

DISCOVID

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

DICEMBRE-GENNAIO 2021

I “negazionisti” della terapia domiciliare precoce di Francesco Cappello

Da sinistrainrete (Published: 01 December 2020 Created: 26 November 2020)

La cura per il covid 19 esiste.

Essa è semplice, si realizza con farmaci tradizionali. È tutt'altro che costosa. Se applicata con la giusta tempistica è in grado di salvare vite umane. Piuttosto che il lockdown, bisogna, finalmente, mettere i medici di base in grado di somministrare la terapia domiciliare precoce capillarmente su tutto il territorio nazionale. La corretta terapia domiciliare, somministrata tempestivamente all'apparire dei primi sintomi è stata sinora negata dalle linee guida ufficialmente riconosciute. Eppure tale pratica risparmierebbe i pericolosi affollamenti nei pronto soccorso, nei reparti covid e nelle terapie intensive.

Il corretto trattamento domiciliare precoce (tdp) è, infatti, in grado salvare vite umane in modo diretto ma anche indiretto, lasciando liberi gli ospedali per il trattamento delle altre consuete patologie (vedi il mio [Gli assembramenti più pericolosi si verificano nei pronto soccorso e negli ospedali](#)). La tensione e le energie impiegate nella propaganda dell'emergenza sanitaria si sono tuttavia concentrate quasi esclusivamente sulla scarsa capacità di ricezione del sistema ospedaliero rispetto alla dinamica di diffusione del covid tra la popolazione e in particolare sulla mancanza di un sufficiente numero di posti in terapia intensiva. Tale deficienza a fronte della rapidità di crescita della diffusione della patologia ha giustificato le segregazioni totali e parziali a cui siamo stati costretti nel corso della prima e della seconda ondata malgrado esse abbiano comportato la dannosissima paralisi di gran parte della vita sociale ed economica del Paese.

Rianimazione ed intubazione rappresentano però il fallimento della cura. La corretta terapia domiciliare precoce essendo in grado di circoscrivere l'evoluzione della patologia, nella quasi totalità dei casi, alla prima fase, quella virale. I pazienti correttamente e tempestivamente assistiti evitano di passare alle fasi successive della patologia, via via sempre più critiche e dispendiose dal punto di vista della natura degli interventi terapeutici necessari e della loro probabilità di successo. Agli inizi si è tardato ad individuare la giusta modalità di intervento anche a causa della disincentivazione alla pratica delle autopsie (OMS e ministero della sanità); si è così perso tempo prezioso. Tuttavia a marzo i nostri medici avevano già concepito, quale efficace strategia di intervento, una terapia domiciliare precoce a base di antinfiammatori *fans*, antibiotici, idrossiclorochina ed eparina (cortisone nella eventuale seconda fase), plasmammune quando necessario. Precoce, perché era subito stato chiaro quanto fosse decisiva la tempestività dell'intervento. Si vedano a tal proposito la *call conference* del dott. Pierluigi Viale sulla patogenesi del covid-19 e le relative indicazioni terapeutiche:

<https://youtu.be/mVBfCzDWxPQ>

Si vedano anche le testimonianze dei medici [Claudio Puoti](#), [Salvatore Spagnolo](#), [Luigi Cavanna](#), e altri nonché le relative richieste dirette al ministero della sanità e al governo per implementare tale modalità di intervento a livello nazionale.

La praticabilità della terapia domiciliare precoce

Ad ogni medico di base sono affidati un massimo di 1500 pazienti. Come si sa, essi sono capillarmente presenti su tutto il territorio nazionale. Gli italiani venuti ufficialmente in contatto con il virus, i cosiddetti casi, sono ad oggi 1,5 milioni¹ su sessanta milioni di abitanti, ossia il 2,5% della popolazione. Il 2,5% di 1500 fa 37,5 ossia una media di circa 40 pazienti che ogni medico ha dovuto, ad oggi, gestire per ragioni legate al covid; ma attenzione, l'80% di questi non necessita di cure essendo asintomatico. Il 20% di 40 sono pari ad una media di 8 pazienti con sintomi affidati ad ogni medico di base. Certamente la distribuzione dei casi e degli ammalati non è stata uniforme. Alcuni medici, tuttavia, sono stati in grado di assistere e curare sino a 300 pazienti covid già nella prima fase e con grande successo (praticamente nessuno dei pazienti trattati in tdp è finito in ospedale). Le unità speciali di continuità assistenziale USCA sono state pensate ed attivate per intervenire laddove necessario ad affiancare i medici di base. I medici che hanno concepito e sperimentato con successo *la corretta terapia domiciliare precoce* (tdp) sono stati tuttavia frustrati nelle loro richieste. vedi [ANSA ROMA, 13 novembre 2020](#). Il protocollo per le cure a casa, messo a punto dal gruppo di lavoro del Ministero della Salute, infatti, non prevedendo l'uso di antibiotici, antinfiammatori e cortisone, e impedisce la somministrazione di idrossiclorochina ha seminato sconcerto tra quei medici di famiglia che avendo sperimentato con successo la tdp avevano chiesto che fosse ufficializzata perché si potesse più adeguatamente diffonderne la pratica su tutto il territorio nazionale con l'aiuto decisivo del ministero ma all'uscita di quel protocollo si sono immediatamente resi conto che la loro esperienza di cura sul campo era stata completamente negata. Non ne hanno, infatti, condiviso le indicazioni terapeutiche: "*Nessuno ci ha interpellati*". In pratica il protocollo ufficiale prevede paracetamolo (tachipirina) per i sintomi febbrili, antinfiammatori solo se il quadro clinico del paziente inizia ad aggravarsi, cortisone solo in emergenza.

Nessun antireumatico (idrossiclorochina), nè antibiotici. Eparina solo per le persone che hanno difficoltà a muoversi. Ascoltiamo, a tal proposito, lo sfogo del dott. Stefano Manera all'indomani della diffusione del protocollo per le cure a casa:

Una notizia degna di un venerdì 13 di un anno bisestile che sarà ricordato a lungo. Come sapete uso da sempre la prevenzione e la medicina "non convenzionale" per curare me stesso e gli altri, tuttavia sono certo che sia indispensabile che un medico conosca e sappia utilizzare bene tutte le risorse terapeutiche a disposizione, con i giusti criteri e i giusti tempi. Da mesi diciamo e scriviamo quanto sia fondamentale l'utilizzo di cortisone, antibiotici ed eparina anche precocemente nel trattamento della malattia. Ci sono studi che ne dimostrano l'efficacia e l'utilità per salvare molte vite. Qui emerge, nero su bianco, che c'è una volontà precisa di non fornire le cure idonee durante l'assistenza domiciliare. Ci dicono l'esatto contrario: niente antibiotici e cortisone, che fino all'anno scorso venivano prescritti a tutti, da tutti i medici, per ogni banale influenza! Non parliamo dell'idrossiclorochina e del plasma iperimmune che fin da subito, sono stati banditi dai piani terapeutici con la scusa della pericolosità degli effetti collaterali, convincendo rapidamente tutti.

Il ruolo del tampone

L'attesa del tampone, anche 10 o più giorni, in presenza della sintomatologia da covid, quasi del tutto sovrapponibile a quella influenzale, insieme al suo mancato trattamento, rimandato sino alla disponibilità dell'esito del tampone, ha fatto il resto impedendo il trattamento precoce del paziente fin dalla prima fase, quella prettamente virale, in cui si rivela decisivo l'intervento farmacologico tempestivo del medico di base in grado di bloccare la deriva del covid verso le pericolose fasi successive.

L'idrossiclorochina (plaquenil), insieme all'eparina (clexane) (+ antibiotico), finché ne è stato consentito l'uso, sono stati i farmaci decisivi, il cui uso, nella terapia domiciliare precoce (all'apparizione dei primi sintomi), ha evitato il ricovero e l'aggravamento dei pazienti covid. Viceversa, la prolungata attesa dell'esito del tampone, in presenza dei sintomi lievi della prima fase, trattati con paracetamolo (tachipirina), hanno garantito (provocato) il peggioramento e la transizione della malattia alle sue fasi successive, necessitanti ricovero ospedaliero e nei casi più sfortunati terapia intensiva... Tutto questo è noto sin dalla seconda metà dello scorso marzo, ma le richieste di migliaia di medici sono rimaste inascoltate e anzi l'AIFA ha proibito l'uso della idrossiclorochina e ribadito quello assai controverso della tachipirina. Si ascolti a tal proposito la testimonianza seguente del dott. Andrea Mangiagalli: https://youtu.be/i_2wweHAY5Q

Tutti sappiamo quanto sia stata decisiva l'incremento della curva dei "casi" a legittimare e conclamare la seconda ondata con conseguente necessità di paralizzare nuovamente la vita del paese. Si continua tuttavia a negare l'inattendibilità del tampone rispetto alla veridicità dei risultati diagnostici che restituisce e questo malgrado il pronunciamento dell'ISS e la letteratura scientifica di settore che ne hanno decretato la fallacia (vedi il mio [Dubbi da tamponare](#)). A tale proposito si veda: <https://youtu.be/TlZmsiatkxk>

L'inaffidabilità è stata certificata dalla Commissione europea e dall'ISS (procurano fino al 95% dei falsi positivi secondo l'Istituto Superiore di Sanità). Sono stati ipotizzati i reati di truffa aggravata, procurato allarme, falso ideologico e omicidio colposo. Integrazione del 27 novembre: <https://youtu.be/nSGCmtEk5WU>

Note

¹ casi confermati e casi probabili.

Il direttore dello Spallanzani Giuseppe Ippolito esplose contro gli esperti di Covid:

"Troppa gente si fa pagare per andare in tv"

Il Tempo 1/12/20

"Vorrei chiedere ai media di fare una pausa di riflessione e far parlare meno di Covid-19, perché continuano a parlare persone che lo fanno senza avere cervello sufficiente o perché sono prezzolati. C'è gente infatti che si fa pagare per andare in televisione, così come c'è chi si raccomanda ai giornalisti pur di andarci o gente i cui uffici stampa chiedono uno spazio tv al giornalista amico". Picchia duro Giuseppe Ippolito, direttore scientifico dell'Istituto Spallanzani di Roma, intervenuto a *Timeline* su Sky Tg24. Un j'accuse al quale la conduttrice del programma ha ribattuto puntualizzando: "Non qui". "Ciò - ha proseguito Ippolito - sta trasformando quella che era l'infodemia dei primi tempi in una vera guerra di comunicazione". E ancora: "Stiamo creando una serie di visibilità che non sono né correlate al rigore scientifico né ad onesta intellettuale e di cui ci dobbiamo preoccupare. Abbiamo bisogno di avere un'unica voce - ha ammonito - perché se continuiamo a dare tanto spazio a notizie" non sempre univoche, "la gente non sa cosa deve fare. Ci vuole rispetto e responsabilità".

Vaccini Covid. Quanto ci costeranno le 200 milioni di dosi e altre 6 ovvie domande per

Speranza

di Alba Tecla Bosco

l'AntiDiplomatico

2/12/20

Illustrando al Senato l'imminente campagna italiana vaccini, il ministro della sanità (salute è altra cosa) ha usato toni epici, parlando di sforzi che porteranno a "chiudere questa pagina tragica per l'intera umanità". Tuttavia, ecco alcune domande da quattro soldi:

- 1) Sono state "opzionate" all'Italia oltre il 13% dei contratti formalizzati da parte dall'Europa, sulla base di un meccanismo di acquisto promosso in particolare dall'Italia (che è fra i sette negozianti). Quanto sono costati questi 220 milioni di dosi? Da quale voce del bilancio saranno presi?
- 2) I prezzi dei "candidati vaccini" sono diversi per le varie marche?
- 3) Su che base sono state stabilite le quote per le varie marche?

- 4) I “candidati vaccini” non sono ancora approvati da Ema e Aifa. Qualora non superassero l’esame, il pagamento in tutto o in parte è comunque previsto dai contratti?
- 5) Quanto costerà l’operazione bellica necessaria a somministrare i vaccini ad almeno al 60% degli italiani, percentuale che è il vostro obiettivo per raggiungere quella “immunità di gregge” della quale adesso tanto parlate dopo averla demonizzata? Distribuzione, personale, materiale sanitario accessorio? In quale voce del bilancio saranno inserite le spese?
- 6) Il ministro ha spiegato che la “catena del freddo estrema” (sic), quella necessaria per il vaccino Pfizer (meno 75°), sarà gestita così: l’azienda produttrice consegnerà le pozioni a 300 punti vaccinali già condivisi con la regione e le province autonome. Chi pagherà questo costo superiore, dall’azienda al consumatore finale?
- 7) L’opzione per 220 milioni di dosi per la sola Italia non rischia di provocare uno spreco (già accaduto in passato) qualora il quadro epidemiologico italiano e mondiale dovesse cambiare? E’ previsto comunque di usare tutte le dosi, negli anni?

Il surreale Piano Speranza peserà su una sanità al collasso. Altri "morti per Covid"

Francesco Santoianni L'AntiDiplomatico 2/12/20

Appena concluse le comunicazioni del ministro della salute Speranza che ha annunciato una imminente campagna vaccinale basata su vaccini non ancora approvati dall’EMA e dall’AIFA, realizzati in pochi mesi e dei quali (come già pubblicato su prestigiose riviste scientifiche) non si sa nulla se non quello dei comunicati pubblicitari delle aziende farmaceutiche. Campagna vaccinale che dovrebbe cominciare con il vaccino a RNA realizzato dalla Pfizer, basato su una pericolosa tecnologia mai usata prima.

Vaccini che, secondo le dichiarazioni di Speranza, vedrà, tra le prime categorie di cavie il personale sanitario ospedaliero il cui prevedibile rifiuto (basti pensare alla generale ritrosia dei medici a sottoporsi a pur testati vaccini, quali quelli contro l’influenza) rischia di determinare il loro licenziamento o allontanamento dal servizio. Se questo – come appare probabile– accadrà, una sanità già al collasso conoscerà un peggioramento. Altri “morti per Covid”.

IppocrateOrg presenta un protocollo di cure per il Covid-19 03.12.2020 - Presenza

Mentre nei paesi meno ricchi sono stati immediatamente formulati dei protocolli e si è invitato tutto il personale medico e la popolazione a seguirli per combattere il Covid, in quelli più ricchi non è stata trovata alcuna sintesi. Ancora oggi, dopo 10 mesi di epidemia, i farmaci utilizzati per curare i pazienti sono i più disparati. Variano da Stato a Stato ma anche da Regione a Regione. Il Palmares va certamente attribuito all’Italia che sta producendo centinaia di Protocolli diversi che variano da Regione a Regione, da Città a Città, da USCA a USCA, da Associazione medica ad Associazione medica, da Ordine a Ordine; Protocolli di cura che contengono farmaci e somministrazioni le più diversificate, che si contraddicono tra realtà e realtà.

Come Movimento IppocrateOrg, con la collaborazione di www.Planet360.info, abbiamo cercato di mettere ordine in questa materia proponendo dettagliate linee guida, con specifica di farmaci, posologie e tempistiche. Un elenco chiaro, certificato da medici, spiegato in modo comprensibile a tutti, basato su un capillare lavoro di ricerca, informazione e verifica sui dati reperibili provenienti da tutte le parti del mondo. In un momento in cui il dibattito sui vaccini diventa rovente ci pare opportuno ribadire che la possibilità di curare il covid c’è e che sarebbe buono che si diffondesse, in particolare la pratica della cura domiciliare precoce che diminuisce i rischi di contagio ed evita la congestione degli ospedali. Il protocollo completo, in continuo aggiornamento e miglioramento è disponibile sul sito di IppocrateOrg all’indirizzo:

<https://ippocrateorg.org/2020/11/26/come-si-affronta-il-covid-19/>

Movimento IppocrateOrg

Giuseppe Ippolito (direttore Spallanzani) demolisce il Piano Speranza con una dichiarazione

Francesco Santoianni l'AntiDiplomatico 3/12/20

Frana già prima di partire la campagna vaccinale anti-Covid? Si direbbe di sì, considerando la [prima parte della dichiarazione](#) di Giuseppe Ippolito, direttore scientifico dell'Istituto Spallanzani, infettivologo del Comitato tecnico scientifico, intervenuto a “Radio anch’io”(qui [l’audio](#)). “*Chi ha avuto il Covid non deve vaccinarsi contro la malattia perché ha sviluppato anticorpi naturali, semmai dovrà controllare il livello di questi anticorpi.*” Già, ma chi ha avuto il “Covid” (considerato che, nel 95% dei casi, l’ingresso del virus Sars-Cov-2 non produce nessun sintomo)? Secondo i [dati ufficiali](#), a oggi in Italia sarebbero appena 823.335 i “dimessi/guariti” (francamente non sappiamo proprio cosa possa significare questo termine considerando che, solitamente, sono i guariti ad essere dimessi); ben altre cifre si trovano, invece, quando la guarigione è attestata dalla presenza di anticorpi. La pur [fallimentare](#) Indagine sierologica nazionale contava in [un milione e 482mila](#) le persone che in Italia avrebbero incontrato il virus (2,5% dell’intera popolazione); altre indagini, ad esempio, quella svolta [in Val Seriana](#) attestava in 45% la popolazione che aveva incontrato il virus sviluppando anticorpi. Se poi, si passa alle [stime dei contagiati](#) effettuate da autorevoli istituti scientifici il numero dei contagiati da Sars-Cov-2 in Italia schizza ad ancora più elevate percentuali. Del resto non riteniamo una pazzia quanto dichiarato [Angela Merkel](#) a marzo e che cioè, di lì a poco, il 70% dei tedeschi avrebbe contratto il Sars-Cov-2. Nonostante ciò, tutta la gestione dell’emergenza in Italia è basata, ancora oggi, sulla folle pretesa di scovare e chiudere in quarantena il “positivo”. Ma passiamo alla seconda parte della dichiarazione di Giuseppe Ippolito: *“E quando questi (gli anticorpi naturali che aveva sviluppato, ndr) dovessero scendere, si può riconsiderare una vaccinazione” (...)* *Chi non risponde a un vaccino può averne un altro (...)* *Non sappiamo quanto dura l’immunità, è verosimile che le persone potranno usare un vaccino diverso. Non è il primo caso. Abbiamo già avuto esperienze di altri vaccini per cui le persone che non rispondevano a uno o raddoppiavano la dose o usavano un altro vaccino. (...)* *“Io credo che tutti dovranno fare la doppia dose di vaccino. E chi non risponde avrà di sicuro un altro tipo di vaccino”.*

Certo, non sappiamo quanto dura l’immunità naturale; ma, a dirla tutta, non sappiamo nemmeno (e questo è attestato dalle dichiarazioni delle case farmaceutiche che li producono) se i vaccini garantiranno questa immunità. Sappiamo, invece, che una immunità può essere garantita dalla trasfusione di plasma di una persona già guarita (terapia [oggi sabotata](#)) E allora, perché la vaccinazione? E perché ci si ostina in una sciagurata caccia all’untore positivo che sta provocando solo danni e morti? Per contrastare il Covid ci sarebbero ben altre, e più efficaci, [strategie](#). Le avevamo già segnalate; non è il caso qui di ripeterci.

Le cure domiciliari che salvano la vita. la mappa dei paesi che le hanno utilizzate

Francesco Capo 3/12/20 ByoBlu ([VIDEO](#))

Il Covid-19 si può e si deve curare a casa con terapie domiciliari tempestive che eviterebbero il sovraffollamento degli ospedali e, di conseguenza, anche le chiusure generalizzate delle attività commerciali. [Gli studi clinici che dimostrano l’efficacia dell’idrossiclorochina](#)

Durante i mesi del picco dell’epidemia, tra marzo e maggio, molti medici in tutto il mondo hanno curato i pazienti somministrando l’idrossiclorochina, un farmaco antimalarico, comunemente utilizzato anche contro l’artrite reumatoide e il lupus eritematoso.

Medici, professionisti della sanità e cittadini, con il coordinamento di **Mauro Rango**, hanno fondato il movimento [IppocrateOrg](#), con l’obiettivo di fornire assistenza ai malati di Covid-19 e “smontare con dati scientifici alcuni studi e progetti” sulla base dei quali l’idrossiclorochina è osteggiata nella cura del Covid19. [Gli studi dell’Organizzazione Mondiale della Sanità](#)

L’AIFA (l’Agenzia italiana del farmaco) e le omologhe autorità in tutto il mondo, hanno sospeso l’utilizzo dell’idrossiclorochina nella cura del Covid-19, sulla base di studi condotti dall’Organizzazione Mondiale della

Sanità, ma particolarmente discussi nella comunità scientifica. Questi studi sono stati infatti condotti su pazienti già ricoverati in ospedale, dunque in uno stadio avanzato della malattia, mentre i medici che hanno utilizzato l'idrossiclorochina con buoni risultati sono unanimi nel ritenere che questo farmaco vada somministrato alla comparsa dei primi sintomi febbrili.

Lo studio del New England Journal of Medicine

Un recente studio, pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, ha concluso che non ci sarebbe una riduzione del rischio con l'utilizzo del farmaco antimalarico. Lo studio americano e canadese è stato condotto su soggetti che avevano avuto un contatto stretto con un positivo al virus e ai quali dopo quattro giorni hanno somministrato o l'idrossiclorochina per cinque giorni o il placebo.

Il professore **Alessandro Capucci**, già direttore della clinica cardiologica presso l'ospedale di Ancona, ai microfoni di Byoblu24 ha chiarito che nello studio del *New England Journal of Medicine* "hanno utilizzato l'idrossiclorochina come se fosse un vaccino, il che è assurdo". "L'idrossiclorochina agisce a livello della catena infiammatoria, quando il paziente è già ammalato, se invece la si dà a un soggetto non ammalato che ha avuto solo un contatto con un altro positivo al tampone, non c'è alcuna speranza che sia efficace. Il farmaco idrossiclorochina va utilizzato solo in pazienti già ammalati, per evitare un aggravamento della malattia", ha detto il professor Capucci.

Le terapie domiciliari efficaci esistono. Il Governo che fa?

Secondo Mauro Rango le terapie efficaci contro il Covid esistono, "di Covid si guarisce, non si muore", ha detto il fondatore di IppocrateOrg. "Le persone, se curate in tempo, vengono salvate a domicilio. Il Governo deve decidersi ad istituire un protocollo univoco, certo ed efficace", è la conclusione del dottor Rango.

Nell'intervista su Byoblu sono disponibili anche la testimonianza del dottor **Andrea Stramezzi**, un dentista che ha aderito all'appello di lavorare come medico volontario Covid-19 e quella della dottoressa Cosetta Armani Cavallaro, il cui coniuge, contagiato dal virus Sars Cov-2, è guarito grazie all'assistenza di medici aderenti al movimento IppocrateOrg.

