operatoria, ma quando anche queste sono state esperite non resta che operare. "Sarebbe stato opportuno apprestare corsi di formazione per il personale che di solito non gestisce problematiche respiratorie in modo che ora non fosse di nuovo necessario sottrarre preziose energie e competenze alle attività di chirurgia oncologica.

Anche la British Medical Journal complottista no vax?

di Antonio Di Siena l'AntiDiplomatico 29/11/20

A proposito di vaccino anticovid.

Il British Medical Journal, una delle più antiche e prestigiose riviste mediche del mondo, ha pubblicato un interessante editoriale in cui getta ombre lunghissime sia sul vaccino di Astrazeneca che sui due americani, Pfizer e Moderna. Accuse pesanti. In primo luogo si denuncia la scarsissima trasparenza dei dati. Al netto degli annunci roboanti su tempistica ed efficacia (buoni per far salire la quotazione in borsa dei rispettivi titoli, immediatamente monetizzati) pare, infatti, che dei vaccini che salveranno il mondo non si sappia praticamente niente. Nessuna informazione sul campione di soggetti sottoposto a sperimentazione. Nessuna informazione sull'efficacia nel medio/lungo periodo. Nessuna sulla capacità dei vaccinati di contagiare o meno gli altri. Il poco che si sa, invece, riguarda gli effetti collaterali alcuni dei quali, seppur di lieve entità, comparsi in fase tre sono considerati "gravi". Di fronte ad un fatto del genere ci sono da fare alcune, banalissime, considerazioni. La prima è relativa al principio di autorità. Io lo detesto. Quindi neanche in questo caso prendo per oro colato quanto affermato dal BMJ. Così come non lo farei in caso contrario. Quello che qui interessa è la liceità dell'esercizio del dubbio. Il diritto allo scetticismo, motivato dal semplice fatto che dietro al vaccino anticovid c'è un giro di soldi talmente gigantesco che dubitare a priori è semplice buon senso. Una precauzione che, invece, viene fatta passare per "negazionismo" da un branco di lobotomizzati semicolti pronto a bersi qualunque cazzata, purché propalata a reti unificate da un manipolo di sedicenti esperti. E ripetuta all'infinito come avviene con le presunte "leggi economiche".

La seconda considerazione è invece di natura più strettamente politica. Perché quanto scritto nero su bianco dal BMJ è più o meno quanto sistematicamente affermato per screditare il vaccino russo. In assenza totale di dati, quindi, si getta aprioristico discredito sul vaccino di Putin (cui invece guardano con interesse gli israeliani) e si santificano quelli "nostri" degni di incondizionata fiducia. Lasciando trasparire un'attitudine dogmatico fideistica più simile alla propaganda da guerra fredda che al metodo scientifico. Perché quando si ha a che fare con la propria salute - o con quella ancor più importate dei propri figli - quello che conta maggiormente è il consenso informato. Un pilastro del diritto costituzionale applicato all'ambito sanitario. E che non può limitarsi alle rassicurazioni del Burioni di turno. Un consenso da esplicitarsi partendo dal rigoroso controllo dei dati e soprattutto dalla piena trasparenza delle informazioni scientifiche - in assenza delle quali un obbligo vaccinale diventa semplicemente un sopruso - unici presupposti per aversi un dibattito pubblico serio e nell'esclusivo interesse della salute pubblica (e per questo aperto a tutti i cittadini). E non di quel pezzo di mondo politico e scientifico a libro paga delle multinazionali del farmaco che, grazie alla pandemia, già pregustano di arricchirsi spropositatamente sulla pelle dei cittadini.

Giulio Tarro all'AntiDiplomatico: "Gli italiani rischiano di essere le vere cavie del vaccino Pfizer"

di Francesco Santoianni 29/11/20 l'AntiDiplomatico

Davvero surreale che il ministro della Salute, Roberto Speranza, vada in Parlamento ad annunciare che, da gennaio, saranno vaccinate, in Italia, contro il Covid 1.500.000 persone con vaccini non ancora autorizzati dall'EMA e dall'AIFA e che vengono bocciati senza appello, (si veda, in particolare, [questo](#) e [quest'altro](#) articolo) anche dall'autorevole [British Medical Journal](#). Ancora più sconvolgente è che si stia già chiedendo per coloro che oseranno rifiutare questi vaccini il divieto di frequentare scuole, palestre, cinema e, addirittura, il proprio posto di lavoro. Sul perché si sia arrivati a questo, abbiamo [già scritto](#); qui approfondiamo alcuni aspetti scientifici di questi vaccini con il prof. Giulio Tarro ([qui le sue precedenti interviste](#) all'AntiDiplomatico) che sta per dare alle stampe proprio un libro su Covid e vaccini.

L'INTERVISTA

Professore il ministro Speranza il 3 dicembre annuncerà il cosiddetto "Piano vaccini" per l'Italia con un numero sempre maggiore di esponenti della comunità medica e scientifica che lanciano l'allarme sui rischi. Da ultimo la principale rivista medica inglese. Che idea si è fatto della vicenda vaccini anti-Covid?

Ovviamente, ritengo che i vaccini siano una importante conquista della Medicina e che, quando ciò è inevitabile, si debbano affrontare i rischi connessi ad una vaccinazione di massa. Per capirci, una cosa è stata la temibile Poliomielite (debellata nel 1962 dal vaccino di Albert Sabin, che considero il mio Maestro) altra cosa è il Morbillo in nome del quale, nel 2017, sono stati imposti a tutti i bambini italiani ben dieci vaccini, quasi tutti assolutamente inutili (così come riportavo in un [mio libro](#)). Per il Covid, prima di inneggiare al vaccino, sarebbe, quindi, il caso di valutare attentamente il rapporto tra rischi e benefici. Benefici che, per quanto riguarda i cosiddetti vaccini anti-Covid non si capisce quali siano, considerando che, così come [dichiarato, addirittura, dal capo del dipartimento medico di Moderna, il dottor Tal Zaks](#), una persona vaccinata continuerebbe ad infettare gli altri. Tra l'altro - prendendo per buone le stime di multinazionali come la Pfizer, Moderna, Astrazeneca... - questi vaccini garantirebbero, forse, una immunità di due anni. Questo significa che non ci eviterebbero nemmeno il lockdown e che dovrebbero essere somministrati per sempre a tutta la popolazione. Una follia considerando che il virus Sars-Cov-2 rappresenta un rischio solo per meno del cinque per cento delle persone che oggi, a differenza di quanto avveniva a marzo, possono essere curate con efficaci terapie.

E per quanto concerne i rischi di questi vaccini?

Considerando il panico mondiale che si è voluto creare intorno al Covid, ci si sarebbe aspettato una sorta di consorzio internazionale delle principali aziende farmaceutiche per ottimizzare la ricerca di un unico vaccino. Così non è stato e oggi i futuri, presunti, vaccini anti-Covid sono [almeno 71](#); tutti realizzati in pochi mesi, mentre per realizzare un vaccino ci vogliono [mediamente](#) 8-10 anni. Ma, ancora più grave è che alcuni di questi vaccini, ad esempio, quello della Pfizer, sono basati su una tecnologia mai usata prima e, tra l'altro, attualmente vietata dall'Unione europea. Per dirla in due parole, considerato che il virus muta continuamente, si altera il nostro sistema genetico per far sì che il nostro sistema immunitario possa riconoscerlo come una minaccia. Il vaccino Pfizer, ad esempio, inietta frammenti di mRNA (il cosiddetto RNA messaggero) che dovrebbe indurre la glicoproteina Spike (S), ovvero il principale antigene del SARS-CoV2, utilizzato dal virus per prendere di mira i recettori ACE2 delle cellule bersaglio; in questo modo le nostre cellule, leggendo questa informazione, produrranno gli antigeni. Questo, secondo le speranze della Pfizer, dovrebbe stimolare la produzione dei soli anticorpi specifici, come le immunoglobuline G, la cui permanenza dovrebbe garantire una - non si sa quanto durevole - immunità. Speranze, appunto. Ma chi ci garantisce che questa alterazione genetica non possa, ad esempio, scompaginare il nostro sistema immunitario trasformando qualcuno dei tanti virus, con i quali pacificamente conviviamo, in un killer? Tra l'altro va detto che per scartare questo rischio ci sarebbe stato bisogno di un periodo molto lungo di trial subito da moltissimi anziani. È quello che verrà fatto, da gennaio, in Italia. E, ad essere malpensanti, si potrebbe dire che gli Italiani saranno le vere cavie del vaccino Pfizer.