La fotografia del Censis sugli italiani ai tempi del coronavirus: "Meglio sudditi che morti"

Nel 54° Rapporto sulla realtà sociale del Paese un'analisi cruda sul Paese nella stagione del Covid. Con alcune sorprese: rispuntano i tifosi della pena di morte. di Fabio Martini La Stampa 04/12/20

Da 54 anni Giuseppe De Rita, fondatore del Censis e lettore spesso profetico del Belpaese, fotografa nel suo Rapporto la situazione sociale italiana, ogni volta coniando definizioni icastiche, per "fermare" tutto quel che di nuovo si muove. Nell'anno del Covid lo slogan è questo: «Meglio sudditi che morti». Uno slogan che coglie un tratto della psicologia collettiva degli italiani: la capacità di diventare legalitari soltanto in occasione delle grandi emergenze. Spiega il Rapporto sulla realtà sociale del Paese: «Privi di un Churchill a fare da guida nell'ora più buia, capace di essere il collante delle comunità, il nostro modello individualista è stato il migliore alleato del virus, unitamente ai problemi sociali di antica data, alla rissosità della politica e ai conflitti interistituzionali». Avvalendosi di sondaggi assai più mirati di quelli tradizionali, di una capacità di scovare dati sottovalutati da altri, della "lettura" di De Rita e soprattutto di un team addestratissimo alla ricerca del "nuovo" nella società, anche quest'anno il cinquantaquattresimo Rapporto del Censis accende i riflettori su alcuni fenomeni sinora sottovalutati: mai così profonda si è manifestata la frattura tra i garantiti e i non garantiti, che in questa fase temono la discesa agli inferi della disoccupazione. Pagano il conto in particolare giovani e donne: per loro già persi quasi 500.000 posti di lavoro. Cosa resterà quando il Covid sarà stato imbrigliato? Solo il 13% è pronto a tornare a rischiare aprendo un'impresa. Ma c'è un lascito del virus più inatteso di altri: a sorpresa il 44% degli italiani è favorevole alla pena di morte.

Il corposo Rapporto è stato presentato dal direttore generale del Censis Massimiliano Valerii e dal segretario generale Giorgio De Rita e, come sempre, i ricercatori del centro di ricerca sociale hanno posto quesiti scomodi, sui quali altri preferiscono glissare. La tensione securizzatrice ha prodotto un crollo verticale del «Pil della

socialità». Il 57,8% degli italiani è disposto a rinunciare alle libertà personali in nome della tutela della salute collettiva, delegando senza problemi le decisioni su quando e come uscire di casa, su cosa è autorizzato e cosa non lo è, sulle persone che si possono incontrare, sulle limitazioni alla mobilità personale.

Il 38,5% è pronto a rinunciare ai propri diritti civili per un maggiore benessere economico, accettando limiti al diritto di sciopero, alla libertà di opinione e di iscriversi a sindacati e associazioni. Il 77,1% chiede pene severe per chi non indossa le mascherine di protezione delle vie respiratorie, non rispetta il distanziamento sociale o i divieti di assembramento. Il 76,9% è convinto che chi ha sbagliato nell'emergenza, siano politici, dirigenti della sanità o altri, deve pagare per gli errori commessi. Il 56,6% chiede il carcere per i contagiati che non rispettano le regole della quarantena. Il 31,2% non vuole che vengano curati (o vuole che vengano curati solo dopo, in coda agli altri) coloro che, a causa dei loro comportamenti irresponsabili, si sono ammalati.

Covid-19: Waterloo della cosiddetta “carica virale” Leopoldo Salmaso

Dic 4, 2020 comedonchisciotte.org

Presumere la “**carica virale**” trovando un test PCR “positivo” è tanto ingannevole quanto presumere che sia in corso una “**carica di cavalleria**” a Waterloo, trovandovi tracce biologiche di cavalli morti.

Immaginate di recarvi a Waterloo ai primi di luglio 1815, quando sui campi si trovano ancora resti biologici dei 50.000 soldati e delle centinaia di cavalli uccisi due settimane prima in quella faticosa battaglia. Avete con voi tutto il necessario per eseguire i test rapidi cromatografici e i test PCR di controllo che, anche su minimi residui, vi diranno se si tratta di cavallo oppure no (con una precisione decisamente maggiore di quella riconosciuta agli analoghi test per il SARS-CoV-2). Ovviamente trovate milioni di campioni di “cavallo” e, eccitati più che mai, mandate messaggi alle redazioni di tutta Europa titolando: “A Waterloo è in corso la più gigantesca **carica di cavalleria** mai avvenuta nella storia”...

Di sicuro nessuno vi darà ascolto e, se osate insistere, vi rinchiederanno in un manicomio. Oggi invece, se nel naso di un malcapitato, ingrandendo il campo di “appena” dieci milioni di volte, trovate qualche frammento di cadavere (*) di qualcosa chiamato SARS-CoV-2, siete autorizzati a scrivere perfino nelle riviste scientifiche più “serie” (1 e 2) che quel poveraccio è sano solo in apparenza, ma in realtà presenta una fortissima **carica virale** (3, 4, 5), quindi è infetto, contagioso, va isolato, magari vestito di rosso (6) e vaccinato appena possibile: con che cosa? Con un “vaccino” predisposto da apprendisti stregoni (ma maestri di business globale) che, trasformando quel pover'uomo in OGM (7, 8), gli farà produrre altri virus SARS-CoV-2 e chissà quali altre diaboliche chimere (9) infettanti, trasmissibili, e possibilmente più letali del “povero untorello” SARS-CoV-2 sul quale è impostata e si regge l'attuale panico-demia (10). In Medicina un fenomeno simile viene definito “delirio collettivo” (11) e sta dispiegando effetti catastrofici su scala globale.

Conclusione: i test rapidi cromatografici e i test “di controllo” mediante PCR, detti anche molecolari, sono surrogati dell'isolamento e coltura virale che resta l'unico criterio scientifico per diagnosticare un'infezione. In assenza di un quadro clinico suggestivo, questi test non hanno alcun valore **per la diagnosi individuale**, neppure a livello empirico. D'altro canto, **per l'indagine epidemiologica su popolazione sana**, questi test sono del tutto inappropriati e fuorvianti.

Non è che si possa raggiungere un compromesso tenendo conto dei loro limiti. No, non vi è il

minimo presupposto scientifico per un loro impiego, come spiega Charles Calisher, autorità indiscussa a livello



Confronto fra Covid e Povertà indotta dalla Covid stessa.

mondiale, su Science (12): **“sarebbe come allestire un database di impronte digitali allo scopo di scoprire gli individui con l’alito cattivo!”** .

*) il termine “cadavere” serve a mantenere l’analogia con Waterloo, ma è inadatto per qualsiasi virus, ed è importante spiegare perché:

PERCHE’ I VIRUS NON SONO ESSERI VIVENTI.

I virus biologici non sono più viventi dei virus dei computer. Entrambi sono solo “pacchetti di informazione”; sono del tutto inerti fintantoché non vengono introitati in una cellula (o computer rispettivamente). Solo nella cellula (o nel computer) essi vengono decodificati e le loro istruzioni vengono eseguite con la conseguenza di produrre qualcosa di nuovo, ivi compresa la replicazione di copie dei virus stessi e il loro rilascio nell’ambiente esterno, dove le nuove copie possono essere captate da altre cellule (o computer).

Fuori dal computer, un dischetto può essere **integro** (cioè potenzialmente “vivo”) o **danneggiato** (cioè “morto”). La differenza si scopre solo introducendo il dischetto nel computer: il dischetto integro fa partire il suo programma, mentre il dischetto danneggiato non fa niente. Analogamente, **un virus biologico integro** potrà essere “coltivato” in appositi substrati cellulari (con tutte le conseguenze documentabili e confrontabili). Ma l’analogia coi dischetti per computer finisce qui: non si ripete affatto nei virus biologici “danneggiati”, perché?

Perché le cellule sono computer assai più “intelligenti” dei nostri più avanzati sistemi di “Intelligenza Artificiale”. Le cellule sono in grado di reagire in maniera assai diversa anche di fronte a un virus “danneggiato” o, come si dice spesso nella letteratura scientifica, “inattivato” o anche “attenuato” (che non sono affatto sinonimi). In questi casi il comportamento delle cellule è solo in piccola parte prevedibile, e questa realtà classifica automaticamente il comportamento dei “virologi”: è un comportamento da apprendisti stregoni. **La PCR riconosce solo brevissimi tratti del genoma virale**, perciò non ci permette mai di sapere se abbiamo un virus integro o solo brandelli del suo “cadavere”.

Leopoldo Salmaso, specialista in Malattie Infettive, specialista in Sanità Pubblica, già “Esperto del Min. Affari Esteri” in Tanzania per il controllo di epidemie VERE.

1. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31324-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31324-6/fulltext)
2. <https://retractionwatch.com/2020/06/04/lancet-retracts-controversial-hydroxychloroquine-study/>
3. https://www.ansa.it/canale_scienza_tecnica/notizie/biotech/2020/10/22/covid-la-carica-virale-e-altissima-nell-80-dei-casi-positivi- fed0a252-c9c0-4ba3-84ca-140890e1f303.html
4. <https://www.ilgiornale.it/news/salute/carica-virale-covid-cos-e-perch-alta-1898571.html>
5. <https://www.thehindubusinessline.com/news/science/asymptomatic-covid-19-patients-have-higher-viral-loads-than-symptomatic-study/article33211051.ece>
6. <http://www.governo.it/it/articolo/dpcm-del-3-novembre-le-misure-suddivise-aree-di-criticita/15628>
7. <https://fr.reuters.com/article/sanit-coronavirus-ue-vaccino-idITKBN23H1VQ>
8. <https://news-coronavirus.it/sanita/il-capo-del-dipartimento-medico-di-moderna-avverte-il-nostro-vaccino-protegge-dal-coronavirus-ma-chi-lo-fa-puo-ancora-contagiare/>
9. <https://ita.legatechnics.com/hiv-tatc4-binding-protein-chimera-encoded-dna-vaccine-is-highly-immunogenic-65496837>
10. **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).
11. <https://www.youtube.com/watch?v=olN5vgNo0Ic>
12. <https://science.sciencemag.org/content/293/5527/24>

L'università della censura di [ilsimplicissimus](#) 4/12/20

Il fattaccio è accaduto in una delle più antiche e prestigiose università d'America, la Johns Hopkins, peraltro uno degli atenei più convolti della "progettazione pandemica" tanto da essere stato assieme al World Economic Forum e la Fondazione Bill e Melinda Gates, sponsor di Event 201 una sorta di esercizio su una eventuale pandemia di coronavirus, come si può ancora vedere [qui](#). Il bollettino ufficiale dell'università, formalmente a cura degli studenti e che viene regolarmente pubblicato dal 1896 è stato costretto per la prima volta nella sua storia, a censurare l'articolo di una ricercatrice di statistica Genevieve Briand, autrice di testi econometrici nonché vicedirettore del master in economia applicata, la quale in un seminario online da cui deriva il testo, si è permessa di prendere i dati forniti dallo stesso Cdc, il centro Centro per il controllo delle malattie infettive, in pratica dominato da Fauci e compagni di vaccini e merende, per mostrare che in Usa non c'è stato alcun aumento della mortalità, nemmeno tra gli anziani e che i morti per covid non rappresentano dei decessi in più, ma "coprono" per così dire la incomprensibile e incoerente diminuzione di quelli dovuti ad altre patologie, insomma è una sorta di somma algebrica tra più e meno, come è perfettamente visibile da questa tabella che si riferisce a tre settimane tra fine marzo e inizio giugno.

La cosa non deve stupire visto che lo stesso Cdc imposto dei protocolli per stabilire la causa di morte diversi rispetto a quelli usati da decenni e codificati dall'Oms, proprio per far sì che il covid risulti all'origine del decesso anche in malati terminali, infartuati e comunque in condizioni gravissime. Nei giorni scorsi ho fornito un link al documento ufficiale con cui l'ufficio nazionale di statistica della salute specifica i nuovi criteri, ma ribadisco [qui](#) nel caso qualcuno pensi che stia inventando qualcosa. Non si tratta certo di una questione solo statunitense, accade dappertutto e guarda caso in Italia mentre negli anni scorsi era possibile seguire l'andamento delle ondate di influenza settimana per settimana, adesso i dati non sono più reperibili. Si vede che si tratta di un'epidemia di scambio.

Change in Deaths over previous week	Week ending 4/11/2020	Week ending 4/18/2020	Week ending 4/25/2020
Heart Diseases	+ 824	- 1,190	- 727
Cancers	- 52	- 356	+ 160
Chronic Respiratory	- 96	- 249	- 211
Cerebrovascular	+ 35	+ 11	- 145
Alzheimer	+ 86	- 56	- 96
Diabetes	+ 52	- 90	- 179
Flu & Pneumonia	- 236	- 381	- 97
Nephritis	+ 88	- 31	- 106
Other Respiratory	- 4	- 95	- 31
Septicemia	- 98	- 92	- 13
Not Classified	- 44	+ 13	+ 48
TOTAL DECREASE	- 530	- 2,540	- 1,605
COVID - Heart Diseases	+ 486	+ 2,561	+ 1,651

Dopo quattro giorni di enormi pressioni l'articolo della Briand è stato ritirato dalla News-Letter della Johns Hopkins e reso disponibile in pdf con però una scritta in filigrana nella quale compare la scritta "Retracted d by the News - Letter" così da rendere sfavillante tutta l'ipocrisia dell'operazione e indurre a pensare che i contenuti siano stati ritrattati mentre sono stati in effetti censurati. L'articolo lo potete leggere [qui](#), (per chi comprende l'inglese parlato c'è questo [lungo video](#) che è appunto il webinar incriminato della Briand la quale spiega approfonditamente tutti i dati), ma la cosa davvero penosa sono le motivazioni con le quali è avvenuta la censura e che non riguardano affatto la sostanza di ciò che dice la ricercatrice, anzi non c'è alcun serio tentativo di confutare le conclusioni della ricerca, ma si ricorre ad argomentazioni goffe e retoriche: anzi la prima è veramente ridicola perché si osserva che l'autrice non è un medico e dunque non sarebbe titolato a parlare di Covid. Peccato che qui si tratti di statistica nella quale come è ben noto i medici sono degli asini totali e quindi il campo era di piena competenza della Briand.

Il secondo argomento fa riferimento al fatto che il Cdc calcoli 300 mila morti aggiuntive, cosa che tuttavia non è per nulla confermato dalle tutte le altre fonti statistiche ufficiali cosa che quantomeno dovrebbe spingere ad ulteriori analisi invece che a una censura di quelle che già ci sono. Ma è solo con il terzo argomento che si arriva al cuore della questione e si getta la maschera perché il testo recita: "Briand ha presentato i dati dei decessi totali negli Stati Uniti rispetto ai decessi correlati a Covid-19 come percentuale, il che banalizza le ripercussioni della pandemia." E inoltre il testo era stato ripreso e riportato in diversi siti e "utilizzato per

diffondere una pericolosa disinformazione.” In poche parole non si possono analizzare i dati in maniera da smontare la narrazione apocalittica, altrimenti poi chi si vaccina e chi si farà facilmente depredate della libertà e del lavoro? La cosa triste in tutto questo è che anche le università che dovrebbero essere i magazzini della scienza e comunque offrire una qualche resistenza al non senso, sembrano invece essere completamente alla mercè dei poteri che hanno imposto la narrazione pandemica, il che naturalmente ci parla di un sistema ormai arrivato anche al suo fallimento cognitivo.

Non c'è bisogno di sottolineare che la vicenda della Johns Hopkins è tutt'altro che isolata, anzi è quasi un'eccezione nel senso che per un breve periodo è uscito qualcosa di non allineato alla verità ufficiale, cosa che accade raramente a causa non solo dell'enorme influsso che Big Pharma e il complesso economico in genere hanno acquisito nelle università, ma anche delle autocensure che i docenti si impongono per ragioni di carriera e per ragioni di politica. Chi tocca la pandemia muore. E se succede in Usa figuratevi da noi dove i docenti delle università sono stati capaci di giurare sulle leggi razziali.

Vi dicono che non c'è una cura: falso! ▷ “Guardate, con la medicina di base nessun morto di Covid” Radio Radio 5/12/20 ([VIDEO](#))

Una chat su WhatsApp per sconfiggere il Covid-19 anche da casa. È così che ha pensato di agire il Dott. **Andrea Mangiagalli**, Medico di Medicina Generale presso l'Azienda Sanitaria Locale di Milano. Con la Dottoressa **Laura Frosali** ha creato una chat dove pian piano si sono aggiunti sempre più medici, al fine di sviluppare un approccio alla terapia per sconfiggere tutti insieme il virus. Un metodo efficace, a quanto afferma il Dott. Mangiagalli, e addirittura maggiormente risolutivo per la cura dei pazienti.

“Ho trattato una paziente di 80 anni con precedenti gravi – racconta il Dott. Mangiagalli – i parenti mi hanno chiesto di non farla ricoverare e io me ne sono fatto carico. Oggi sta bene ed è, di fatto, guarita”. Questa è solo una delle tante storie che il Dottore ha visto svolgersi davanti a sé: la terapia da casa funziona, afferma, ed è per questo che trova inammissibile il fatto che enti e istituzioni non vogliano guardare questi dati e correggere il tiro dei vari trattamenti contro il virus preferendo, invece, ospedalizzazioni che generano caos all'interno delle strutture sanitarie. A “Un giorno speciale” Fabio Duranti e Francesco Vergovich hanno rivolto tante domande al Dott. Mangiagalli: in cosa consiste questa terapia? Perché è così efficace? Le sue risposte in questa intervista. *“Dei pazienti che abbiamo trattato a casa con lo schema della terapia non è deceduto nessuno. La cosa sconvolgente è che tutti i medici, in tutta Italia e con esperienze diverse, che hanno trattato tutti i pazienti con questo schema hanno visto la stessa cosa: un tasso di ospedalizzazione molto basso nei pazienti così seguiti che raggiungeva nelle casistiche peggiori il 5% e mortalità zero. E stiamo parlando di oltre 1500 pazienti, forse più. Ma nessuno ha voluto guardare questi dati. E' un dato che rimarrà nascosto e stupisce che Aifa e Ministero della Salute non vogliano vedere. Se noi abbiamo avuto mortalità zero e ricoveri al 5%, ci devono dire cosa è successo di diverso nei malati che sono stati ricoverati in ospedale, che sono andati peggio. Questa è la vera domanda da chiedere.*


Questa è una malattia che deve essere trattata in fase precoce e a domicilio ma non dicendo al paziente di prendere qualche pastiglia di tachipirina e vediamo come va. Potrebbe avere un effetto dannoso se prescritta in modo generoso. Ma la cosa più pericolosa di prendere la tachipirina è che si maschera un fenomeno febbrile che, in realtà, è sempre stato un meccanismo di difesa. Con un'influenza normale un adulto in buona salute fino a 38 lo può tollerare senza grossi rischi. Spegnerla la febbre vuol dire ridurre le risposte di tipo innato della nostra immunità e favorire la prosecuzione della malattia. Il Covid è una malattia che ha una pericolosità intrinseca in una fase molto rapida. I pazienti spesso peggiorano alla settimana, ottava giornata, non alla quindicesima. Quindi il paziente che comincia ad avere febbre e dopo due tre giorni mantiene un quadro febbrile rilevanti in associazione ad altri sintomi diventa importante decidere di trattarlo subito e questo è quello che abbiamo fatto.

Il problema è che ci è stato detto fin dall'inizio che per questa malattia non c'è nessuna cura: date la Tachipirina e aspettate che il paziente respiri male, questo è stato il primo messaggio. Questo ha fermato i medici di medicina generale dal prendere qualunque decisione. Io posso capire che molti colleghi non abbiano preso iniziative. Ti senti dire tutti i giorni da infettivologi, opinion leader, da Aifa, che non esiste cura, uno a un certo punto pensa di dover dare ragione a un ente regolatore e quindi si adegua al pensiero mainstream. Ho trattato una paziente di 80 anni con Parkinson e diabete, una paziente che avrei dovuto ricoverare. I famigliari mi hanno chiesto espressamente di non farla ricoverare. Mi sono fatto carico di prendere una paziente ad alto rischio da curare da casa. Ho ordinato l'ossigeno (arrivato subito) e iniziato la terapia. Ha fatto tutta la terapia, compreso il cortisone. Oggi la signora, in tredicesima giornata, ha quasi smesso di prendere l'ossigeno liquido di supporto. La paziente, 80 anni, fragile ad altissimo rischio, è stata trattata a casa ed è di fatto guarita. L'approccio al singolo paziente deve prevedere tutta la storia clinica del paziente, forse è questo che è mancato in ospedale”.

Tamiflu e Remdesivir, con i vaccini arriveremo a tre? Eugenio Serravalle 6/12/20 Assis.it

Dopo [Peter Doshi](#), anche [Peter Gotzsche](#) e [Fiona Godlee](#) sollevano dubbi, seri e motivati, sulla fretta con cui si sta procedendo alla somministrazione del vaccino anti Covid-19.

← Tweet

 **Prof. Peter Gøtzsche**
@PGtzsche1

Covid-19 vaccines: Science by press release, on the basis of interim or ad hoc analyses, no access to the data. Remember the Tamiflu and remdesivir scandals. Request to see the data, also on harms, before you decide about a covid-19 vaccination.

L'editor di uno dei giornali più prestigiosi al mondo ricorda il Tamiflu, farmaco acquistato dai governi di mezzo mondo in occasione della pandemia di influenza suina del 2009 in base ai risultati di studi e ricerche di bassa qualità finanziati dalle ditte farmaceutiche produttrici e rivelatosi inefficace dopo le rivelazioni di giornalisti investigativi e le revisioni Cochrane. La vicenda è di estrema attualità perché si è ripetuta con il Remdesivir, un antivirale che è riuscito ad ottenere in tutta fretta l'approvazione della FDA statunitense (e anche della nostra AIFA) ed ora, in base a studi esaustivi, non è consigliato nei pazienti Covid-19 di qualsiasi gravità.

L'articolo conclude:

“La scienza tramite comunicato stampa, sulla base di analisi provvisorie o ad hoc e senza trasparenza dei dati, coinvolge negativamente anche i candidati vaccini covid-19. I pazienti e il pubblico meritano di meglio. Così fanno iprofessionisti della salute. Pandemia o non pandemia, le decisioni devono essere basate sul controllo dei dati completi provenienti da sperimentazioni indipendenti dai produttori di farmaci e vaccini”.

Censurato da YouTube: ecco il pensiero di Sucharit Bhakdi sul vaccino anticovid-19

7/12//20 ByoBlu

È davvero impressionante come i suoi interventi vengano sistematicamente censurati dalla piattaforma video YouTube. Eppure parliamo di uno dei massimi esperti in Germania. Sucharit Bhakdi è un microbiologo thailandese che all'inizio dell'emergenza mandò una lettera alla cancelliera Angela Merkel affinché limitasse l'adozione delle misure liberticide anti-covid nel Paese. È autore anche di un libro che ha venduto milioni di copie dal titolo Corona Fehlalarm, Corona falso allarme. In questa intervista mandata in onda, lo scorso 6 dicembre, dall'emittente televisiva austriaca Servus Tv, e che Byoblu ha tradotto per voi, Bhakdi evidenzia quali potrebbero essere i rischi di un vaccino contro il covid-19: dai problemi di fertilità alle malattie autoimmuni.

I 4 grandi potenziali pericoli del vaccino anti covid per Bhakdi

“Di per sé, la strategia di sviluppare un vaccino può andar bene, se sussiste un reale pericolo. Tuttavia, la gestione dello sviluppo di questo vaccino non è soltanto cattiva, ma pericolosa. È pericolosa per tutti noi, per i nostri figli e va fermata! Glielo dico apertamente, questo vaccino porta con sé 4 grandi potenziali pericoli che se non vengono immediatamente messi sul tavolo e discussi, allora sarà troppo tardi. Questo vaccino a base genetica, che è stato da poco approvato in Inghilterra e che dovrebbe essere approvato prossimamente nel resto d'Europa, possiede 4 grandi pericoli.

Primo: già solo il vaccino stesso ha effetti collaterali che sono davvero pesanti. Alla sperimentazione c'erano persone giovani e sane e la metà di loro ha avuto febbre, brividi, dolori muscolari, dolori articolari, mal di testa e si è ammalata. Se andremo a inoculare tale vaccino a persone anziane con malattie pregresse, non voglio neanche sapere cosa potrà succedere.

PRESENTATORE: Quindi lei dice che tra i volontari per la sperimentazione c'erano troppo pochi soggetti potenzialmente a rischio...

BHAKDI: Neanche uno, non c'era nessuno con malattie pregresse lì!

Secondo pericolo: questo vaccino ha diverse componenti che possono causare reazioni allergiche molto gravi.

Terzo: Curiosamente, questo vaccino può far sì che, un'eventuale successiva infezione con questo o con altri virus influenzali potrebbe avere un decorso “esplosivo”. Nei test sugli animali per il vaccino contro il Sars-Cov 1, questo aggravamento immuno-dipendente di una malattia è stato mostrato. Gli animali che venivano vaccinati sono quasi morti. Questo pericolo è immenso poiché una volta che le iniettano il vaccino nel braccio, esso si espanderà in tutto il corpo in pochi minuti e penetrerà anche in cellule che normalmente non verrebbero attaccate dal virus. Dopodiché avviene la produzione delle proteine del virus nelle sue stesse cellule, le sue cellule saranno le fabbriche e le dico una cosa....

PRESENTATORE: Può brevemente dirci il quarto rischio del vaccino in modo da terminare?

BHAKDI: Il quarto rischio è costituito da malattie autoimmuni e collateralmente ci sono effettivi rischi di disturbi che possono teoricamente portare a morte del feto e a sterilità femminile.

Sono cose queste che in linea teorica sono già state messe su carta: sul foglio illustrativo del vaccino di Biontech c'è scritto che le donne incinte non devono assumere il vaccino perché non si può escludere che sorgano problemi e che se una giovane donna si vaccina, non deve iniziare una gravidanza per due mesi. Ciò è già scritto sul foglietto, ma non è stato mai esaminato e avrebbero dovuto esaminarlo da tempo”.

Come siamo arrivati fin qui? Il contagio di un'idea di salute

di Stefania Consigliere e Cristina Zavaroni* sinistrainrete.info (Published: 09/12/20 Created: 07/12/20)

1. Cronache di una primavera e di un autunno

Nei primi giorni di maggio, sul finire della cosiddetta fase 1, in un lungo post intitolato Ammalarsi di paura, analizzavamo l'inaudita gravità della situazione lombarda con gli strumenti dell'antropologia medica e

dell'etnopsichiatria e proponevamo di includere fra le concause di quel disastro anche l'effetto nocebo indotto dal «terrore a mezzo stampa». Come molti testi nati in quei mesi, anche quello, in qualche modo, si era scritto da sé in tempi rapidissimi, in una sorta di stato non ordinario di coscienza indotto dal trattenimento casalingo. Subito dopo, la fase 2 ha portato nuove questioni, nuove angosce, un'enorme stanchezza e un diverso registro di visibilità. Lungo l'estate il moto emotivo collettivo è andato nella direzione di un certo oblio: sperando che tanto la pandemia quanto il governo fossero in remissione, non abbiamo avuto voglia di fare i conti con ciò che avevamo appena vissuto. Troppo faticoso da elaborare e poi il virus non c'è quasi più, pensiamo a ripartire...

Quando la storia attraversata è traumatica e carica di angoscia, può capitare, sia ai singoli che a intere collettività, di aver voglia di pensare ad altro e "guardare avanti", nel tentativo ambiguo di alleviare il carico emotivo senza fare i conti con le responsabilità. **Luca Casarotti** ha descritto questo processo, per un tutt'altro momento storico, nel suo [discorso per il 25 aprile 2018](#). Dal punto di vista psicologico si capisce bene il perché di questa strategia, che però, alla lunga, è fallimentare e collusiva. E infatti ora, in mezzo alla seconda ondata autunnale, ci ritroviamo con una società profondamente trasformata, con le piazze presidiate da Forza Nuova, con regolamenti più assurdi di quelli primaverili, con una sinistra più polverizzata e residuale che mai, con il malessere psichico alle stelle e con una miriade di schegge tossiche infilate nell'immaginario – a partire da quelle emesse dalla [«bomba a frammentazione psichica» detta QAnon](#).

Bisogna riprendere il filo. Con dieci mesi di emergenza alle (e sulle) spalle, ma, anche, con l'aiuto di una letteratura critica che comincia a sedimentare, proviamo a portare innanzi il discorso cominciato a maggio e a trarre alcune delle conclusioni che, a primavera, non sapevamo articolare – prima che nuove fasi-due/tre/quattro, o il dolce oblio che già i giornali vanno orchestrando, ci distraggano.

2. Sull'utilità della storia per la vita

O forse i fili da riprendere sono due. Uno, più specificamente italiano (e tuttavia estendibile ad altre situazioni), è immediatamente politico e riguarda i modi paternalistici, terrorizzanti e polizieschi con cui la crisi è stata gestita, la violenza istituzionale di cui un'emergenza sanitaria è stata caricata. Il secondo filo, molto più generale ma anche meno visibile, riguarda l'assetto antropologico dell'Occidente contemporaneo, la sua strutturazione materiale e simbolica, il modo in cui dà forma agli umani che lo abitano. I due fili s'intersecano e, per molti aspetti, [la terra dell'eterna emergenza](#) è un osservatorio privilegiato. Ma mentre il primo è già ampiamente analizzato (soprattutto in questa sede), il secondo è molto meno visibile, più elusivo e scivoloso. È possibile, però, che sia proprio questo filo a permettere di spiegare alcuni dei fenomeni più inquietanti di questo periodo e, in particolare, l'appiattimento degli ambienti della sinistra critica su posizioni filogovernative.

La prima domanda da farsi è dunque: come siamo arrivati fin qui? Cos'è dovuto succedere, *prima del virus*, perché potessimo così prontamente rinunciare alle libertà fondamentali, allontanarci da amori e affetti, sospendere istituti sociali primari (il saluto ai morti e quello ai nuovi nati, ad esempio), prendercela con il vicino, percepire la presenza del prossimo come minaccia letale, accettare ogni invasione dell'intimità e lanciare volontariamente i nostri figli in pasto al drago telematico? Che tipo di addestramento cognitivo ed emotivo è necessario perché una storia dell'orrore come quella di QAnon risulti diffusamente credibile? Che idea di corpo, di salute, di malattia, di benessere bisogna avere per pensare che i colpevoli di un evento pandemico possano essere i bambini o chi va a correre in spiaggia? Si tratta, insomma, di capire come è stata costruita la soggettività contemporanea, lungo quali assi pulsionali, affettivi e cognitivi; quali sono i suoi presupposti; quale il suo "regime di veridizione" e i valori che la costituiscono.

Richiamiamo telegraficamente il quadro concettuale nel quale ci muoviamo, che il post di maggio articolava in modo più approfondito. Quando in antropologia si dice che un fenomeno è *sociale*, non s'intende affatto che esso sia di minor rilievo rispetto a un qualsiasi fenomeno di natura, perché non esiste fatto di natura – neanche il funzionamento del nostro genoma – che non sia preso fin dall'inizio in un intrico di relazioni e scambi, in un certo tempo, in una storia collettiva. Detto altrimenti: gli umani sono storici fin dall'inizio e fin nel profondo,

vivono e muoiono delle verità messe a disposizione dal loro mondo e a esso, in larga parte e inconsapevolmente, si conformano. Se non lo facessero, non potrebbero abitarlo. Anche ciò che sembra più intimo e intangibile – la soggettività, il fatto di percepirsi come persone fatte così-e-così – è storica: dipende dagli assetti ontologici, culturali, economici, simbolici di un mondo umano; dalla distribuzione del potere che vi si pratica; dal tipo di rapporti ammessi e non ammessi. Solo conoscendo almeno un po' questi presupposti si può prender parte e provare a modificare l'assetto: i tentativi di agire su un mondo culturale, e su se stessi in quanto elementi di quell'orizzonte, non possono che partire da un'apprensione critica dell'acqua in cui si nuota – apprensione faticosa, perché rivela le proprie collusioni e richiede una certa disponibilità alla trasformazione.

È dunque proprio nella storia recente e nei suoi presupposti che dobbiamo cercare le cause della trappola emotiva, concettuale, etica e politica nella quale, oggi, siamo presi. Se siamo così malmessi, non è per via di un destino ineludibile o di immutabili leggi di natura, ma a causa di ciò che è successo ai singoli e ai collettivi, dell'organizzazione delle nostre vite, dell'insieme di convinzioni e costrizioni che regolano i nostri giorni. Per via di un insieme di fattori che, se conosciuti, si può almeno provare a controeffettuare. In questo post ci concentreremo sull'idea di individuo e di salute di cui tutti, in quanto occidentali contemporanei, siamo in qualche misura portatori. Ancora una volta, chiediamo a chi legge una certa pazienza.

3. Esproprio

Nella sua forma egemone, la modernità è il mondo umano che ha preso forma in Europa, fra Cinquecento e Settecento, nella coalescenza di tre giganteschi processi storici: colonialismo, capitalismo e scienza. Senza l'oro, la manodopera e le sperimentazioni schiavistico-industriali delle colonie non ci sarebbe stata l'accumulazione primitiva. Senza la piega antropologica del protestantesimo, l'accumulazione primitiva non avrebbe innescato il circuito del plusvalore e la transizione al capitalismo. Senza la Scienza – intesa qui, al singolare e con la maiuscola, come «unico regime legittimo di veridizione» e poi come deriva scienziata – non sarebbero state possibili l'oggettivazione del mondo, la giustificazione delle nuove gerarchie globali e il mito del progresso. Il convenire di questi tre fenomeni ha dato origine al potente dispositivo di centralizzazione e omogeneizzazione necessario al suo funzionamento (lo Stato nazione) e al tipo di soggettività richiesta dalla nuova configurazione (l'individuo). Utopia del progresso e violenza del dominio vanno osservati insieme. Se da un lato la modernità si presenta come la realtà radiosa di un mondo di conoscenza, ricchezza, democrazia, libertà, salute e comodità tecnicamente assistita, dall'altro è costretta a occultare continuamente la violenza del plusvalore e di ciò che lo fa girare, e cioè *l'esproprio*. Marx ha descritto in pagine celebri l'esproprio dei produttori dai mezzi di produzione, battezzando questo processo «[accumulazione originaria](#)»: la sua violenza ha distrutto ogni modo altro di organizzazione, separando i soggetti fra loro e dall'insieme ecologico del loro mondo. A partire da questa operazione di disvelamento, altri espropri sono diventati osservabili: quello coloniale, con l'appropriazione delle terre e l'ecatombe delle popolazioni; quello dei saperi autonomi dei collettivi umani, con i roghi delle streghe e l'instaurazione di un regime di “verità accademica”; quello delle conoscenze agricole con le piantagioni; quello del tempo di vita e delle capacità produttive con la disciplina di fabbrica; quello dei corpi, con la riduzione di quello maschile a macchina produttiva e di quello femminile a macchina da riproduzione e ricreazione; quello delle viscere del pianeta con l'estrattivismo; quello di apprendimento e invenzione tramite disciplinazione istituzionale; quello degli affetti tramite un patriarcato particolarmente crudele; e quello della qualità politica dell'esistenza umana con il totalitarismo e i campi. L'insieme di questi processi mira alla riduzione, e poi alla sparizione, dell'autonomia dei soggetti e dei collettivi in vista della traduzione di tutto ciò che costituisce la vita umana in merci o servizi acquistabili – e cioè, raggiungibili solo tramite la mediazione del denaro. La stessa esistenza soggettiva diventa un bene espropriabile.

4. Il soggetto monadico della modernità

Quest'immane processo di immiserimento ha avuto ripercussioni profonde sulla soggettività, sul modo in cui dev'essere costruita per risultare conforme alle mutate condizioni sociali. Il soggetto della modernità occidentale è l'individuo autonomo che tutti quanti, da quattro secoli, siamo tenuti a essere, il personaggio ideale ipotizzato dal diritto, dall'economia e dal grande romanzo dell'età borghese: auto-centrato, autosufficiente, nel pieno possesso delle sue capacità razionali, in stato di veglia, identico a sé; che trova in sé – e non nelle relazioni, nel cosmo, negli antenati – la propria ragion d'essere; che non considera le relazioni come parte fondante della propria identità e idealizza la sua interiorità come unico luogo dell'intenzione e della civiltà, squalificando sistematicamente tutti coloro che non la possiedono nelle sue stesse forme (gli animali "privi di anima", le donne "istintive e poco razionali", i bambini "umani dimidiati", i non-europei "selvaggi e incivili", i dormienti "pigri", gli psiconauti "criminali").

Come ha argomentato **David Graeber**, l'individuo moderno eredita dalla sovranità dei re un certo grado di privilegio utopico: gode del benessere prodotto da condizioni strutturali che obbligano altri a lavorare per lui; dispone di un altissimo potere di accesso alle forze che governano la vita sulla terra – soldi, passaporto, medicinali, gadget tecnologici – e non è legato da vincoli di reciprocità. Il primo punto richiede forse un chiarimento: come notato dai femminismi, l'individuo teorizzato dalla modernità è, in primo luogo, maschio, bianco e benestante; gode quindi dei privilegi che derivano dalla strutturazione patriarcale, coloniale e di classe. Le lotte sociali hanno democratizzato alcuni di questi vantaggi a una fascia più ampia dei cittadini dell'occidente, ma senza eliminare del tutto la violenza che li sottende – una violenza globale che sarebbe ipocrita non osservare: se possiamo far benzina ai nostri mezzi a motore, è perché le comunità amazzoniche pagano il prezzo ecologico dell'estrazione di petrolio; se a Natale possiamo comprare ai nostri figli, per pochi euro, grossi giocattoli di plastica, è perché le operaie uccise nelle *maquilladoras* messicane ne hanno già pagato il prezzo; e via dicendo.

C'è però un lato in ombra: se il sovrano è, per definizione, un uomo solo, soli saranno anche tutti i "sovrani di stessi". *In-dividuo* significa "ciò che non può essere ulteriormente diviso": i soggetti moderni sono tenuti a essere monadi, a vivere quanto più possibile in assenza di relazioni orizzontali, godendo di ciò che riescono ad accaparrare per sé in un mondo descritto, e quindi costruito, come inospitale, lotta di tutti contro tutti sullo sfondo di una natura matrigna che non dà mai a sufficienza. A verifica di questo mito fondante si possono rileggere le pagine iniziali di un qualunque manuale di economia. Fra gli umani si crea il vuoto: lo Stato e il mercato organizzano gli individui *in quanto già separati*, strappati dalla tessitura relazionale della vita; dal mondo scompaiono i fili che uniscono ciò che esiste in trame ecologiche di senso, rimpiazzati da un unico, invisibile cavo d'acciaio che vincola ciascuno al denaro e al mercato. La ricchezza di un individuo è l'insieme di tutte le cose che può fare senza negoziarle con altri; quest'assenza di legami è detta libertà.

Per questo soggetto, l'isolamento dal mondo è al contempo protezione dai pericoli e legittimazione all'indifferenza. Sicuro del proprio prestigio (ben esemplificato da quello dei cittadini civilizzati rispetto ai barbari e ai selvaggi) e tecnicamente potenziato, forte della sua relazione con il denaro, depositario unico della coscienza, della conoscenza, dell'intenzione e del senso, l'individuo moderno è solipsistico. La regolazione dei rapporti fra soggetti non è pensata come un'interconnessione ma nei termini del diritto, e il diritto è solo dell'individuo (come dimostra la difficoltà di garantire protezione alle «persone non umane», la sordità dei giuristi al diritto delle comunità e lo stallo, individuale e istituzionale, che sperimentiamo di fronte a [soggetti costruiti in modo diverso da noi](#)). Si comprende meglio la logica del soggetto-*individuo* mettendola a confronto con quella del soggetto-*dividuo* descritto dall'antropologia, che si pensa a partire dalle relazioni che lo costituiscono, snodo di fili che originano altrove e che sono intrinseci e definitivi di sé. Individualità e dividualità non esistono da nessuna parte in forma pura, sono poli ideali di un variegato campo di possibilità: perfino da noi, dove la strutturazione individuale è arrivata al grado più estremo, parti cruciali dell'esperienza sono meglio descritte come dividuali. È il caso della parentela, persone «fatte della stessa sostanza».

Sta di fatto che lo sforzo per produrre individui è stato titanico: ci sono voluti secoli di potere disciplinare e di alienazione per separare gli umani fra loro e dai legami che danno senso alla vita, fino a ottenere soggetti abbastanza induriti da raggiungere gli altri solo tramite la mediazione invisibile del mercato; di raggiungerli, cioè, come merci o tutt'al più come partner d'impresa. In primo luogo, come visto, li si deve isolare; poi occorre mantenerli separati, impedendo che i legami si ricostituiscano. Applicata dapprima per disarticolare i mondi esistenti, la violenza viene poi impiegata per evitare la ricomposizione degli umani in collettivi che abbiano la pretesa di autodeterminarsi (le fasi di crisi del lavoro sono, da questo punto di vista, esemplari). E poiché gli umani tendono comunque a stabilire fra loro relazioni e vincoli di reciprocità che li muovono verso piste imprevedibili, bisogna intercettare e flettere questo movimento prima che prenda forma, fornendo a compenso i benefici che vengono dell'organizzazione coloniale dello sfruttamento e l'utopia di una vita senza dolore.

5. La salute come prestazione tecnica

La separazione dei produttori dai mezzi di produzione e l'erosione dell'autonomia di singoli e collettivi riguarda anche la salute. Nelle società a organizzazione non moderno-statale le conoscenze relative alla salute di base appartengono di solito alla collettività nel suo insieme. Le pratiche igieniche per non ammalarsi, il trattamento delle affezioni più comuni, l'impiego delle erbe medicinali e un certo "sapere del corpo" sono competenze diffuse, così come la capacità di prendersi cura dei neonati, dei bambini, degli infermi, degli anziani e dei morenti. Questo significa che la maggior parte della vita si svolge entro margini ampi di competenza e senza bisogno di delegarla a prestatori d'opera professionali. In questi contesti i terapeuti *sensu strictu* – e cioè coloro che detengono conoscenze più approfondite e competenze tecniche specifiche sulle malattie e sulle cure – vengono mobilitati soprattutto per le crisi che non si riesce a risolvere a livello di presa in carico comunitaria.

A scanso di equivoci, non stiamo argomentando in favore di forme di primitivismo: il punto non sono i mezzi, più o meno sofisticati, di cura, ma la distribuzione delle competenze. Non a caso, nel fermento sociale, culturale e istituzionale degli anni Settanta, la qualità comunitaria della salute e il suo controllo democratico erano al centro della riflessione di molti movimenti antagonisti rivoluzionari, fra cui le [Black Panthers](#); allo stesso modo, la più epocale dichiarazione programmatica dell'ONU – quella di [Alma Ata](#) del 1978, che al punto 4 recita «le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno» – prendeva a modello l'esperienza cinese dei medici scalzi per promuovere la salute comunitaria.

A questa prima lezione antropologica su come le risorse di salute possano essere diversamente distribuite, se ne deve aggiungere una seconda, cruciale, sull'ecologia della salute. Ogni collettivo umano vive in profonda simbiosi, e in un rapporto di co-produzione reciproca, con ciò che chiamiamo "ambiente": arie, acque, terre, viventi non-umani, ma anche *milieu* psichico, affettivo, cognitivo, miti, sogni e via dicendo. L'ambiente non è qualcosa di esterno, uno sfondo ostile o accogliente, un parco da colonizzare, ma l'esito di un modo di vivere e di stare in relazione fra umani e non-umani. L'autonomia e le risorse di salute dei collettivi si misurano anche sulla possibilità di intervenire sul proprio ambiente quando questo diventa patogeno – ovvero, di modificare le proprie pratiche e il proprio assetto di vita per mantenere o ripristinare la salute.

Tutto ciò viene profondamente minato dall'avvento della modernità, a partire dall'esproprio "originario" della terra, che distrugge un termine ecologico fondamentale, passando per l'imposizione del medico accademico come sola figura legittimata al gesto terapeutico, fino alla medicalizzazione integrale della vita (si pensi, ad esempio, al parto ospedaliero, alla delega al pediatra delle competenze genitoriali, alla morte in strutture dedicate, alla patologizzazione della devianza e dell'improduttività). Espropriati soggetti e comunità della possibilità di agire sull'ambiente, delle basilari competenze di salute primaria e della presa sui diversi momenti dell'esistenza, l'unica risorsa di salute disponibile è quella professionale e statale. La "via tecnica" alla salute

diventa parte integrante del pacchetto del progresso e delle battaglie per la redistribuzione sociale delle ricchezze.

«Una società industriale avanzata genera malattia perché rende gli uomini incapaci di controllare il proprio ambiente e, quando essi crollano, sostituisce una protesi «clinica» alle relazioni spezzate. Contro un simile ambiente gli uomini si ribellerebbero se la medicina non spiegasse il loro scombussolamento biologico come un difetto della loro salute, invece che come un difetto del modo di vivere che viene loro imposto (...). L'assicurazione di personale innocenza politica che la diagnosi offre al paziente serve come una mascherina igienica che giustifica un ulteriore asservimento alla produzione e al consumo.» (Ivan Illich, *Nemesi medica*, p. 174-175)

In parallelo ai processi di esproprio dei mezzi di salute e di statalizzazione e tecnicizzazione della medicina, l'origine della malattia si sposta sempre più verso l'interno dell'individuo: da esito di una certa configurazione ecologica e sociale (e parte ineludibile dell'umana finitudine), la malattia diventa un disfunzionamento privato, una falla nel funzionamento interno – meccanico, chimico, psichico – del soggetto, da affidare alle competenze certificate di un professionista e alla mano provvidenziale dello Stato. La morte stessa si fa impensabile: il soggetto della modernità ne è terrorizzato perché essa annulla il solo senso esistenziale possibile, quella della sopravvivenza individuale, del dominio sulle cose e del godimento; anch'essa, dunque, è stata progressivamente sottratta alla lavorazione culturale collettiva e affidata alle cure degli specialisti.

6. Capitale-salute

Iniziati con la coppia Thatcher/Reagan e con la sconfitta del “decennio Sessantotto”, gli ultimi quarant'anni hanno portato la desertificazione relazionale e la guerra di tutti contro tutti fino a ciò che oggi chiamiamo “antropocene”. A partire dagli anni Ottanta la riconfigurazione neoliberista delle società occidentali ha comportato un'ulteriore stretta sulla soggettività. All'individuo razionale, autocentrato, competitivo e libero di muoversi nel mercato, richiesto dalla modernità capitalista, la *governance* neoliberista ha aggiunto capacità di auto-imprenditoria, trasparenza rispetto ai meccanismi di controllo, completa interiorizzazione delle leggi del mercato e disponibilità totale alla messa a profitto della propria vita (tramite lavoro salariato, consumo, soggezione burocratica, pubblicizzazione del privato e via dicendo). In tal modo, ha creato nuovi territori vergini da mettere a valore: dopo la colonizzazione delle terre, del tempo e dei viventi, ha trasformato anche l'interiorità dei soggetti in *terra nullius* passibile di appropriazione e sfruttamento, esattamente come i *commons* sui quali vivevano i contadini britannici o le ore della giornata lavorativa. Anche questo processo è noto e ormai ben descritto nei suoi effetti: dall'erosione del sonno all'aumento esponenziale di *bullshit jobs*, dal ruolo dei *big data* nel controllo alla diffusione a tappeto di sostanze, legali e illegali, che adattano i soggetti alla continua richiesta di *prestazione* (a scuola, sul lavoro, nello sport, nel *gaming*, sui *social*, a letto). L'esito scontato è l'innalzamento del malessere psichico e un livello ormai epidemico di disturbi depressivi e di ansia.

L'idea di salute si è ulteriormente ristretta: da qualcosa che lo Stato, bene o male, è tenuto a garantire ai cittadini, a un *capitale individuale* da far fruttare. Come il conto in banca, il razicinio e l'autonomia, anche il benessere dei soggetti non è più questione politica ma pertinenza del singolo, un bene ontologicamente individuale che dipende esclusivamente dal proprio buon funzionamento interno. Se sei fortunato, nasci con una solida proprietà che potrai far fruttare in una lunga vita di salute e produttività; se sei uno come molti, hai in dotazione un piccolo patrimonio che ti conviene non sprecare; se nasci con un capitale-salute scarso... beh, peccato! Buttarti giù dal Taigeto ormai pare brutto e quindi, con gli ultimi residui di stato sociale, ti assisteremo in quanto categoria svantaggiata – ma sia ben chiaro che il problema è intrinsecamente tuo e nulla ha a che fare con l'organizzazione del mondo. La salute diventa – come tutto, del resto – un gruzzoletto, un valore di scambio che partecipa alla solvibilità individuale (v., ad esempio, il modo in cui assicurazioni sanitarie possono accettare o rifiutare i possibili assicurati) e, quindi, ad assegnare una posizione nella gerarchia sociale. E poiché, per un individuo siffatto, null'altro dà senso al mondo se non il mero fatto di restare in vita per godere dei

propri privilegi di consumatore e di cittadino del primo mondo, è chiaro che qualsiasi cosa metta a rischio questa condizione viene vissuto come una grave minaccia personale. Qui eravamo quando, nel mese di febbraio dell'anno duemilaeventi, la diffusione di un agente patogeno di pericolosità media, unita al terrorismo mediatico e a misure contenitive di tipo poliziesco, ha mostrato con chiarezza esemplare l'esito politico, sociale e antropologico di questi processi. È qui che ora dobbiamo addentrarci.

7. Quod erat demonstrandum

Riletto oggi, *Nemesi medica* di **Ivan Illich** fa l'effetto di una doccia scozzese: dapprima sollievo («finalmente qualcuno che mette in fila le cose!»); poi una serie di grattate dolorose alla sensibilità corrente (ad esempio le notazioni sulla patogenicità del sistema medico); e infine una sorta di vertigine quando ci si accorge che, a metà degli anni Settanta, concetti che oggi suscitano scandalo erano moneta corrente. La sua lezione più importante si può forse riassumere così: nessun punto della “macchina”, per quanto marginale, può essere cambiato senza modificare il sistema nel suo complesso. Da quanto tempo non si sentiva niente del genere...

Il neoliberismo ha portato un'eclissi durevole dei guadagni teorici dei due decenni precedenti e reso quasi inascoltabili le parole di quell'epoca. E, soprattutto, ha parcellizzato e individualizzato processi e relazioni fino a polverizzare gli sguardi e le possibilità critiche: anche presso i soggetti più attenti, capaci di cogliere le storture e disposti a lottare per questa o quella causa, il quadro d'insieme risultava spesso inafferrabile. Ora l'«evento-covid» arriva a sollevare il velo e rimette sotto gli occhi di tutti la profonda discrasia sistemica in cui viviamo – discrasia che non è stata causata dal virus: era già lì, ma non riuscivamo più a coglierla. La si può descrivere come la distanza che intercorre fra le esigenze del capitale e quelle degli umani (e degli altri viventi, e della terra). Il nostro mondo è ben organizzato secondo una logica di massimizzazione del profitto che mette tutto a servizio del plusvalore e si traveste, in circostanze ordinarie, da migliore dei mondi possibili. Finché le cose più o meno funzionano come ci aspettiamo, è difficile rendersi conto della qualità non-umana del suo assetto. È in circostanze non ordinarie, quando la logica umana di cura e solidarietà non può più essere aggirata, che ci si accorge di essere intrappolati nel letto di Procuste della logica del profitto, vincolati a una macchina che, dal punto di vista dell'umana esistenza, è completamente illogica. La logicità del sistema rispetto al profitto, e la sua illogicità rispetto alla vita, spiega la contraddittorietà del panorama che abbiamo di fronte ed è ciò che dobbiamo portare a tema in tutte le circostanze possibili.

Proviamo allora, in primo luogo, a tirar fuori dalla cantina i vecchi strumenti della teoria critica e a usarli per analizzare la pandemia in corso. L'impostazione totalizzante e “oggettificante” della medicina *high tech* ha cominciato a essere percepita con inquietudine dai suoi stessi beneficiari: questo spiega, in parte, il fatturato delle medicine cosiddette «complementari e alternative». Sarebbe erroneo, però, tanto ridurre le perplessità dei pazienti a mistica *new age*, quanto non avvedersi che, su entrambi i fronti, gli operatori che davvero promuovono la salute e le capacità soggettive e comunitarie di prevenzione, cura e guarigione, non sono molti. Interessi corporativi, schiacciamento burocratico, pressioni industriali e puro e semplice profitto spesso hanno la meglio. La concentrazione delle risorse di salute in macrostrutture dotate di tutti i macchinari di ultima generazione, a scapito della loro diffusione, è dannosa: non a caso, la centratura sugli ospedali, a detrimento dei presidi sanitari territoriali, è stata identificata fin dall'inizio della crisi come una delle cause principali del fallimento della sanità lombarda. Allo stesso modo, la produzione di plusvalore tramite la capitalizzazione dei bisogni di salute – nota anche come «privatizzazione della sanità» – ha rivelato durante l'epidemia tutta la sua inefficienza e il suo tasso di “perversione strutturale”. (In relazione alla Lombardia si veda, ad esempio, [quest'intervista a un insider](#); ancora a scampo di equivoci, poiché la salute è *sempre* una faccenda collettiva, in discussione qui non è la sanità pubblica in quanto tale, ma la sua organizzazione, la sua catena di comando e la sua collusione con interessi economici contrari a quelli della salute globale.)

L'impossibilità di controllare il nostro ambiente giustifica il bisogno di tecnologie sofisticate per mettere una pezza sui mali derivanti dalla sua tossicità. A **Taranto**, dove la diffusione e la gravità delle malattie respiratorie

dipende in modo palese dalle ciminiere dell'Ilva, è impossibile praticare l'arte medica senza prendere una posizione politica – senza agire in modo che i propri interventi terapeutici diventino, il prima possibile, superflui. Lo stesso vale oggi, *mutatis mutandis*, per lo stress che i territori più inquinati impongono al sistema respiratorio di chi li abita, come anche per la fragilità metabolica di popolazioni esposte a decenni di zucchero e *junk food*. Chi, in veste di terapeuta, voglia davvero curare i suoi pazienti, oggi non può fare a meno di interrogarsi politicamente sulle cause ambientali che precludono la guarigione e trasformano la terapia in mero controllo dei sintomi. Se poi consideriamo la salute come un'ecologia di relazioni e ricchezza sociale a disposizione di una collettività (abitazioni decenti, ambiente non tossico, autonomia alimentare, socialità diffusa e affidabile, possibilità di agire positivamente sulla propria vita e su quella dei prossimi), allora lo *stare in casa* è, fra tutte, la misura più patogena che si potesse immaginare. Quanto alla sottrazione della morte e del senso stesso della mortalità dalla presa dei soggetti, se essa non fosse già stata pressoché integrale *prima* della pandemia, immagini come quelle delle camionette dell'esercito che trasportano altrove le bare di Bergamo, o il divieto, decretato per legge, di assistere i propri anziani e i propri malati, sarebbero stati presi per quel che erano: violenze intenzionali, attacco ai legami fondamentali dell'umano vivere. *La società contro lo Stato*, scriveva **Pierre Clastres** – e viceversa.

8. Divide et impera

Fin qui le questioni sono di scelta politica e quindi, sia pure a fatica, articolabili. Messe sul tavolo, produrrebbero gruppi discordi, più o meno identificabili con una posizione sullo scacchiere, i quali, nel fronteggiarsi, si riconoscerebbero comunque come avversari legittimi. Altre partizioni sono più difficili da descrivere. Al contempo intime, meno legate all'appartenenza politica e più feroci negli effetti, hanno a che fare con gli effetti del neoliberismo sulla parte più profonda di noi, con la plasmazione inconsapevole a cui questi anni ci hanno esposti e con il nostro grado, consapevole e inconsapevole, di adesione. Ligia ai dettami dell'individuo-monade, la stragrande maggioranza della nazione – inclusi molti di coloro che si atteggiavano a critici del sistema – si è rivelata disposta a rinunciare alle proprie relazioni e a lasciarsi intrattenere entro le mura di casa; incline alla paranoia e alla difesa oltranzista del proprio gruzzoletto di salute; e nevrotica fino a prendere ogni perplessità come attacco personale e a raccogliersi minacciosa intorno a un nemico immaginario tacciato di “negazionismo”. La configurazione antropologica del neoliberismo è penetrata talmente a fondo da rendere uno stato sanitario di polizia più desiderabile del mondo nella sua interezza e della vita nella sua complessità. Ancora una volta, si tratta di esproprio – e questa volta di tipo davvero particolare.

In linea con la necessità di creare sempre nuovi territori da mettere a valore, ciò a cui abbiamo assistito è un'innovativa applicazione dell'antico *divide et impera*. Oggi però la linea di divisione non è più solo quella che separa i soggetti e li isola, ma anche quella che divide i soggetti al loro interno. *La paura, come la violenza, è una forza produttiva*: perché possa agire, bisogna costringere i soggetti a ignorare i segnali in arrivo e a non concettualizzare quello che, pure, sentono chiaramente. I nostri corpi sanno benissimo che l'assenza di relazioni atrofizza il cuore e il cervello; che gli odori portati dai venti minacciano malattia; che l'insensatezza dei *bullshit jobs* diventa depressione; che d'estate non si può fare il bagno se il mare è cimitero – ma i nostri cervelli sono tenuti (e ben allenati) a rimuovere, razionalizzare, ignorare e *disvedere*. Se quel che sappiamo nelle cellule arrivasse a consapevolezza, l'impianto del dominio capitalista sarebbe in pericolo.

Di questa dissociazione coatta l'evento-covid ha dato la prova più piena e terribile che si potesse immaginare. Con il vecchio vocabolario marxista: ha mostrato che la sussunzione della vita e delle soggettività alle esigenze del capitale è (quasi) totale. A quarant'anni dall'inizio dell'offensiva neoliberista, la capacità collettiva di fare mondo e fare umanità, indispensabile nell'affrontare eventi eccezionali, è arrivata al suo minimo e pare integralmente delegata agli apparati dello Stato e dell'economia. Il cordone che ci lega a quel che resta della nostra traiettoria esistenziale (un tetto sopra la testa, la cittadinanza in una nazione europea, consumo e godimenti eterodiretti) ci impedisce di accorgerci che stiamo barattando la vita in cambio di una sopravvivenza

neppure più “aumentata”; la gioia in cambio di godimenti tossici; la salute in cambio di uno stato di non-infezione. *Soo-oo-oo, so you think you can tell...* cantavano i Pink Floyd in un brano che, riascoltato oggi, fa male. Il terrore del virus ha colpito molto al di sotto della zona cosciente delle nostre scelte e delle nostre opinioni; ha imperversato nella *twilight zone* dell’immaginario e dell’inconscio sociale, dove i tempi, la struttura sociale, la cosmovisione condivisa e gli eventi storici ci plasmano ben al di là della nostra consapevolezza. La questione cognitiva (chi vede il pericolo del virus non vede il pericolo politico, e viceversa) ha origine dalle diverse maniere in cui di ciascuno di noi è stato toccato, dal modo in cui abbiamo reagito “di pancia” alle paure indotte, da quanto ci siamo sentiti capaci di autonomia decisionale, dalla tenuta (o, viceversa, dalla fragilità) delle nostre relazioni, dall’affidabilità dei terapeuti di riferimento, dalla coerenza fra quel che pensiamo e come viviamo. Ha a che fare, quindi, con i fondamenti antropologici sui quali poggiamo i piedi, con le posizioni esistenziali più profonde, che non sempre corrispondono o sono armoniche con quelle dichiarate.

Impossibile sapere a priori dove ciascuno cadrà, come sentirà gli eventi, quali adesioni, collusioni e resistenze l’attraverseranno, così come non si può sapere a priori come i diversi soggetti si comporteranno nel pericolo o quale resistenza avranno al dolore. Per questo, come nella *stasis* (la guerra civile) greca, tutte le precedenti alleanze sono state annullate e messe alla prova degli eventi; per questo, anche, le fratture sono state così drastiche e dolorose: non avevano a che fare con le alleanze politiche, ma con qualcosa di molto più cruciale, con un’alleanza “esistenziale” che a volte, dove ci aspettavamo di trovarla, non c’era più. Spesso la reazione è stata di rabbia. È però possibile che, come suggeriscono le femministe statunitensi, la reazione appropriata sia piuttosto il lamento, il pianto di cordoglio: ancora un* altr* compagn* è stat* catturat*, un* altr* dei nostri reso impotente, un altro umano asservito a una logica non-umana.

9. Prender parte

Non c’è alcun bisogno di ipotizzare che quanto sta succedendo risponda a un piano qualchessia, dal momento che da sempre il capitalismo impiega le crisi – poco importa se piovute dal cielo o indotte – come volano. (E ad ogni modo, nell’orizzonte degli eventi detto “antropocene”, è ben difficile stabilire in che misura le epidemie siano esito di ricorrente sfortuna o effetto collaterale della distruzione ecologica.) Ma certo la risposta collettiva agli eventi ha dato preziose indicazioni a tutte le forze in campo che possono trarre vantaggio da un controllo ancor più stretto della popolazione. Bisogna muovere altrove con cortese urgenza. Ci sono, per cominciare, una miriade di questioni politiche immediate su cui si sono mobilitati i diversi gruppi dell’attivismo nazionale, che da mesi discutono, si confrontano e avanzano proposte perfettamente sensate per intervenire sulla crisi in maniera meno raffazzonata, più equa e più efficace – per intervenire sulla scuola, sulla mobilità, sulle categorie professionali, sulla vita pubblica, sui territori e la distribuzione della ricchezza, in modo da ridurre collettivamente il rischio del virus senza trasformarci individualmente in zombie terrorizzati e terrorizzanti.

E poi c’è l’altro livello, quello del paradigma antropologico all’origine di questo disastro. Le ragioni per uscirne sono molte e di certo non sono nate quest’anno. La distruttività della moderna impresa capitalista, lo svuotamento di senso che essa induce, la violenza che infligge e l’infelicità che causa hanno cominciato a essere descritte fin dall’epoca del primo romanticismo; da Marx in poi, si può fare a meno di vederle solo accettando un certo grado di dissociazione. Oggi la dissociazione sembra un *sine qua non* per vivere nelle metropoli. E tuttavia, l’adozione intellettuale di posizioni critiche non basta: quanti raffinati decostruttivisti, quanti infervorati foucaultiani, quanti sublimi analisti delle “condizioni sociali” abbiamo visto, in questi mesi, ritirarsi spaventati sotto le gonne dello scientismo più becero all’insegna del “lasciamo che decidano gli esperti”, come se le epistemologie e le critiche sociali su cui hanno costruito le loro carriere fossero, in fondo, solo passatempi per gli anni di vacche grasse. È qui che, nei mesi scorsi, si è consumata la frattura fra posizione politica e posizione esistenziale. Certe posizioni politiche richiedono oggi una migliore tenuta dei fondamenti antropologici; altrimenti si finisce per cadere in quella che, negli anni Settanta, chiamavano critica-critica: un raffinato e sussiegoso ragionare al riparo dei propri privilegi di classe.

Non c'è stato solo questo, comunque – e per fortuna. A fronte dell'isteria maggioritaria, gli altri, quelli che sentivano il mondo in un'altra maniera, dapprima si sono sentiti pazzi. Poi hanno cominciato, ciascuno a suo modo, a reagire. C'è chi ha organizzato reti semiclandestine di preparazione e distribuzione di pasti; chi ha analizzato dati ed eventi in base alle proprie competenze; chi ha messo su gruppi di auto-aiuto; chi ha fatto vivere *Giap*. Molti oggi stanno pensando di andarsene dalle città e, fra i più giovani, la terra comincia a chiamare. Gruppi di lavoratori della sanità hanno veicolato analisi critiche e controproposte. La scuola è tornata a farsi sentire. E poi bisognerebbe riflettere su quelli che, incapaci (a loro merito) di stare nell'ossessivo discorso maggioritario, ma drasticamente privi di strumenti critici, sono caduti (a loro rischio) in alter-narrazioni tossiche. Non sorprende, d'altronde, che dopo decenni di banalizzazione della lingua, di colonizzazione dell'immaginario e di guerra alla complessità, le più sciape storie dell'orrore possano suonare credibili. Da un certo punto di vista, questi nuovi “credenti” rappresentano una catastrofe e una fatica di Sisifo per chi, oltre a non stare nella narrazione maggioritaria, deve poi anche smarcarsi da questa galassia. Ma c'è qualcosa che va osservato e, se possibile, contattato: la qualità umana di chi trova così atroce quel che va accadendo, da ipotizzare che possa esser giustificato solo da qualcosa di altrettanto atroce.

Si tratta, ora, di prender parte: accettare il dolore che viene dal percepire il nostro mondo in tutto il suo disastro e la sua follia, osservare i punti in cui ha presa su di noi e organizzarsi con altri per immaginare (e fare esistere) modi diversi di stare al mondo. È qui che oggi è possibile costruire alternative al mondo-così-com'è con una radicalità che sembrava persa e *a partire da una posizione del tutto marginale*: quella di chi, nonostante tutto, continua a sentire il mondo in modo diverso da quello previsto; a non considerare il prossimo come una minaccia; a trovare che l'idea stessa di “salute individuale” sia un controsenso; a sentirsi attraversato e modificato da relazioni profonde con altri e altro; a non trovare la propria pienezza nel consumo o nell'accumulo; a provare sdegno di fronte alla violenza istituzionale e sistemica. Ne consegue la necessità di uscire consapevolmente dalla trappola dell'individuo atomico, del capitale-salute, della “sopravvivenza aumentata” e della dissociazione fra quel che sentiamo e quel che pensiamo. Di uscire, come ha scritto **Avery Gordon** in *Ghostly matters*, dalle ontologie della dissociazione e dalle epistemologie della cecità – impresa in cui cambiare il mondo e cambiare se stessi sono una sola e unica cosa.

* Stefania Consigliere è ricercatrice all'università di Genova, dove insegna Antropologia e Antropologia dei sistemi di conoscenza, e dove coordina il Laboratorio Mondi Multipli, luogo di ricerca e di sperimentazione delle conseguenze ontologiche, epistemologiche, etiche, politiche ed esistenziali che derivano dal precetto antropologico di «prendere gli altri sul serio». Altre informazioni e articoli su: www.stefaniaconsigliere.it.

Cristina Zavaroni, antropologa culturale ed etnologa africanista, ha una lunga esperienza di ricerca presso i Bakonzo del Rwenzori in Uganda. Specializzata in antropologia cognitiva ed etnopsichiatria, lavora da diversi anni come consulente per l'Associazione Mamre Onlus di Torino. Dal 2013 fa parte del Laboratorio Mondi Multipli.

Covid: il terrore giustifica i mezzi di Leonardo Mazzei 7/12/20 Sollevazione

Chi ci segue sa quel che pensiamo del Covid. Primo, l'epidemia c'è, ma non è né la peste né la spagnola. Secondo, l'emergenza sanitaria c'è, ma al 90% è frutto dei tagli alla sanità targati euro(pa). Terzo, i morti ci sono, ma la quasi totalità è deceduta col Covid, non di Covid, e talvolta pure **senza Covid**. Quarto, e ben più importante, il virus è esattamente quel che l'orsignori aspettavano per far passare, grazie alla paura diffusa h24 dai media, progetti e misure che avrebbero avuto ben altra opposizione in tempi normali.

Senza questo quarto e determinante aspetto, senza il decisivo fattore P (come paura), non si spiegherebbe quasi nulla di quel che sta accadendo. Tantomeno verrebbero accettate narrazioni al limite dell'assurdo, limitazioni di ogni forma di libertà, una censura di fatto applicata non solo ai “dissidenti”, ma pure alla più piccola sbavatura (vedi il caso Crisanti) nella narrazione ufficiale.

Già, il racconto ufficiale... Ma quanto è coerente questo racconto? Ecco una bella domanda alla quale vale la pena di dedicarsi. Lo faremo con una serie di esempi, che ci porteranno ad una conclusione che già anticipiamo: la narrazione ufficiale è tanto coerente nei fini (terrorizzare, terrorizzare, terrorizzare), quanto incoerente nei fatti e nelle tesi che utilizza per generare quel terrore. Anzi, da questo punto di vista, essa fa acqua da tutte le parti.

1. La bufala del lockdown che “ci protegge”

Ci siamo già occupati di [questa leggenda](#) in primavera, quando, sulla base di dati ufficiali, dimostrammo quanto l'andamento dell'epidemia nei singoli paesi apparisse piuttosto indifferente alle diverse forme di contenimento adottate. Ci è capitato di tornare su questo tema parlando della Svezia, portata come esempio negativo (nessun lockdown) da contrapporsi alla virtuosa Italia dalla chiusura facile: peccato che la mortalità attribuita al Covid sia molto più bassa nel paese scandinavo che da noi.

Bene, nonostante tutte queste smentite, la storiella secondo cui verremmo maggiormente protetti da un governo italiano più attento di altri alla salute, e perciò sempre il primo della classe in quanto a norme di confinamento e chiusura, ci viene riproposta di continuo. Ultima in ordine di tempo l'infinita commedia dell'assurdo attorno alle prossime feste natalizie. Il discorso è sempre il solito: “sì, le chiusure sono dolorose, ma lo facciamo per il vostro bene, così si limitano i contagi e si riducono le vittime”.

Certo, una “società” di individui rigorosamente confinati l'uno rispetto all'altro azzererebbe di sicuro il contagio, ma con due piccoli effetti collaterali: che i più (i più deboli ed i più poveri) morirebbero di fame; che in tal modo la società in quanto tale scomparirebbe con loro.

Ma veniamo ai dati attuali. Pur essendo al ventitreesimo posto come numero di abitanti nel mondo, la virtuosissima Italia del “chiudi e butta la chiave” è invece all'ottavo per numero di contagiati ed addirittura al sesto per numero di morti. Certo, la validità di queste cifre è altamente discutibile, ma allora lo si ammetta e la si faccia finita col terrorismo (dis)informativo. Perché delle due, una: o quei numeri sono falsi, oppure dimostrano il fallimento assoluto della linea adottata dal governo Conte. Opta... come avrebbe detto il comico. Ovviamente, aggiungiamo noi, una cosa non esclude necessariamente l'altra.

Ad oggi, però, quelle cifre ci vengono ancora presentate come una verità indiscutibile. Bene, se lo sono, l'italico fallimento è acclarato. Oggi (5 dicembre) [la graduatoria](#) del “morti Covid” per milione di abitanti è la seguente: Belgio 1.467, Spagna 996, Italia 974, Gran Bretagna 891, Usa 861, Francia 838, Messico 835, Brasile 825. Dunque la sempre lodata Italia è ai vertici di questa triste classifica. Non solo, essa fa pure peggio degli Usa, del Brasile e del Messico, paesi di cui si dice invece un gran male.

E la Svezia, questo Paese di criminali biondi e dagli occhi azzurri dediti allo sterminio dei vecchi? Al momento è a quota 698, ben al di sotto dei virtuosi “chiuditutto” guidati dall'Italia. Ma non è tutto. Chiudendo molto meno, il tasso di mortalità tedesco è di 223 morti a milione. Che c'entrino qualcosa i diversi sistemi sanitari, che i meccanismi dell'euro hanno consentito a qualcuno di mantenere, mentre qualcun altro doveva tagliarli anno dopo anno? Non lo si dica mai che si fa peccato. Peccato doppio se pronunciato proprio ora che bisogna beccarsi pure il Mes!

Non parliamo poi dell'Asia. Questi i tassi di mortalità di alcuni dei principali paesi: Turchia 171, India 101, Indonesia 64, Giappone 18, Corea del Sud 10, Cina 3. Ne consegue che la mortalità italiana risulta 9 volte quella dell'India, 54 volte quella del Giappone, 97 volte quella della Corea (che nulla ha chiuso), 324 volte quella della Cina. Insomma, un successone!

2. “Ma se non funziona è colpa vostra”. La leggenda dei contagi d'estate che colpiscono d'autunno

Pur disponendo di un sistema mediatico che definire servile è solo un immeritato complimento, ogni tanto l'orsignori sentono il bisogno di giustificare i propri fallimenti. Ed allora, siatene certi, la colpa sarà vostra. Sempre vostra. Solo vostra.

Una delle storie più assurde, eppure più gettonate, della narrazione dominante è quella secondo cui l'aumento dei casi di ottobre e novembre sarebbe ascrivibile al "liberi tutti" dell'estate. Ora, a parte il fatto che non si è capito in cosa consistesse quel "liberi tutti", vista la permanenza dell'obbligo di mascherina al chiuso e – da metà agosto – perfino nei luoghi affollati all'aperto, qui proprio i conti non tornano.

Se, come ci dicono, i tempi di incubazione della malattia vanno dai 2 agli 11 giorni, che c'azzeccano i contagi rilevati in autunno con il presunto "liberi tutti" di luglio-agosto? Fosse stato così avremmo dovuto avere un forte aumento già in estate, al massimo a cavallo tra la fine d'agosto e l'inizio di settembre. Ma così non è stato. Come non sono state molte altre cose. Vogliamo ricordarci di quando (fine aprile) si favoleggiava di un inevitabile aumento dei casi dopo le riaperture della prima parte di maggio? Vogliamo ricordarci di quando il Cts (Comitato tecnico scientifico) prevedeva che con quelle riaperture si sarebbero avuti **151mila ricoveri in terapia intensiva** entro metà giugno e 430mila entro l'anno?

Previsioni azzeccatissime, che vi pare? Ma guai a ricordarlo, che sarebbe un attacco alla Scienza, forse addirittura alla \$cienza, e questo proprio non si può.

Un altro caso clamoroso è stato quello dei festeggiamenti dei tifosi del Napoli per la vittoria sulla Juventus in Coppa Italia. Era il 18 giugno, quando **tutti si scatenarono contro quella festa** che (secondo loro) avrebbe prodotto contagi a migliaia. "Sciagurati!", li definì il direttore aggiunto dell'Oms Ranieri Guerra, mentre perfino Salvini sentì il bisogno di ergersi a sceriffo addirittura più intransigente dello sceriffissimo De Luca. Bene, passarono le settimane, ma a Napoli ed in Campania i contagi proprio non vollero salire. Autocritica dell'Oms? Non sia mai. Sta di fatto che ci sono voluti 4 mesi perché in quella regione i contagi salissero davvero. Ma, strano a dirsi, quando ciò è avvenuto gli stadi erano rigorosamente chiusi...

Ad ogni modo state tranquilli. Il governo, ma più ancora tecnici e scienziati, lavorano per voi. Ma se poi le loro ricette non funzionano la colpa sarà sempre vostra, che avete festeggiato, che siete andati a trovare la fidanzata fuori comune, che non vi siete igienizzati le mani 24 volte al giorno, che avete usato la mascherina ma male, che avete mandato il figlio a scuola quando poteva stare a casa, che vi siete presentati ad un pronto soccorso pretendendo addirittura che vi curassero non solo per il Covid.

E la colpa sarà vostra anche a gennaio, quando diranno: noi abbiamo fatto tutto per proteggervi, ma voi avete voluto ingozzarvi a Natale e perfino a Capodanno, siete usciti dal comune per andare a trovare un amico. E l'avete fatto perfino alle 22:01, quando il virus è più aggressivo che mai!

3. Gli "esperti" contro gli "esperti"

Fin qui siamo alla contrapposizione tra i cosiddetti "esperti" ed il "popolo bue" che vorrebbero indottrinare. Il bello è che per i primi l'indottrinamento del secondo è sempre insufficiente, sempre da perfezionare. Ma quanto sono coerenti tra loro i cosiddetti "esperti"?

Ecco un *punctum dolens* di cui malvolentieri si parla. Lo fa invece – anche se non certo per nobili motivi – *Reputation Science*, una società italiana che si occupa di gestione della reputazione e che ha come clienti Google, Enel, Tim e (ne ha davvero bisogno) Atlantia. Un suo studio è stato recentemente presentato, con grande dovizia di particolari, dall'insospettabile [Repubblica](#).

«Coronavirus, dagli esperti italiani troppe informazioni spesso incoerenti», questo l'eloquente titolo dell'articolo.

Leggiamone alcuni significativi passaggi:

«Il ruolo degli esperti dovrebbe essere di orientare cittadini e politici nelle decisioni necessarie ad arginare la pandemia e invece, sottolinea Auro Palomba, presidente di Reputation Science, “Questo eccesso di voci continue, sovrapposte e contrapposte ha sortito l’effetto di disorientare ulteriormente. È chiaro che si tratta di una situazione inedita – osserva Palomba – però chiunque parli deve tenere conto degli effetti che le sue parole potranno sortire”. “Come cittadini – dice ancora il fondatore di Reputation Science – abbiamo sentito che era nostro dovere analizzare quanto stava accadendo”».

Palomba non ci dice ovviamente chi gli ha commissionato lo studio, che arriva non a caso a stilare delle vere e proprie classifiche dei virologi e degli epidemiologi che vanno per la maggiore, ma chiaro è il suo scopo: richiamarli un po’ tutti all’ordine affinché ognuno di loro si preoccupi non della verità (non sia mai!) quanto piuttosto degli *“effetti che le sue parole potranno sortire”*.

Così continua l’articolaista:

«Lo studio, come detto, ha fatto emergere non solo un volume di contenuti generati dagli esperti estremamente rilevante, ma anche un doppio livello di incoerenza nelle dichiarazioni rilasciate. Non solo infatti molti esperti hanno cambiato approccio nei vari mesi, ma in generale si è assistito a una forte divergenza tra le opinioni riguardo alla gravità della pandemia e alla severità delle misure di contenimento; questo potrebbe aver reso gli alti volumi di contenuti registrati ancora più impegnativi da gestire dal punto di vista informativo per i cittadini».

Bene, bene, bene: “doppio livello di incoerenza”, “cambiamento d’approccio”, “forte divergenza tra le opinioni”. Tutto vero, ovviamente. E tutto scritto non da chi contesta la narrazione ufficiale, ma da chi la sacralizza di notte e di giorno. Ma allora perché si bolla come negazionista chiunque, al di fuori di questa cerchia dorata, sollevi dubbi, proponga altri approcci e manifesti opinioni diverse da quelle ufficiali?

Già, chissà perché! A tal proposito giova ascoltare ancora il ciarliero Palomba:

«Dalle analisi emerge in modo molto chiaro come il flusso di comunicazione innescato dagli esperti sia stato eccessivo e incoerente – afferma ancora Auro Palomba – è ora più che mai necessario comprendere in modo chiaro i meccanismi della comunicazione, il peso che singole parole e messaggi più articolati possono avere sulla percezione e sui livelli di ansia delle persone, già sottoposte a forti pressioni dal contesto attuale. Purtroppo, stiamo assistendo a molti singoli professionisti che stanno utilizzando la ribalta mediatica per promozione personale e ad un gruppo di esperti che sta progressivamente perdendo la propria capacità di svolgere un ruolo di guida. Una deriva acuita dai casi di reciproche accuse a cui abbiamo assistito. Purtroppo, un effetto negativo di questo trend riguarda il fatto che rischia di ledere l’importanza delle misure e dei comportamenti fondamentali per limitare la pandemia».

Avete capito? “Flusso di comunicazione incoerente”, da parte di “molti singoli professionisti che stanno utilizzando la ribalta mediatica per promozione personale”. Toh, chi l’avrebbe mai detto! Ma naturalmente queste accuse hanno un solo scopo: rendere la comunicazione ancor più a senso unico. Da qui i richiami al “ruolo guida” degli esperti, affinché non si mettano in discussione le misure prese dal governo.

Siamo dunque agli “esperti” che vigilano sugli “esperti”, affinché la loro “esperienza” non li porti fuori strada rispetto alla verità ufficiale. Chi ancora dubita del fatto che si sia ormai entrati in una spirale totalitaria, a pensiero unico pandemico, avrebbe qui materia per riflettere. Speriamo lo faccia.

4. Vaccinifio Italia?

Tra gli esperti richiamati all’ordine, ha fatto un certo scalpore il caso di [Andrea Crisanti](#). Costui è passato dalla qualifica di scienziato a quella di “irresponsabile” dalla sera alla mattina, reo di aver detto che senza dati convincenti su efficacia e sicurezza il vaccino a gennaio lui non se lo farà. Una dichiarazione di puro buon

senso, ma proprio per questo assolutamente inaccettabile al Gotha della cricca affaristico-sanitaria che detta legge sui media.

La sua colpa? Aver espresso dei dubbi sui tempi e sui modi della folle corsa al vaccino. Illuminante l'argomento principe dei suoi critici: il vaccino – ma dovremmo dire, i vaccini – quando sarà autorizzato dovrà essere considerato automaticamente sicuro. Nessun dubbio può essere ammesso. Di più, i giornaloni all'unisono ci hanno anche spiegato che, al di là dei controlli, dubbi non possono proprio esserci, perché in questi casi le aziende si giocano la loro reputazione.

Bene, benissimo, ma se ogni vaccino è da considerarsi sicuro dopo l'approvazione (se non addirittura già prima), perché l'EMA (l'Agenzia europea per i medicinali) ha sparato ad alzo zero [contro l'approvazione del vaccino Pfizer-BioNTech](#) decisa nei giorni scorsi dalla Mhra, l'omologa autorità farmaceutica britannica?

Come si vede la partita non è tra scienza ed oscurantismo, bensì tra concretissimi interessi economici e pure geopolitici. Ma questo lo capisce anche un bambino.

Ad ogni modo le contraddizioni sul vaccino sono infinite. Da un lato si dice che la sua capacità immunizzante sarebbe superiore a quella che si produce come effetto della malattia, dall'altro si ammette di non sapere per quanto tempo l'efficacia del vaccino sarà valida.

Ma ha senso una vaccinazione così? Per i vaccinisti non esiste dubbio alcuno. Peccato che oltre alle forzature sui tempi della sperimentazione, qui ci sia un problema aggiuntivo. Quello contro il Covid 19 non è infatti un vaccino tradizionale, bensì un vaccino a RNA messaggero o mRNA, i cui effetti collaterali potrebbero emergere anche dopo molti anni dalla somministrazione. E' davvero il caso di correre un rischio del genere, oltretutto in cambio di una protezione solo temporanea?

Quel che pare incredibile è che nessuno abbia proferito parola sulle recenti dichiarazioni del ministro Speranza, secondo il quale l'Italia avrà a disposizione entro marzo 2021 ben [202 milioni di dosi](#) di vaccino anti-Covid. Lì per lì abbiamo pensato ad un errore, ma quella cifra è riportata da tutti i quotidiani che abbiamo avuto modo di consultare.

Ora, Speranza ha anche detto che l'obiettivo è quello di raggiungere l'immunità di gregge, vaccinando 40 milioni di persone, cioè 2 italiani su 3. Certo, è noto come i vaccini fin qui prodotti abbiano bisogno di un richiamo, ma 40×2 fa 80 milioni non 202. A cosa dovrebbero servirci gli altri 122 milioni di dosi già disponibili a marzo? In attesa che questo mistero si chiarisca, il dubbio che qualcuno voglia trasformare l'Italia in un diuturno vaccinificio h24 pare più che lecito. Che stiano eccedendo solo perché stanno pensando troppo intensamente alla nostra salute? Chi ci vuol credere ci creda, ma la biografia politica degli attuali decisori non lascia troppe speranze in tal senso.

Sia chiaro, sugli strani numeri del ministro il sottoscritto non è in grado di avanzare alcuna ipotesi, ma il mistero di questo curioso eccesso di zelo andava comunque segnalato.

5. Infine il Giappone

Prima di chiudere andiamo all'estero. Sarebbe infatti sbagliato fossilizzarsi sull'Italia. Certo, il nostro Paese pare all'avanguardia nell'ossessione pandemica, ma anche all'estero non è che si scherzi. D'altronde, l'utilizzo dell'epidemia per ben altri scopi (il cosiddetto [Great Reset](#)) fa intravedere un disegno complessivo delle oligarchie globaliste, un progetto non certo limitato ad un solo paese.

C'è [una notizia che viene dal Giappone](#). In questo paese le persone morte per suicidio nel solo mese di ottobre (2.153) sono più di quelle decedute per Covid dall'inizio dell'epidemia (2.087). Questo tanto per ristabilire un certo senso della misura. Ma la cosa più importante, riferita da un reportage della *Cnn*, è che l'attuale incremento dei suicidi è da ricollegarsi (per ansia, isolamento sociale e disoccupazione) alla gestione dell'epidemia.

Eppure il Giappone non è tra i paesi più colpiti dal virus, e neppure tra quelli che hanno preso misure più drastiche. Ma proprio per questo il boom di suicidi lì registrato potrebbe indicarci una tendenza ben più grave a livello mondiale.

Ecco quel che ci dice Michiko Ueda, uno studioso della Waseda University di Tokio:

«Non abbiamo nemmeno avuto un lockdown, e l'impatto di Covid è minimo rispetto ad altri Paesi ma vediamo ancora questo grande aumento del numero di suicidi. Ciò suggerisce che anche altri Paesi potrebbero vedere un aumento simile o addirittura maggiore del numero di suicidi nel prossimo futuro».

Il fatto è che, a differenza del Giappone, i paesi occidentali (Italia inclusa) forniscono i dati sui suicidi con un discreto ritardo. Dunque non ci sono ad oggi numeri sui quali si possa ragionare. Ci sono però le notizie che giungono da tanti reparti psichiatrici, dalle quali si apprendono due cose: che questi reparti sono pieni come non lo sono mai stati, che molti di questi pazienti sono arrivati lì dopo aver tentato il suicidio.

Ecco un altro effetto del terrorismo pandemico. Un effetto che si aggiunge ai danni alla salute che l'ossessione del Covid ha prodotto in termini di cure negate alle persone affette da tutte le altre patologie. Ed ecco un tema di cui nessuno parla, perché qualora se ne parlasse emergerebbe quanto la gestione terroristica dell'epidemia faccia più danni dell'epidemia stessa. E questo senza considerare le vittime economiche, coloro che hanno perso il lavoro ed il reddito.

Conclusione: il racconto ufficiale fa acqua da tutte le parti

L'abbiamo detto in premessa e qui lo riaffermiamo: la narrazione ufficiale sul Covid non tiene, essa fa acqua da tutte le parti. Gli aspetti che abbiamo trattato lo dimostrano a sufficienza. E' evidente come quella narrazione sia in realtà una costruzione artefatta che risponde ad un disegno ben preciso.

Quale sia quel disegno lo abbiamo tratteggiato ormai in decine di articoli e documenti, non ultimo quello approvato dalla recente Conferenza nazionale di [Liberiamo l'Italia](#).

“Nulla sarà come prima”. Questa apodittica sentenza apparve sulla stampa fin dai primi giorni dell'epidemia. Come poteva giustificarla un virus del quale si sapeva in fondo assai poco? Che forse era la prima pandemia influenzale affrontata dall'umanità? Che forse dopo quelle conosciute nel Novecento nulla è stato più come prima? Suvvia, siamo seri. Una simile affermazione, peraltro ripetuta all'unisono da tutti i media mainstream, ci parla piuttosto di un messaggio pesato e pensato dalla cupola oligarchica che ci vuole schiavi. E che con il Covid punta allo scacco matto nei confronti dell'Homo sapiens.

Questa è la partita vera. Prendiamone atto ed agiamo di conseguenza.

Fonte: [Liberiamo l'Italia](#)

Rileggere Illich. II parte

Aldo Zanchetta

07 Dicembre 2020

Comune-info.net

Quando si parla di iatrogenesi, cioè dei danni alla salute provocati dalla stessa medicina o dai medici e dagli ospedali, si entra nel campo della critica più libera e radicale. Con “Nemesi Medica”, Ivan Illich scrive uno dei testi fondamentali sull'espropriazione della salute e la critica dei dogmi della modernità e del mito dello sviluppo che essa promuove. La relazione tra la medicina, il corpo e l'idea di poter cancellare completamente la sofferenza ne sono un aspetto rilevante. A maggior ragione nella rilettura che ci viene riproposta oggi, in piena pandemia, da Aldo Zanchetta. La seconda parte del suo testo (potete leggere qui la [prima](#)), dopo un “intermezzo” biografico, si concentra sulla iatrogenesi clinica, distinguendola da quella sociale e da quella culturale che tratterà in seguito, un “fenomeno” la cui portata è poco conosciuta o, in alcuni casi, viene consapevolmente ignorata per ragioni facilmente deducibili. Basterà in ogni caso ricordare una rilevazione del

2000 tratta da fonte autorevole – Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, Journal of the American Medical Association – che indicava nella iatrogenesi la terza causa di morte negli Stati Uniti dopo il cancro e l'infarto

Leggere Illich non sempre è facile, anzi spesso non lo è affatto, se non si entra nel suo mondo mentale. Mondo delle idee che, fra l'altro, è stato per lui così assolutamente coerente con la pratica di vita che conoscere l'uno serve a comprendere meglio l'altro. Per questo spero non dispiacerà se ogni tanto racconto episodi di vita che illuminano il personaggio come in questo breve “intermezzo” di apertura.

Illich non era un intellettuale le cui idee fluttuassero come sospese nell'aria al di sopra della realtà e il cui sapere “dotto” non venisse convalidato con l'esperienza personale. Quando nel 1956, appena trentenne, venne nominato vice-rettore del seminario cattolico di Portorico[1], prima di assumere l'incarico percorse a piedi l'isola in lungo e in largo per una ventina di giorni, per conoscere la cultura e apprendere la “vera” lingua parlata dalla gente del luogo. Analogamente, quando quattro anni più tardi fu dichiarato “persona non gradita” dal governatore dell'isola, sollecitato a ciò dai due vescovi locali dei quali Illich aveva criticato l'intrusione nelle vicende elettorali, prima di decidere il suo nuovo impegno di vita, nel corso di quattro mesi risalì con mezzi di fortuna il Sudamerica da Santiago del Cile a Caracas, percorrendo anche lunghi tratti a piedi. In uno di questi, traversando le Ande, fu colpito da una polmonite e un'insolazione e venne curato (più esattamente: “si curò”) ospitato nella capanna di una famiglia indigena.

Dopo questo viaggio egli decise di impegnarsi a tempo pieno in America Latina, stabilendosi a Cuernavaca in Messico, dove fondò il CIF (Centro di informazione interculturale), trasformato un paio d'anni dopo in CIDOC, che divenne per una decina d'anni luogo di incontro e di scambio di una parte consistente dell'intellettualità critica mondiale. Così Illich costruiva e verificava il suo “sapere”. A questo suo duplice aspetto, di uomo di cultura raffinata che, dopo il CIDOC, alternava 6 mesi di seminari in prestigiose università del mondo con 6 mesi nella sua casa di *adobe* (mattoni di fango) in un piccolo villaggio messicano, uno dei suoi grandi amici e discepoli, [Jean Robert](#) ha dedicato un intero capitolo del recente libro *L'età dei sistemi*. [2] Frequentatore di molteplici mondi culturali, capace di parlare sette o otto lingue, dotato di una memoria prodigiosa, la sua cultura spaziava in molti campi e il suo sguardo era capace di penetrare in profondità nelle tematiche che volta a volta affrontava.

Torniamo al testo *Nemesi Medica* e alle forme di iatrogenesi. Ventidue anni dopo, in una rilettura del libro, egli ne aggiunse una quarta, legata alla visione che nella società si era andato formando dello stesso corpo umano.

La iatrogenesi clinica

La *iatrogenesi clinica* è quella causata direttamente dai *medicinali*, dai *medici* e dagli *ospedali*. Quando Illich scrisse il libro, negli Stati Uniti la terza causa di morte, dopo le malattie cardiache e i tumori, era costituita dalle infezioni batteriche o fungine acquisite negli ospedali a causa della aumentata resistenza di queste entità agli antibiotici. Dati recenti (2018) parlano, per i soli Stati Uniti, di 75.000 decessi ogni anno per cause mediche e dicono anche che il 70% dei batteri presenti negli ospedali è diventato insensibile ai normali antibiotici. [3]

La iatrogenesi clinica ha diverse origini, che vanno dagli errori nelle diagnosi o nel corso di interventi chirurgici alle ricordate infezioni batteriche, come anche a medicinali intrinsecamente pericolosi erroneamente autorizzati dalle autorità sanitarie a ciò addette o erroneamente prescritti, o infine somministrati o auto-assunti scambiati per errore con quelli giusti. Un caso notevole, ma non unico, di immissione in commercio di un medicinale i cui pericolosi effetti secondari, non percepiti durante i test di approvazione e manifestatisi solo molto tempo dopo, fu quello del talidomide, un medicinale assunto come sedativo negli anni 50 dello scorso secolo, sui cui effetti rimando alla nota in calce. [4] L'elenco dei medicinali che dopo essere stati immessi in commercio sono stati ritirati per i loro effetti collaterali non emersi nei test di accettazione è straordinariamente lungo e ha causato non pochi danni. [5] Nella iatrogenesi clinica si devono anche includere gli interventi inutili sui quali Illich nota:

Una tecnologia impotente unita a retorici discorsi egualitari[6] ha creato l'impressione che la medicina contemporanea sia altamente efficace. Indubbiamente, nel corso dell'ultima generazione, un certo numero di trattamenti specifici si è dimostrato estremamente utile. Ma quelli che sono validi per malattie diffuse, dove non vengono monopolizzati dai professionisti come ferri esclusivi del loro mestiere hanno di solito un costo bassissimo e richiedono una quantità minima di materiali, di abilità personali e di servizi ospedalieri. Viceversa, la maggior parte delle vertiginose somme che oggi si spendono per la medicina è destinata a un tipo di diagnosi e cure la cui efficacia è, tutt'al più, dubbia.

Su questo punto, che ritengo della massima importanza, ritornerò, per due ragioni. La prima è che noi tendiamo a estendere all'intero mondo le modalità e le priorità della medicina occidentale, che a rigore riguarda, secondo la modalità di conteggio, 1 o al massimo 2 miliardi di persone su quasi 8 (oggi). Su questo riporterò anche come esempio una esperienza personale a mio parere significativa. La seconda, come Illich ben motiva più oltre nel libro, mentre la medicina di base è più o meno "democratica", quella specialistica è spesso una medicina classista e non equa. Detto questo, non mi soffermerò oltre sul significato di questo primo livello di iatrogenesi perché le sue modalità mi sembrano assai comprensibili, anche se di fatto in genere tendiamo a rimuoverne il pensiero dalla nostra psiche per varie ragioni, principalmente forse quella di andare "contro" il sentire comune per il quale si assumono medicine e si va dal medico o all'ospedale "per guarire". Per contro, è poco nota l'entità del fenomeno. Nella sola Toscana, la mia regione, si hanno in media 1600 domande di risarcimento all'anno per malasanità.[7] Per dare un ordine di grandezza relativamente all'Italia, sul sito di ANMDO, l'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere, si legge:

Tutti i medici possono sbagliare, anche nel nostro Paese. Quanto sbagliano e quanto sia diffuso questo problema, è ancora poco chiaro, soprattutto in Italia. Ecco comunque alcuni dati disponibili, ricavati dalla rivista "Rischio sanità" del giugno 2001. Nel nostro Paese, ogni anno, sono circa 8 milioni le persone che vengono ricoverate. Di queste, 320 mila (il 4% circa) escono dall'ospedale riportando danni e malattie dovuti ad errori nelle cure o a disservizi ospedalieri. Le morti oscillano tra 50 mila – nelle stime più pessimistiche riportate nella rivista edita da Assinform – e 14 mila nelle valutazioni più ottimistiche dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani. La verità probabilmente è proprio nel mezzo, in una cifra compresa tra le 30 e le 35 mila unità.

Un'osservazione interessante che accenno appena, non potendo inseguire qui tutti gli stimoli che il libro offre, riguarda il fatto che "La mala pratica ha assunto un carattere anonimo, quasi rispettabile":

Ciò che una volta era considerato un abuso di fiducia e una colpa morale ora può essere razionalizzato come una fortuita disfunzione dell'apparecchiatura e dei suoi operatori. Nella complessa tecnologia di un ospedale, la negligenza diventa "casuale errore umano" o "avaria del sistema", l'insensibilità "distacco scientifico" e l'imperizia "mancanza di attrezzature specializzate". La spersonalizzazione della diagnosi e della terapia ha cambiato la mala pratica da problema etico in problema tecnico.

Per chiudere l'argomento, osserviamo che nel caso della iatrogenesi clinica ovviamente non è applicabile il ragionamento della controproduttività. Non esiste un limite oltre il quale essa possa essere considerata malevola: essa lo è sempre, quale che sia la sua misura, e l'ideale sarebbe l'errore zero. I suoi effetti possono e devono essere ridotti per quanto possibile, cosa che richiede migliore formazione dei medici e procedure più cautelative e quindi un aumento dei costi relativi, per cui in pratica si scende a compromessi il più ragionevolmente possibile fra riduzione dei casi e aumento degli oneri finanziari. Quale sia questo compromesso è tema di discussione nella quale qui non entriamo.

Il secondo livello di iatrogenesi è quella sociale ma per il momento lo rinvio per fare un balzo in avanti nelle argomentazioni di Illich e affrontare quella che a me pare la critica più seria, di natura "politica" ("amministrazione della polis"), che Illich fa alla medicina, critica che nell'ordine del libro viene affrontata dopo la iatrogenesi sociale e quella culturale. Essa consiste nella funzione mediatrice assunta dalla medicina nel

rendere accettabile alla gente le sofferenze maggiori che sono quelle inflitte dal sistema industriale, e quindi del capitalismo che ne è il principale promotore, naturalizzando e occultando le cause di queste. Qui mi pare che le motivazioni di Illich non possano né essere riassunte né tagliate e pertanto le riporto per intero:

Le società industriali avanzate hanno tutto l'interesse a salvaguardare la legittimità epistemologica delle entità morbose. Finché la malattia è qualcosa che si impossessa degli uomini, qualcosa che questi "prendono" o da cui son "colti" le vittime di questo processo naturale possono essere esentate da ogni responsabilità per la loro condizione. Possono essere compatite, non incolpate, per il modo querulo, abietto o sprovveduto con cui soffrono la loro realtà soggettiva; possono tramutarsi in un capitale duttile e lucroso se accettano supinamente la loro malattia perché "così vanno le cose"; e possono essere scaricate di ogni responsabilità politica per la mano che danno ad accrescere lo stress patogeno dell'industria superintensiva. Una società industriale avanzata genera malati perché rende gli uomini incapaci di controllare il proprio ambiente e, quando essi crollano, sostituisce una protesi "cinica" alle relazioni spezzate. Contro un simile ambiente gli uomini si ribellerebbero se la medicina non spiegasse il loro scombusolamento biologico come un difetto della loro salute, invece che come un difetto del modo di vivere che viene loro imposto o che essi impongono a se stessi. L'assicurazione di personale innocenza politica che la diagnosi offre al paziente serve come una mascherina igienica che giustifica un'ulteriore asservimento alla produzione e al consumo.

La diagnosi medica di entità morbose a sé stanti che prenderebbero forma nel corpo dell'individuo è un mezzo surrettizio e amorale di gettare la colpa sulla vittima. Il medico, che fa anche lui parte della classe dominante, stabilisce che è l'individuo a non sapersi adattare a un ambiente costruito e amministrato da altri professionisti, anziché accusare i suoi colleghi di creare ambienti ai quali l'organismo umano non può adattarsi. L'entità-malattia si può quindi considerare come la materializzazione di un mito politicamente conveniente, che assume sostanza nel corpo dell'individuo quando questo corpo si ribella alle richieste che gli vengono fatte dalla società industriale.

Si può tagliare qualcosa a questo deciso atto di accusa, senza menomare il pensiero di Illich? In coscienza, mi pare di no. Lo si dovrà giustificare meglio. Ed è ciò che tenteremo di fare nelle prossime note. Già il riassumere e condensare gli argomenti di un libro denso di ragionamenti, di dati, di note e rimandi mi sembra un po' un tradimento del pensiero dell'autore.

A questo proposito una critica alla realizzazione del libro, più che all'autore, vorrei farla: la mancanza di un indice analitico che permetta di collegare più velocemente le diverse pagine del libro in cui uno stesso tema viene ripreso e sviscerato da prospettive diverse. Sto cominciando a farlo in modo molto artigianale per esigenze pratiche di una lettura più organica. integrandovi, sempre in maniera improvvisata, anche riferimenti ad altri suoi libri dove alcuni degli stessi temi vengono magari sviscerati più a fondo. Per facilitare un approfondimento a più ampio raggio occorrerebbe anche costruire un piccolo dizionario del significato di alcuni termini come "Monopolio radicale", "Povertà moderna" e simili che rientrano nel linguaggio di questo come di altri libri di Illich. Mi risulta che uno studioso italiano di Illich si è dedicato a questo vocabolario seriamente, senza però ad oggi renderlo pubblico. Seguirà, questa volta a breve, un'analisi della iatrogenesi sociale, rendendo così più comprensibile l'attacco di Illich alla medicina, senza mai dimenticare la regola della controproduttività, cioè del superamento dei limiti.

(continua)

[1] Illich era un sacerdote cattolico, atipico senz'altro ma non uno "spretato" come molti pensano, ne tantomeno un bigotto. Dopo un conflitto avvenuto all'epoca del CIDOC con l'allora Santo Uffizio, spalleggiata dalla CIA, dal quale uscì a testa alta, chiese e ottenne di essere esonerato dal ministero sacerdotale attivo e praticò il "silenzio apofatico". L'apofatismo è una pratica teologica secondo la quale la comprensione della natura di Dio

non può essere espressa a parole. Venne praticato da Illich in modo personale, silenziandosi su questioni religiose tenendo rigorosamente distinta la sua opera di studioso dalla propria fede. Anche su questo, come già sul tema della sua malattia, molte pseudo biografie circolanti sono disinformanti. Naturalmente questo suo essere un “cura” (prete) tenne lontane da lui molte persone. In proposito ho avuto due testimonianze personali di due noti marxisti messicani che rimpiangevano di avere a lungo rifiutato di conoscerlo e di leggerlo perché, una volta rotta la barriera, dissero che Illich aveva apportato loro molto nella stessa comprensione del marxismo. Gustavo Esteva alla Scuola della Terra (Unitierra) un anno gestì un seminario assai frequentato sul tema “Illich e Marx”, cosa che dispiacque a molti marxisti come a molti illichiani.

[2] Robert J., *L'età dei sistemi nel pensiero dell'ultimo Illich*, Mutus Liber, Riola (BO), 2019, pp.51-74.

[3] Allarme OMS. Vedi ad es. [Resistenza agli antibiotici: l'Oms chiede impegno per arginare... ilfattoalimentare.it > Pianeta, 16 nov. 2018](#)

[4] La talidomide era un [farmaco](#) molto diffuso negli [anni cinquanta](#) e [sessanta](#) come [sedativo](#) e anti-nausea, rivolto in particolar modo alle donne incinte. Diffuso con vari nomi in oltre 50 paesi, esso venne ritirato dal commercio alla fine del 1961, a causa della scoperta della sua [teratogenicità](#) che causava neonati con assenza degli arti o loro lunghezza ridotta (focomelia).

[5] In questo periodo di euforia per gli annunciati vaccini anticovid-19 non sarebbe male ricordare i vari casi spiacevoli occorsi con i vaccini profusi con “generosità” in India e in Africa dalla Fondazione Bill&Melinda Gates, componente rilevante del sistema medico mondiale.

[6] Sull'espressione “retorica ugualitaria” verrebbe da inarcare le ciglia ma essa apparirà chiara appena motivata.

[7] <<Interventi andati male, diagnosi sbagliate, trattamenti inadeguati, cadute e anche trasfusioni errate. Ogni anno gli ospedali toscani ricevono 1.600 richieste di risarcimento da parte dei pazienti, più di 4 al giorno. E pagano di tasca propria. La Regione infatti ha da tempo disdetto tutte le polizze con le compagnie assicurative. Erano troppo care, circa 50 milioni di euro all'anno, e i contenziosi duravano tantissimo, con ripercussioni negative per chi doveva ricevere i soldi ma anche per le Asl.>>

https://firenze.repubblica.it/cronaca/2013/08/26/newsogni_anno_in_toscana_1_600_rischieste_di_risarcimento-65339110/

Gli asintomatici non sono contagiosi, una conferma dalla Cina Redazione Assis 7/12/20

Molti si chiedono i motivi per cui la pandemia sia scomparsa dalla Cina mentre noi siamo nel pieno della seconda ondata. Possiamo comprenderlo leggendo lo [studio](#), pubblicato su Nature, che riferisce i risultati di un'indagine effettuata a Wuhan nelle ultime settimane del maggio 2020. Tutti i residenti della città dai 6 anni in su sono stati sottoposti a tampone per identificare i portatori del SARS-CoV-2. Non è stato individuato alcun caso sintomatico tra i 9.899.828 soggetti esaminati, ma sono stati rilevati 300 asintomatici; da notare che, sui 1.174 contatti stretti di tali casi asintomatici, nessuno ha avuto test positivo. Solo 107 dei 34.424 ammalati precedentemente di COVID-19 sono risultati nuovamente positivi (tasso dello 0,31%, IC 95% 0,423-0,574%).

Questo screening di massa della popolazione ha fornito preziose informazioni. Innanzitutto, ha dimostrato **l'assenza di contagiosità delle persone positive asintomatiche, che non hanno trasmesso il virus ai contatti stretti**, smentendo studi precedenti che sostenevano la contagiosità degli asintomatici (*Gandhi, M., Yokoe, D. S. & Havlir, D. V. Asymptomatic transmission, the Achilles' heel of current strategies to control Covid-19. N. Engl. J. Med. 382, 2158–2160 (2020)*) e la possibilità che divenissero in un secondo momento sintomatici (*He, D. et al. The relative transmissibility of asymptomatic COVID-19 infections among close contacts. Int. J. Infect. Dis. 94, 145–147 (2020)*). A differenza dei soggetti sintomatici, gli asintomatici generalmente hanno una bassa

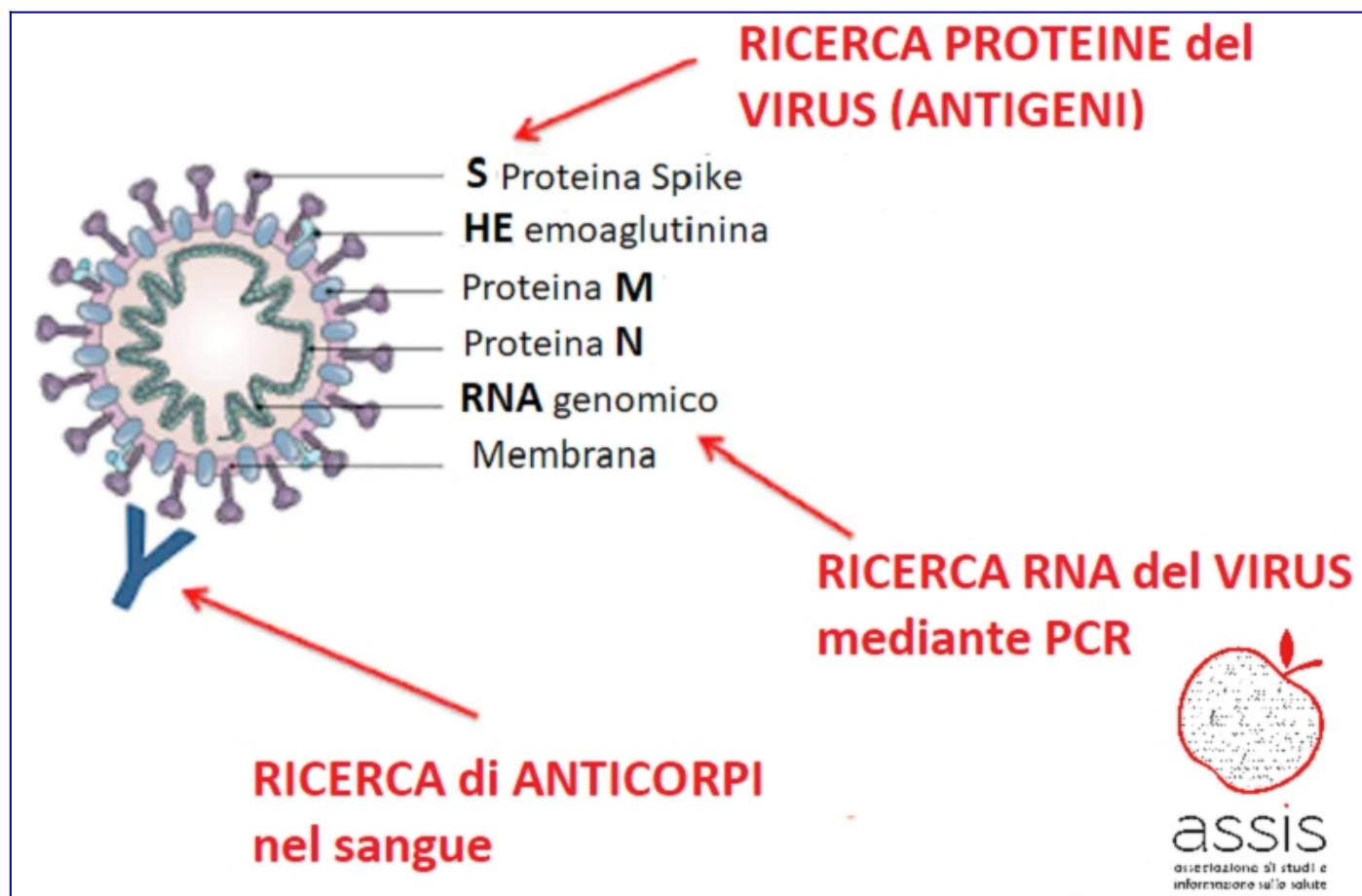
carica virale e una breve durata del periodo di diffusione dei virus, il che riduce il rischio di trasmissione di SARS-CoV-2 (Arons, M. M. et al. *Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility*. *N. Engl. J. Med.* 382, 2081–2090 (2020)). **Non sono stati trovati SARS-CoV-2 vitali nei campioni dei positivi asintomatici.** Lo studio che abbiamo sintetizzato è **una conferma autorevole del fatto che essere positivo al tampone, quindi contagiato, non è sinonimo di essere malato.** Anche i Centri statunitensi per il controllo e la prevenzione delle malattie hanno [affermato](#), il 13 luglio 2020, che:

- la rilevazione dell'RNA virale potrebbe non indicare la presenza di virus infettivi,
- il tampone con PCR non deve essere usato per il monitoraggio del trattamento dell'infezione da COVID-19
- il test non può escludere malattie causate da altri patogeni virali o rilevare particelle virali inattive che non rappresentano alcun rischio per il paziente e gli altri.

Ampie analisi di popolazione sono determinanti per tornare ad una normalità sociale, per allontanare la paura e evitare nuove ondate della pandemia, proprio come avvenuto in Cina. Nello studio cinese esaminato, è stato utilizzato il test RT-PCR.

Proviamo a fare chiarezza sugli strumenti diagnostici disponibili oggi in Italia per rilevare l'infezione da nuovo coronavirus:

1. test molecolari che evidenziano la **presenza dell'RNA virale**;
2. test antigenici che evidenziano la **presenza di antigeni virali**;
3. test sierologici (tradizionali o rapidi) che rilevano la presenza di **anticorpi contro il virus**.



Test molecolari

sono attualmente considerati i più affidabili per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 ([circolare 31400 del 29 settembre 2020](#)). Il campione viene prelevato con il classico tampone naso/oro-faringeo per poi essere

analizzato con real-time Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction (RT-PCR), una tecnica che permette di **amplificare i geni (RNA) del virus**. Sono i test più sensibili e più specifici, da usare in caso di pazienti sintomatici, o nei casi in cui siano coinvolti soggetti fragili come, per esempio, i ricoverati in ospedale, RSA, hospice o il personale sanitario. **L'alta sensibilità è però anche il limite di questo test perché, maggiore è il numero di cicli di amplificazione, minore è la possibilità che il materiale genetico che si individua sia indice di reale infezione e conseguente contagiosità.** Non è stato ancora definito con esattezza, ma si ritiene che un risultato positivo dopo 32-34 cicli sia di fatto equiparabile a una **negatività**.

Uno [studio](#) pubblicato nell'aprile 2020 ha concluso che pazienti con test PCR positivi, i cui campioni erano stati amplificati più di 33 volte, non erano contagiosi e potevano essere tranquillamente dimessi dall'ospedale o dall'isolamento domiciliare. Altro limite del test consiste nel fatto che possa rilevare RNA di altri coronavirus, e non del SARS-CoV-2.

Test antigenici rapidi

raccolgono il campione sempre con tampone oro-naso-faringeo e ricercano la **presenza di proteine virali** fornendo il risultato in pochi minuti. In termini di sensibilità e specificità risultano inferiori ai test molecolari. Sono da preferire quando è necessaria una rapida verifica della positività (per esempio aeroporti o scuole) fornendo una prima indicazione sull'infezione, ma **devono in genere essere confermati con test molecolari tradizionali**.

Test salivari

(che sono sempre test rapidi antigenici) sono oggetti di grandi aspettative per la loro non invasività che ne potrebbe un uso in auto-prelievo o nei bambini. Si eseguono attraverso l'uso di piccoli cilindri di cotone (salivette) che devono essere masticate per alcuni minuti per poter raccogliere la saliva e vengono poi analizzate. I dati al momento non sono ancora consolidati, ma ci sono esperienze pilota che stanno dando risultati soddisfacenti anche se restano dubbi sulla possibilità di usare questa modalità di raccolta del campione in soggetti non collaboranti quali bambini più piccoli o persone con disabilità di diverso genere. Per risolvere questi problemi è allo studio un altro tipo di test che, in meno di un secondo, è in grado di identificare l'eventuale presenza del virus attraverso l'analisi della saliva raccolta sciacquando la bocca con una soluzione salina e versata in una speciale provetta.

Test sierologici

ricercano la **presenza di immunoglobuline (IgG e/o IgM) prodotte dall'organismo in risposta all'infezione**. Disponibili in versione qualitativa e quantitativa, tradizionale e rapida, i risultati di questi test mostrano livelli attendibilità variabili. Sono raccomandati test del tipo CLIA e/o ELISA che abbiano una specificità non inferiore al 95% e una sensibilità non inferiore al 90%, al fine di ridurre il numero di risultati falsi positivi e falsi negativi. **Non sono da utilizzare a fini diagnostici**, ma servono per analisi epidemiologiche di sieroprevalenza o qualora ci sia la necessità di verificare la circolazione del virus in una comunità o in una area geografica. **Questi test non permettono di capire se si ha l'infezione in atto, ma danno indicazioni su un precedente contatto col virus.**

Bibliografia:

- Woloshin, S., Patel, N. & Kesselheim, A. S. *False negative tests for SARS-CoV2 infection—challenges and implications*. *N. Engl. J. Med.* 383, e38 (2020)
- *Diagnostic tests for COVID-19*. *Am. J. Infect. Control* S0196-6553(20)30693-3. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.07.011> (2020)
- CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel <https://www.fda.gov/media/134922/download>

- https://www.finndx.org/wp-content/uploads/2020/07/FIND_SARS-COV2_molecular-assay-evaluation-results_03Jul2020.pdf
- Tom MR, Mina MJ. [To Interpret the SARS-CoV-2 Test, Consider the Cycle Threshold Value](#) *Clinical Infectious Diseases* May 21, 2020.
- Foster R, Mundell EJ. [FDA Approves New Rapid Coronavirus Test](#). *WebMD* Aug. 27, 2020.
- Brueck, H. [Rapid coronavirus tests can give results in 15 minutes, but they aren't a pass for partying or seeing your parents](#). *Business Insider* Sept. 21, 2020.
- La Scola, Bernard et al. "Viral RNA load as determined by cell culture as a management tool for discharge of SARS-CoV-2 patients from infectious disease wards." *European journal of clinical microbiology & infectious diseases : official publication of the European Society of Clinical Microbiology* vol. 39,6 (2020): 1059-1061. doi:10.1007/s10096-020-03913-9

Vaccino anti-covid: i conti in tasca Patrizia Cecconi 8/12/20 comedonchisciotte.org

Possiamo essere d'accordo o in disaccordo circa l'utilità del vaccino, ma i conti non tornano. Dunque il ministro Speranza ha parlato, ha parlato chiaro e ha anche dato i numeri. Numeri esatti: 202 milioni e 573 mila dosi di vaccino acquistati da sei diversi produttori (AstraZeneca, Johnson&Johnson, Sanofi, Pfizer-BioNTech, Moderna, CureVac). Il ministro ha dichiarato pubblicamente che mira a raggiungere l'immunità di gregge. Espressione fino a qualche mese fa ritenuta offensiva dai media un po' ignorantelli, ma ora che ne hanno capito il significato la usano a ripetizione, anche se per i coronavirus è un obiettivo scientificamente irraggiungibile (1). Allora vediamo i numeri dati da Speranza rispetto all'immunità di gregge. Il ministro ha affermato che questa si raggiungerà vaccinando il 70% della popolazione italiana. Bene il 70% di 60 milioni fa 42 milioni. Però il ministro ha precisato che alcuni di questi vaccini (non sappiamo quali e neanche sappiamo perché li abbia accettati) andranno ripetuti probabilmente due volte e quindi sarà bene comprarne 84 milioni di dosi per essere sicuri. Questo non lo ha detto lui, ma lo diciamo noi facendo un semplice conto e anche per eccesso.

Il vaccino non salverà dal contagio, ci fa intanto sapere dagli schermi che ormai sono la sua seconda casa, la dr.ssa Capua (2), voce accreditata e al di sopra di ogni sospetto e proprio per questo la sua affermazione genera qualche perplessità. Ma andiamo avanti. Supponiamo che il vaccino vada ripetuto anche una terza volta, e supponiamolo per tutto il 70% dei vaccinati e non solo per una parte di essi. Quindi il giovane, inesperto ma molto saggio ministro Speranza avrà pensato di abbondare e noi, calcolatrice alla mano, scopriamo che 42 milioni di dosi per 3 fa 126 milioni di dosi. Ma la differenza tra 202.573.000 dosi e 126.000.000 è notevole e ci piacerebbe trovare la giustificazione aritmetica o logica o sanitaria di questa differenza. Ma non ci viene data.

Abbozziamo un'ipotesi e cioè che il saggio ministro non si accontenterà dell'immunità di gregge, ma mirerà a vaccinare tutti gli italiani perché scherzando, scherzando, chi non si vaccinerà potrebbe essere "convinto" a farlo pena l'esclusione da questo e da quello e quindi, nella partita vaccino contro emarginazione vincerà il vaccino. Non sappiamo se questo sia stato il suo pensiero, è solo una nostra ipotesi per cercare di arrivare a quel numero che non trova giustificazione. Quindi, 60 milioni di italiani fa 60 milioni di dosi che se dovessero ripetersi tutte arriverebbero a 120 milioni e se, malauguratamente, si dovesse arrivare per tutti a un terzo richiamo saremmo a ben 180 milioni di dosi perché, lo sa anche un bambino di terza elementare, 60 per 3 fa 180. Ma il buon ministro Speranza ne ha comprati 202.573.000. Ovviamente acquisto effettuato con i soldi delle tasse degli italiani, che però saranno contenti di sapere che quei fondi, almeno una volta, sono spesi per loro, per la loro salute perché, come dicono amorevolmente alcuni giornalisti o lettori dei TG, "lo fanno per il nostro bene"! Sì, lo faranno anche per il nostro bene, ma tra 202.573.000 dosi e 180.000.000 ci passa una bella differenza. Perché il saggio Speranza ha tanto abbondato? Ha per caso avuto la promessa di uno sconticino per buon peso? O perché? Domanda alla quale, senza polemica, ci piacerebbe avere risposta. Possiamo essere d'accordo o in disaccordo circa l'utilità del vaccino, ma sui numeri non c'è libertà di opinione, i numeri sono

oggettivi e allora i conti non tornano. Perché ministro Speranza? Una risposta sarebbe gradita. E sarebbe anche doverosa.

Patrizia Cecconi Milano 3 dicembre 2020

1. <https://comedonchisciotte.org/abc-del-effetto-gregge/>
2. <https://www.iltempo.it/attualita/2020/12/02/news/ilaria-capua-dimartedi-vaccino-covid-contagi-natale-aziende-farmaceutiche-pfizer-moderna-giovanni-floris-la7-25412618/>

Il rebus dei decessi, sono tutti da covid-19? Emanuele Canta 8/12/20 ByoBlu

Il bollettino del Ministero della Salute del 7 dicembre ha aggiornato il calcolo dei decessi da Covid-19 a 60.606 con un incremento giornaliero di diverse centinaia di unità ormai da settimane. Ci si chiede però come viene effettuato questo conteggio dato che molto spesso abbiamo sentito testimonianze di medici, infermieri o parenti delle vittime che raccontano di decessi calcolati come Covid ma che invece nulla avevano a che vedere con il virus o di persone morte per altre patologie, in qualche caso già allo stato terminale, ma che essendo positive al SARS-CoV-2, anche se asintomatiche, venivano ancora inserite tra i decessi da Covid.

Non è un dubbio di poco conto e cercare di indagare su questo aspetto è un esercizio giornalistico che dovrebbe interessare chiunque faccia questo mestiere. È solo indagando, ponendosi delle domande, avendo dei dubbi che in molti casi si è arrivati ad un'altra verità. L'ultimo esempio è recente.

I dati errati e quel triste record che non era un record

Lo scorso 3 dicembre 993 persone sono morte a causa del Covid, questo il bollettino ufficiale. E si è parlato di "triste record", il numero più alto di decessi in un solo giorno causati da questa malattia. Nessuno ha però detto, perlomeno con la stessa enfasi, che quel dato era sbagliato per ammissione delle stesse fonti ufficiali. È accaduto che la Lombardia quel giorno ha comunicato al Ministero della Salute un numero di morti avvenute ben oltre la settimana precedente complice il ritardo nella catena assai farraginoso nel passaggio di dati tra Comuni, ministero e Regione. Nello specifico, il 3 dicembre la Lombardia avrebbe fatto registrare 347 decessi di cui 219 si riferivano agli ultimi sette giorni, come avviene mediamente, 114 a oltre una settimana e addirittura 14 a un periodo ancora precedente, più o meno alla fine di ottobre.

Attenzione, nessuna intenzione di minimizzare, è però importante raccontare i numeri per quel che sono: perché si è parlato di un record, di un triste record, che invece record non era? Ogni singolo decesso ha il suo valore, ha il suo peso, però perché non viene spiegato come si arriva al conteggio delle vittime invece di fornire ogni giorno un mero bollettino di guerra lasciando alla libera interpretazione di ogni cittadino quei dati che, letti così, possono solo far paura?

Perché tanti morti e perché il Covid non è stato una livella di Loretta Mussi

8/12/20 Transform! Italia

Il 3 dicembre sono stati segnalati **993 morti in un giorno**, mai così tanti dall'inizio dell'emergenza coronavirus superando così anche i picchi dei giorni terribili dello scorso marzo. Eppure il virus Sars-2 Cov-2, pur essendo molto contagioso, presenta una letalità (numero morti su numero contagiati) relativamente bassa. In generale, infatti, il 60-70% dei soggetti colpiti resta asintomatico, il 25% presenta sintomi lievi, moderati o gravi e solo il 5% viene ricoverato in TI (terapia intensiva). I morti si mantengono tra il 2-3%. Questo purché i pazienti vengano trattati all'insorgere dei primi sintomi a domicilio. Dall'inizio della pandemia e fino alla data odierna (08/12/2020) in totale in Italia si sono registrati 1.757.099 casi e 61.240 morti. I dati di mortalità ci pongono al 5° posto nel mondo. Il rapporto tra il numero dei contagi e quello dei morti è molto più alto in Italia rispetto ad altri Paesi dell'Unione, e, in proporzione alla popolazione, da noi la mortalità per Covid è stata più alta che in Russia (2,4 milioni di casi e 41.200 morti), India (9,6 milioni di casi e 139.000 morti) e Stati Uniti (14,1 milioni

di casi e 276.300 morti). In base al rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità il 40% dei decessi si è verificato in Lombardia, e a seguire in Emilia Romagna, Piemonte, Veneto, Lazio. Età media della morte 80 anni, solo il 3% senza altre patologie e solo l'1% morto prima dei 50 anni. Si ritiene peraltro, che il numero totale dei morti (e dei contagi), sia ben più alto, poiché nel primo periodo, quando al Nord la diffusione dell'epidemia esplose senza controllo, moltissimi morirono a casa o nelle RSA sfuggendo alla conta totale.

Tra i contagiati si contano oltre 75.000 operatori sanitari e quasi 300 morti di cui 221 medici. Un numero eccessivo! L'alto numero di sanitari deceduti, infettati, ricoverati, molto spesso perché privi dei necessari dispositivi di protezione, è la palese dimostrazione che pochissimo è stato fatto per fermare questa mattanza, benché sia noto che, per evitare la diffusione di qualsiasi virus, è fondamentale proteggere il capitale umano rappresentato dagli Operatori Sanitari. Alcuni giustificano tanti morti in Italia con l'**età media elevata e con l'alto il numero dei malati cronici**: ma l'essere un paese più "vecchio" rispetto ad altri non può spiegare questa differenza in termini di decessi. **Allora perché tanti morti?**

Il perché viene da lontano. Da quando, 30 e più anni fa, l'Italia si avviò sulla strada del liberismo spinto. Da allora la Sanità, (come gli altri servizi pubblici), è stata sottoposta a tagli lineari (senza alcun tentativo di riorganizzazione e razionalizzazione) che hanno colpito operatori, strutture, servizi, strumentazione. Di pari passo allo smantellamento del diritto alla salute veniva smantellato il diritto al lavoro, anche nelle strutture sanitarie, con blocco delle assunzioni e introduzione di contratti a termine. Tutti i governi e tutte le regioni si sono accaniti sul personale e sul territorio. E mentre si tagliava nel pubblico si ampliava il privato.

– **Il personale**, che rappresenta la maggior voce di spesa tagliata corrisponde al **50% dei 37 miliardi rubati** alla sanità pubblica dal 2010 al 2017. I tagli hanno provocato la perdita di oltre **8000 medici specialisti**, mentre più della metà di quelli in servizio ha un'età superiore ai 55 anni e si stima (dati ANAO) che entro il 2023, si perderanno circa 70 mila dirigenti, sugli attuali 100.500, tra medici e altri. Le cose vanno anche peggio sul fronte degli infermieri, dove si stimano 385.000 occupati, almeno 50.000 unità in meno rispetto al fabbisogno, con una media di 5,6 per 1000 abitanti contro il 12,8 della Germania e l'8,5 dell'UE. Le specialità più colpite dai tagli di personale sono: pronto soccorso, medicina d'urgenza, anestesia e rianimazione, medicina generale e prevenzione. Tutte professionalità che non si possono certo formare d'incanto ma dopo anni di lavoro e formazione.

– **Quindi si è colpita l'assistenza territoriale diffusa**, quella cioè che dovrebbe fornire almeno il 50% circa delle prestazioni sanitarie erogate complessivamente alla popolazione, come prevenzione, diagnosi precoce, assistenza di base e cura delle malattie croniche, che hanno un ruolo aggravante nella malattia da Covid-19. Lo smantellamento dei servizi territoriali è andato di pari passo con gli accorpamenti delle **ASL passate da 642 a 101**.

– L'altro elemento che ha devastato la Sanità Pubblica è stata la **privatizzazione, il cui esempio più eclatante è rappresentato dalla Lombardia** dove Formigoni, a partire dal 1995, ha favorito il privato che è entrato prepotentemente nel Servizio Sanitario Regionale, formalmente per cooperare alla pari con le strutture pubbliche, nei fatti per esserne foraggiato, riservando per sé i settori più remunerativi della sanità e dell'assistenza, quali, ad esempio, i reparti di alta specializzazione e le Residenze Socio Assistenziali, e lasciando al pubblico la gestione dei settori meno redditizi come i servizi di pronto soccorso, di emergenza urgenza e la psichiatria. Lo stesso pubblico, dove sono stati tagliati migliaia di posti letto a favore delle strutture private accreditate, è improntato a criteri privatistici di gestione. Il suo esempio è stato poi seguito da altre regioni, pur senza arrivare allo stravolgimento operato in Lombardia.

– Alla fine, **ad essere colpita è stata la stessa cultura della prevenzione e della Sanità Pubblica** per cui, quando il virus è arrivato, inaspettato, nonostante gli allarmi che da almeno 20 anni ne segnalavano l'arrivo, ha trovato un paese totalmente impreparato sia sul piano culturale che strutturale e tecnico.

Questa la situazione della sanità pubblica, quando è arrivata la pandemia. Nel corso della prima ondata **I servizi territoriali, sguarniti di presidi e risorse non sono stati in grado di cogliere i primi contagi ed intervenire immediatamente.** I medici di base, che sono il perno del territorio, lasciati soli e senza dispositivi di sicurezza, si sono infettati, diventando essi stessi agenti infettivi, prima di morire. D'altronde, meno di un anno fa Giorgetti, n°2 della Lega e sottosegretario del Governo, aveva dichiarato che ormai i medici di base non servivano più. I malati, privi di risposta nel territorio, si **sono riversati sugli ospedali anch'essi impreparati ad accogliere l'ondata di ricoveri**, giacché posti letto, risorse umane e strumentali erano state falcidiate negli ultimi anni. Mancando completamente i dispositivi di protezione **medici e infermieri, in ospedale e nel territorio, sono stati mandati allo sbaraglio, senza protezione, provocando essi stessi** la diffusione del contagio e di numerosissimi focolai: questo, che non avrebbe dovuto mai accadere e ha contribuito moltissimo alla rapida diffusione dell'epidemia, resterà per sempre un marchio sulla sanità italiana.

Nonostante quanto accaduto durante la prima ondata, la gestione nella seconda non è andata meglio e i morti sono tornati a crescere, perché, in sette mesi, nonostante appelli e promesse, non sono stati assunti i provvedimenti più necessari in caso di ripresa epidemica. Tra questi: il piano di tamponamento/tracciamento, il rifornimento del materiale necessario per processare i tamponi, l'individuazione di laboratori idonei da convenzionare o requisire in caso estremo, l'assunzione di personale sanitario e di operatori per il tracciamento, il rafforzamento dei territori, l'ampliamento delle postazioni di terapia intensiva, i doppi percorsi per pazienti normali e pazienti Covid. Tutti interventi cui avrebbero dovuto essere realizzati dalle Regioni, che dal 2001 hanno acquisito le competenze per farlo, mentre il governo avrebbe dovuto monitorare attentamente che i provvedimenti fossero assunti. Quasi nulla è stato fatto. Anzi, "i governatori" hanno speso solo una parte degli 8 miliardi stanziati dal governo. E il governo non ha monitorato. Eppure la seconda ondata non si è manifestata in modo impetuoso come la prima. C'era quindi il tempo per intervenire.

In particolare non è stato organizzato il piano di tracciamento, che avrebbe consentito di tracciare i contatti dei casi in modo completo e sistematico, tenendo così sotto controllo la diffusione del virus. Perché non si è agito? E' impensabile che i governanti e i loro consiglieri scientifici non avessero imparato e assimilato gli avvertimenti e gli insegnamenti venuti dall'esperienza precedente e da quei paesi che, essendo intervenuti per tempo, erano riusciti a superare la pandemia senza grossi scossoni; quindi, l'unica spiegazione è che non ci fosse la volontà di fare. E' mancata cioè la volontà di investire sull'assunzione e formazione di personale (tanto che ben 25.000 medici specialisti sono in panchina ad attendere l'esito di un concorso più volte rinviato e bloccato per l'incapacità dei funzionari ministeriali), di acquisire materiale e attrezzature, di predisporre laboratori, di organizzare in numero sufficiente le USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale, composte da medico e infermiere/a, come previste dalle norme ministeriali). Nel momento in cui l'epidemia è esplosa con migliaia di casi al giorno e centinaia di morti, il tracciamento è saltato, il contagio è dilagato e di nuovo si è manifestata la debolezza dei territori, questa volta anche al Sud.

Tutti hanno sperimentato lo stato di confusione e disinformazione presente nei territori, perché tutti abbiamo avuto parenti o amici coinvolti. Si sono viste persone che dovendo fare il tampone si muovevano in base al "sentito dire", sperando di incappare nella struttura giusta. Altre, essendo già sofferenti, aspettavano a casa che arrivasse l'USCA o, chi se lo poteva permettere, un operatore privato, pagando, per un tampone molecolare anche 200 euro, mentre i medici di base erano impossibilitati a seguire tutti i propri pazienti. Molte persone delle classi meno abbienti e meno acculturate, non riuscendo a trovare una risposta nel pubblico e non avendo la possibilità di rivolgersi al privato, essendo rimaste a lungo senza diagnosi e senza cura, soprattutto se affette da altre patologie croniche si sono aggravate e sono state ricoverate o sono decedute. Quindi sono di nuovo andati in crisi gli ospedali e le TI che, in moltissime regioni, hanno di nuovo superato gli indici di saturazione che riservavano ai malati Covid rispettivamente il 40% e il 30% dei letti.

In questa seconda fase si è compreso più chiaramente che le malattie croniche, aggravate dalla precarietà delle condizioni economiche e sociali, favoriscono la diffusione e la patogenicità del Cioè, se virus aumentando la

mortalità. Questo è stato messo in luce in modo magistrale da Richard Horton, direttore della prestigiosa rivista medica Lancet, che scrive: *“Sono due le malattie che interagiscono all’interno di popolazioni specifiche: la sindrome respiratoria acuta grave da coronavirus 2 (Sars-CoV-2) e una serie di malattie croniche. Queste condizioni s’inseriscono all’interno gruppi sociali, caratterizzati da disuguaglianze profondamente radicate nelle nostre società. L’incontro di queste malattie, in presenza di disparità sociali ed economiche, esacerba gli effetti negativi di ogni singola malattia, producendo una sindemia”*.

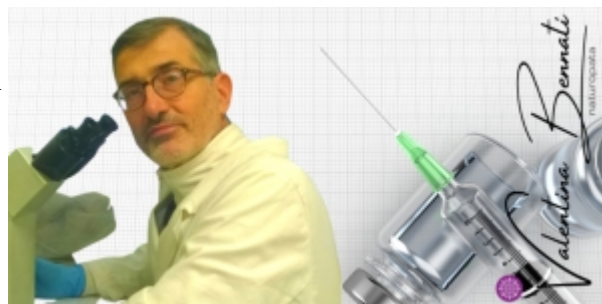
Quindi la **Covid-19 deve essere considerata** una pandemia/sindemia, in cui la malattia da Covid si incontra con una o più malattie croniche preesistenti. Ciò significa che nelle categorie più vulnerabili, che sono anche le più numerose, come – persone anziane, minoranze, lavoratori precari, sommersi e con meno protezioni sociali, chi vive in case e comunità molto affollate, persone con malattie croniche – la soluzione puramente medica al Covid-19 fallisce. In tutti questi casi, che sono la maggioranza, l’interazione tra la malattia epidemica come Sars-Cov-2 con le altre condizioni patologiche e sociali, aumenta la suscettibilità della persona alla nuova malattia. Quindi, nessuna epidemia può essere affrontata con successo se non si eliminano i fattori di debolezza economica e sociale che indeboliscono le fasce sociali più deboli. E poiché l’Italia è caratterizzata da enormi disuguaglianze, accentuatesi negli ultimi 20 anni, e da grandi povertà, l’interazione tra gli effetti causati dalla inefficienza dello stato e delle regioni e i determinanti economico-sociali responsabili della salute delle persone ha agito potenziando le difficoltà di cura e causando un numero di decessi superiori a quelli aspettati. Similmente a quanto accaduto e ancora in corso nei paesi poveri del Sud del mondo e nelle periferie americane, anche in Italia, la pandemia ha colpito soprattutto le categorie più svantaggiate causando una più elevata mortalità. Per concludere, i tanti morti che si sono verificati in Italia, sono fondamentalmente da imputare a:

1. **Mancanza/Insufficienza di strutture e presidi fissi o mobili (USCA) nei territori che unitamente alla mancanza di personale** hanno impedito diagnosi rapide e cura/assistenza domiciliare dei pazienti, che sono stati lasciati in situazioni di abbandono o che, troppo tardi, sono stati portati in ospedale.
2. **Impossibilità, per carenza di risorse, di attuare un piano di tracciamento** applicato in modo omogeneo ed uniforme su tutti i territori.
3. **Mancanza di un raccordo tra istituzioni governative regionali e centrali** che ha portato a scelte discordanti e diverse per ogni regione, rallentando decisioni e interventi.
4. **Povertà, disuguaglianze e mancanza di prevenzione**, nei ghetti e nelle periferie delle grandi città e al Sud, per cui il virus ha colpito persone spesso affette da malattie croniche preesistenti e spesso mai curate, potenziandone l’azione patologica.

A questo punto si imporrebbe un ripensamento da parte di tutti, a partire dai decisori politici, per la ricostruzione del paese, la eliminazione delle disuguaglianze, la messa in sicurezza della popolazione rispetto all’attuale pandemia e a quelle future. In molte e molti avevamo sperato che il virus avesse messo in chiaro che non si può essere sani in un paese malato, come diceva Papa Francesco, ma ci siamo dovuti ricredere di fronte alla protervia di *‘un ceto possidente irresponsabile e avaro’*, pronto ad alzare barricate alla sola parola *“tassa patrimoniale” e a rivendicare tutto per se’*, come dice Marco Revelli. Purtroppo, ancora una volta, abbiamo dovuto constatare, vedendo l’inerzia e l’ignavia di questa classe politica di fronte alla seconda ondata dell’epidemia, che essa tutta, senza differenze di appartenenza, è prona, inesorabilmente, al volere dei confindustriali, dell’economia e dei ricchi. Ed infatti, sono notizie recenti, alla sanità nel piano spese appena predisposto, vanno solo 9 miliardi, mentre il Ministro della Salute, nel suo piano, semisconosciuto, ne aveva previsti almeno 65. Una presa in giro per noi tutti e per quelli che sono morti.

Il ministro della Salute Roberto Speranza [ha annunciato in Parlamento il piano per la vaccinazione contro il coronavirus Sars-CoV-2](#) elencando le quote opzionate dall'Italia per casa farmaceutica e tipologia di vaccino a partire dal primo trimestre 2021 e con completamento nel quarto trimestre: AstraZeneca: 40,38 milioni di dosi; Johnson & Johnson: 53,84 milioni di dosi; Sanofi: 40,38 milioni di dosi; Pfizer-Biontec: 26,92 milioni di dosi; CureVac: 30,285 milioni di dosi; Moderna: 10,768 milioni di dosi.

Secondo le previsioni del Ministero i primi vaccini saranno pronti da gennaio, ma il cuore della campagna vaccinale sarà tra la prossima primavera e l'estate: l'intenzione è di vaccinare prima di tutto gli operatori sanitari e socio sanitari, poi i residenti e gli operatori delle Rsa, a seguire le persone della terza età, il personale scolastico, le forze dell'ordine e il personale delle carceri. Il ministro ha poi specificato che, se si



sviluppassero focolai in specifiche aree del Paese, saranno distribuiti vaccini anche in quei luoghi. Competenza della logistica per la distribuzione e vaccinazione sarà del commissario straordinario con l'Esercito che interverrà per la parte pratica. Parlando in Senato il ministro ha definito il vaccino anti-covid “un bene comune, che va assicurato a tutte le persone”. “Per questo” – ha aggiunto – “l'Italia ha opzionato 202 milioni e 573mila dosi di vaccino, rappresenterebbero una dotazione sufficientemente ampia per poter potenzialmente vaccinare tutta la popolazione e conservare delle scorte di sicurezza, abbiamo sottoscritto tutti i contratti che l'Ue ha formalizzato, non vogliamo correre il rischio di non poter disporre di un vaccino”. “L'obiettivo fondamentale” – ha inoltre detto Speranza – “è predisporre una sorveglianza, monitorando gli eventi avversi ai vaccini e individuando eventuali problematiche. L'Aifa predisporrà un comitato scientifico che, per tutto il periodo della campagna vaccinale, avrà il compito di analizzare i dati raccolti”.

Dunque è stato già messo in conto che ci saranno eventi avversi, rischio che magari si sarebbe potuto evitare con un periodo molto più lungo di trial. Cosa che, di norma, dovrebbe accadere sempre prima di immettere nel commercio un nuovo farmaco. Ma così non è stato questa volta e, ad essere malpensanti, si potrebbe arrivare a dire che le ‘vere cavie’ saranno gli Italiani: prima quelli appartenenti alle categorie considerate più a rischio, poi gradualmente il resto della popolazione. Al di là degli annunci, però, bisognerà poi vedere cosa accadrà veramente nei prossimi mesi. Al momento, tra l'altro, nessun vaccino ha ricevuto l'approvazione, né dell'Agenzia Europea per i Farmaci, né della Food and Drug Administration statunitense, i profili di sicurezza ed efficacia continuano ad essere sconosciuti e scarseggiano i dati necessari per consentire ai cittadini di prendere una decisione informata. Cosa ben diversa, questa, dall'essere aprioristicamente contrari ai vaccini. Infatti si sono, giustamente, già levate alcune voci all'interno dello stesso mondo medico-scientifico (pure l'autorevole British Medical Journal ha preso posizione) per raffreddare i facili entusiasmi di quella parte della politica e della scienza che pretende di [zittire chi osa esprimere dubbi](#) e paventa [l'ipotesi dell'obbligatorietà](#).

Mala tempora currunt. Ed è in questo preciso momento storico che i medici sono chiamati a fare una scelta: la scelta tra il rispetto del giuramento di Ippocrate oppure no. C'è chi si trova d'accordo con la narrazione ufficiale, chi si pone delle domande e ha il coraggio di manifestare le proprie perplessità e chi, per vari motivi, preferisce voltarsi dall'altra parte non sentendo l'obbligo deontologico di parlare. Hanno un grande potere i medici adesso e lo avranno ancor di più nei mesi che verranno. Ma un grande potere si associa sempre a una grande responsabilità. E la prima responsabilità dovrebbe essere quella di essere Medici Onesti. Grazie a coloro che stanno dimostrando di esserlo. E grazie al Prof. Paolo Bellavite per aver accettato di fare questa intervista nonostante i numerosi impegni di questi giorni. Già professore di Patologia Generale presso l'Università di Verona, Bellavite è anche ematologo e si è perfezionato in Statistica Sanitaria e Epidemiologia. È autore di 157 pubblicazioni scientifiche recensite su PubMed e di diversi libri. Fa parte dei [‘Top Italian Scientists’](#) con H-index (Google Scholar) di 48. Dal 2017 è in pensione, ma continua a svolgere una brillante attività di ricerca.

Professor Bellavite come funziona normalmente quando un farmaco deve entrare sul mercato? Ci sono dei tempi ben precisi da rispettare e dei lavori da pubblicare e sottoporre alla revisione del mondo scientifico? Tale procedura è stata tenuta in considerazione per i vaccini in arrivo?

“In Italia qualsiasi farmaco deve essere autorizzato da AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) e in Europa da EMA (European Medicines Agency) che esaminano il dossier presentato dal produttore, che deve comprendere prove precliniche di laboratorio e prove cliniche su esseri umani, di fase 1 (prove di sicurezza e tollerabilità di varie dosi su volontari sani), fase 2 e 3 (prove su gruppi di volontari in cui si confronta efficacia e effetti avversi in gruppi trattati o col farmaco o col placebo). Per i farmaci normali sono richieste anche prove di farmacocinetica, vale a dire dimostrazioni di dove si accumulano nel corpo e di quanto tempo vi rimangono prima di essere eliminati; i vaccini invece sono esentati dalla presentazione di queste prove, per cui non si conosce il destino del vaccino nel corpo in cui è stato iniettato.

Le fasi 2 e 3 di solito sono separate perché la fase 3 è fatta con numero più grande di volontari. Con i vaccini, i gruppi che sperimentano la fase 2 e soprattutto 3 devono essere abbastanza numerosi da consentire di vedere una differenza nel rischio di contrarre la malattia. Inoltre, studi sulla sicurezza in piccoli numeri non sono predittivi di eventi rari, che possono essere rilevati solo in ampi studi di fase IV condotti dopo l'immissione in commercio di un vaccino. Si dovrebbe quindi continuare a monitorare attentamente i risultati e una migliore farmacovigilanza dovrebbe far parte dello sviluppo di qualsiasi vaccino. I tempi di esecuzione degli studi dipendono dalla velocità e dall'accuratezza con cui li si porta avanti, ovviamente.

Nel caso dei vaccini anticovid, tutti gli esperti sostengono che i tempi sono stati straordinariamente accorciati rispetto alle normali fasi di studio di un vaccino, che normalmente richiedono da 5 a 10 anni. La pubblicazione su una rivista scientifica di un lavoro di ricerca sottoposto a revisione ‘tra pari’ (peer-review) non sarebbe strettamente necessaria per l'autorizzazione, ma è ovviamente fondamentale in casi come quello di cui stiamo parlando per la sua rilevanza su tutta la popolazione mondiale e per permettere un confronto aperto e trasparente dei vari prodotti in competizione. Sinceramente, dubito che la procedura aperta e trasparente sia tenuta in considerazione per i vaccini in arrivo, ma ci sono molti esperti più illustri di me che hanno la medesima preoccupazione. Finora si conoscono alcuni risultati di fase 1, pochi di fase 2 e nessuno di fase 3 se non alcuni risultati parziali di uno fatto in Brasile. E per quanto riguarda le reazioni avverse ai vaccini, conosciamo solo quelle rilevate in piccoli gruppi e insorgenti nel breve periodo, in genere entro una settimana dall'inoculo”.

Stiamo parlando di più vaccini (c'è quello cinese, quello russo e poi quelli europei e americani) che peculiarità hanno e in cosa si differenziano? Che caratteristiche hanno quelli che riguarderanno l'Italia e perché si dice che sono diversi da quelli usati fino a oggi?

“Confermo che ci sono molti tipi diversi di vaccini, in fasi diverse di studio e sperimentazione. Per l'Italia, in particolare, sono previsti vari vaccini, di diverse tipologie che sono raggruppabili in tre tipi:

A) Vaccino AstraZeneca/Università di Oxford (ChAdOx1nCov-19 coltivato in linea cellulare HEK293 da aborto) e Johnson&Johnson (Ad26, coltivato in linea cellulare Per.C6 da aborto), fatti con Adenovirus non replicanti, che portano una sequenza RNA della proteina ‘spike’ del virus SARS-CoV-2. Anche quello russo ‘Sputnik’ (fatto con due diversi adenovirus Ad5 e Ad26) e il nuovo ‘Italiano’ (GrAd-Cov2) sono di questa concezione. Il virus “vettore” entra nelle cellule (non si sa quali) e le induce a produrre quel pezzo di proteina spike che va a innescare la risposta immunitaria. Il problema qui è che la prima risposta immunitaria attesa è verso le stesse cellule che producono la proteina virale con possibili conseguenze auto-immunitarie.

Inoltre c'è il problema etico dell'uso di cellule ottenute da un aborto volontario che sono usate per coltivare gli Adenovirus di tutti questi vaccini. Secondo la Chiesa, un vaccino fatto provocando deliberatamente un aborto potrebbe (forse) essere accettabile da un credente solo se non esistessero valide alternative. Da questo punto di

vista, sarebbe importante che non si stabilisse un monopolio come avviene per i vaccini a virus vivi iniettati nei bambini, tra i quali non esiste possibilità di scelta, né di obiezione di coscienza, da parte dei genitori o dei medici. Oltre alle questioni di coscienza, c'è un ulteriore problema tecnico per il fatto che le cellule HEK293 derivate dall'aborto sono di tipo nervoso e quindi piccole quantità di contaminanti di proteine o acidi nucleici umani (inevitabili in questi vaccini) vengono iniettate nel corpo assieme al virus vettore, con conseguenze ancora da valutare.

B) Pfizer-Biontech, Moderna e CureVac fatti con un RNA messaggero, prodotto 'in vitro' inserito in speciali nanoparticelle fatte di lipidi (grassi) capaci, una volta iniettate, di trasportare un RNA messaggero nella cellula umana, inducendola a produrre la proteina spike codificata dal messaggero. Qui si evita il problema etico, ma gli altri sostanzialmente sono simili a quelli del punto sopra menzionato. Tanto è vero che gli studi di fase 1 hanno evidenziato effetti avversi, piuttosto frequenti, più o meno dello stesso tipo e nelle stesse proporzioni del vaccino adenovirale, con risultati leggermente peggiori per CureVac. Probabilmente tra i diversi competitori prevarrà sul mercato quello che avrà il minor prezzo e la maggiore facilità nel trasporto e stoccaggio. Speriamo che alla fin fine le scelte saranno indirizzate verso i vaccini che mostreranno il migliore profilo benefici/rischi nel medio-lungo periodo e non secondo altri 'criteri'.

C) Sanofi-GSK fatto con una proteina spike 'ricombinante', cioè prodotta dai batteri e poi purificata e coniugata con un 'adiuvante' (AS03) fatto di sostanze come lo squalene (una sostanza organica ricavata dal fegato di squalo) capaci di stimolare fortemente il sistema immunitario nel momento in cui si introduce l'antigene. Il vaccino è un po' in ritardo rispetto agli altri, ma non è detto che non possa recuperare il tempo perduto, perché dietro c'è una grande 'potenza' industriale. Questo vaccino vanta maggiore esperienza nell'uso dell'adiuvante nella vita reale, fatta con l'antinfluenzale. In teoria, un vaccino di questo tipo potrebbe avere meno effetti avversi, perché non inserisce alcun RNA nelle nostre cellule e quindi non si dovrebbe presentare il problema del rischio di autoimmunità menzionato per gli altri due. Il problema non è, però, assente perché la proteina spike del virus ha molte omologie strutturali e sequenze di aminoacidi comuni a proteine umane e quindi la risposta immunitaria potrebbe dirigersi verso sostanze del corpo umano diverse dal virus, particolarmente in soggetti che abbiano una predisposizione genetica, come avviene per altri vaccini. Va precisato che anche nell'infezione da virus 'selvaggio' sono stati segnalati meccanismi patogeni che implicano autoimmunità.

Ci sono tanti altri vaccini in varie fasi di sperimentazione, ma qui ricordo solo una cosa alquanto curiosa. Esistono dei vaccini già ampiamente utilizzati in Cina e Brasile nonché in vendita in Internet. Questi sono stati fabbricati con i virus SARS-COV-2 'veri e propri', inattivati e legati all'adiuvante alluminio idrossido. Vaccini della vecchia generazione, diciamo. La cosa curiosa è che questi vaccini sono fatti solo in Cina e per produrli c'è stato bisogno di coltivare quantità enormi dello stesso virus che ha provocato la pandemia. In altre parole, i cinesi sono stati i primi a diffondere il virus (lasciamo perdere come sia successo, che non è ancora chiaro), gli unici a coltivarlo su scala industriale e i primi a vendere il vaccino fatto con lo stesso virus. Altrettanto curioso è il fatto che siano coloro che hanno sofferto meno per la pandemia”.

Al di là delle dichiarazioni dei produttori, al momento ci sono prove di efficacia e di sicurezza per i vaccini di cui si sta parlando? Le apprensioni concernenti il possibile inserimento del RNA virale nel genoma umano possono essere smentite? Ci sono studi sugli effetti avversi o si tratta di farmaci dalla tecnologia totalmente nuova e la cui somministrazione alla popolazione sarà un esperimento vero e proprio?

“Le prove di sicurezza di fase 1 ci sono per i vaccini dei tipi a e b sopra menzionati e sono piuttosto preoccupanti, anche se non sono riportati ufficialmente casi letali che siano attribuiti ai vaccini. Le apprensioni per la sicurezza dell'inserimento del RNA virale nelle cellule e del suo funzionamento come messaggero le ho menzionate sopra. Personalmente, non credo che esista un grosso rischio di inserimento “nel genoma umano”

perché l'RNA messaggero dovrebbe funzionare solo nel citoplasma, senza trasciversi in DNA. Che poi ciò possa ugualmente avvenire per meccanismi che non conosciamo bene (es. intervento di qualche 'trascrittasi inversa' data da altri virus) non mi sentirei di escluderlo in linea di principio. Inoltre, per passare nella linea germinativa dovrebbe succedere proprio nei gameti, il che sarebbe ancora più raro e inconcepibile. Trattandosi di un'eventualità disastrosa, ovviamente va tenuta presente come 'worst scenario' e non va sottovalutata.

Non c'è dubbio che la somministrazione alla popolazione di un nuovo vaccino sarà un vero e proprio esperimento (precisamente saremmo nella fase 4 della sperimentazione). Voglio essere chiaro: non c'è niente di male nel fare un esperimento sulla popolazione! La medicina è anche una scienza sperimentale ed è sempre avanzata mediante le sperimentazioni, con solo tre vincoli: che siano tecnicamente ben fatte, che siano aperte ad accogliere risultati negativi e che siano etiche. La eticità, che dovrebbe essere certificata da un comitato indipendente, ha come PRIMO presupposto che la partecipazione sia volontaria. Anche per questo, la vaccinazione anticovid deve essere fatta solo ed esclusivamente a volontari e non deve essere introdotta alcuna forma di forzatura o penalizzazione per chi non intendesse partecipare all'esperimento.

Aggiungo che la proposta di vaccinazione deve essere corretta, nel senso di non far credere a chi intende vaccinarsi che il beneficio sia sicuro. Solo dopo la fase IV si potrà dire, con una certa probabilità, QUANTO sia sicuro. La scienza farmacologica è statistica e quantitativa. Mi pare quasi assurdo doverlo ricordare, se non fosse che sui canali pubblici si sentono ogni giorno proclami di segno diverso da parte di politici o opinionisti.”

Possiamo chiarire la questione dell'immunità? Stiamo sentendo dire che è necessario raggiungere un'adeguata immunità di comunità, cosiddetta di 'gregge', per evitare l'obbligatorietà del vaccino. Qual è la soglia che la definisce? Dopo una malattia come la COVID-19 restano anticorpi, tant'è che vi sono anche i donatori di plasma, ma per quanto tempo durano? Cosa si sa invece della durata degli anticorpi indotti dalla vaccinazione?

“Finché non ci sono i dati non possiamo sapere molto. Sull'immunità di gregge c'è un'enorme confusione che [ho posto in luce anche nel caso dei vaccini dell'infanzia](#). Essa consiste nella protezione dei non vaccinati quando una sufficiente quantità di persone è immunizzata per via naturale o per vaccinazione, in modo tale che l'immunità della popolazione interrompe la diffusione del virus. Però essa presuppone vari aspetti tecnici importanti tra cui:

- 1) essa scatta solo oltre una certa SOGLIA di immunità, cioè oltre una percentuale di popolazione che ha raggiunto l'immunità: al di sotto di questa soglia (es. 95% per il morbillo e molto meno per la maggior parte delle altre malattie) non si può parlare di immunità di gruppo;
- 2) se il vaccino è efficace, l'immunità di gregge non protegge i vaccinati, i quali sono protetti dal loro vaccino: pertanto chi intende vaccinarsi non deve obbligare un altro a vaccinarsi con l'argomento che l'altrui vaccinazione serve a se stesso (qui c'è solo il problema degli immunodepressi che comunque è affrontabile tecnicamente in vario modo e si pone solo coi vaccini a virus vivi attenuati, si può leggere a riguardo [il lavoro mio e di Alberto Donzelli](#));
- 3) se il vaccino non è abbastanza efficace o non interrompe i contagi, l'immunità di gregge non si raggiunge mai, pertanto è inutile parlarne e certo non può essere invocato questo argomento per convincere o costringere qualcuno a vaccinarsi”.

Se tutti i virus mutano per adattarsi alla nostra specie e difendersi dal nostro sistema immunitario, anche se il vaccino fosse efficace, non rischia di non esserlo più dopo 6 mesi/un anno? Ci dovremo allora vaccinare tutta la vita?

“Certo sono possibili diversi scenari, dal più favorevole in cui va tutto bene, al peggior fallimento di tutta la campagna, Dio non voglia per l'insorgenza di problemi di sicurezza inaspettati. Personalmente ritengo che

nessun vaccino darà una protezione a lungo termine, sia per le probabilissime mutazioni del virus che una vaccinazione di massa non farebbe che incentivare per la pressione evolutiva, sia perché non si è mai visto un vaccino con virus inattivati o con pezzi di virus o batteri dare protezioni per tutta la vita. L'immunità potrebbe forse mantenersi nel caso in cui il soggetto vaccinato subisse dei nuovi 'incontri' con un virus circolante perché in tal modo riceverebbe un involontario richiamo. Ma se il virus subisse delle mutazioni, anche per la pressione esercitata dalla vaccinazione sistematica della popolazione, ecco che ci troveremmo di fronte allo scenario di proposte vaccinali ripetute negli anni, con tutto ciò che ne consegue in termine di rischi.

Ricordo che l'unico vaccino che ha probabilmente consentito di eradicare (o quasi) una malattia è stato quello vivo attenuato della polio (OPV), il quale però aveva una caratteristica che nessun vaccino ha mai avuto; si diffonde per via orofecale e 'infetta' le persone non vaccinate. Questo vaccino ha però il difetto di subire mutazioni che fanno tornare il virus in una forma patogena. I bambini africani ancora colpiti da paralisi flaccida dopo il vaccino ne sanno qualcosa, come le persone italiane che hanno subito il danno da vaccino nei decenni dal 1960 al 1980 circa, prima che l'OPV fosse sostituito dall'attuale vaccino con virus inattivato. Il vaiolo è stato definitivamente eliminato con l'isolamento degli infetti e la vaccinazione ad anello negli ultimi focolai".

Nel mese di novembre [sul New York Post](#) è stata pubblicata un'intervista al Chief Medical Officer di Moderna che ha avvisato che “non è stato provato che il vaccino possa prevenire la diffusione del virus”. Sempre nel mese di novembre anche [la rivista Lancet](#) ha pubblicato uno studio che esprime dubbi sui vaccini in arrivo. Quali sarebbero allora, allo stato delle conoscenze attuali, i benefici che si vogliono, e si possono REALMENTE ottenere, con questi farmaci?

“Quella dello studioso di Moderna è una ammissione onesta e corretta. Parlando col dottor Alberto Donzelli egli mi ha ricordato che proprio questo è un argomento 'forte' di prudenza e di ricerca scientifica. Come avviene per altri vaccini tra cui notoriamente quello della pertosse, come dimostrato in [un lavoro scritto da me, Alberto Donzelli e Vittorio Demicheli](#), è possibile che il microbo continui a albergare nelle vie respiratorie del vaccinato, il quale ha solo meno sintomi del 'vero' malato; in tal caso, mentre il malato sta a casa in isolamento, il soggetto vaccinato può inavvertitamente diffondere il contagio fra i suoi contatti. Per questo con la pertosse l'immunità di gregge non è possibile e il vaccino riduce i sintomi della malattia per l'individuo vaccinato. Anche altri esperti, [come il prof. Antonio Cassone](#) già direttore del dipartimento di malattie infettive dell'ISS, hanno sostenuto questo concetto.

Nel caso del COVID-19, questo grave problema potrà essere risolto solo ed esclusivamente dall'osservazione del comportamento del vaccino 'sul campo', se saranno fatte apposite e accurate ricerche. Un motivo in più perché i responsabili della sanità pubblica considerino il periodo dopo l'immissione in commercio dei vaccini come un periodo di stretta sperimentazione di fase IV e non, come si sente ribadire in continuazione sia da politici che da opinionisti televisivi, la salvezza dell'umanità”.

Dunque, allo stato delle conoscenze attuali, possiamo affermare che il vaccino anti-covid sia “un bene comune” – come sostiene il Ministro Speranza – in grado di portare benefici certi, oppure bisognerà considerare l'osservazione del comportamento dello stesso “sul campo”, le reazioni che provocherà nel breve, medio e lungo periodo? Quali saranno, invece, i costi per i bilanci della sanità e quindi anche per le nostre tasche?

“Che sia un bene comune si vedrà. Come ho accennato sopra la fase attuale è ancora di sperimentazione sull'uomo (confronto tra vaccino e placebo in grandi gruppi) e non conosciamo bene né l'efficacia né i rischi, come evidenziato da vari autori su riviste scientifiche autorevoli. A solo titolo di esempio cito un punto dei risultati parziali del vaccino Pfizer appena emanati dalla FDA americana. Mentre una certa efficacia generica del vaccino pare probabile, le valutazioni cambiano se si guarda ai casi più gravi di malattia. Su 18.198 vaccinati si è verificato finora un caso di covid-19 grave, mentre su 18.325 soggetti del gruppo placebo si sono verificati tre casi. In pratica la vaccinazione avrebbe consentito di avere un caso in meno di malattia grave ogni

9.000 vaccinati. L'efficacia che viene riportata sarebbe del 66% ma non è statisticamente significativa. Inoltre non sono forniti dati sull'eventuale effetto del vaccino nella trasmissione interumana del virus.

Per quanto riguarda i costi sono certamente altissimi, anche se in parte sono stati già pagati in anticipo per accaparrarsi il diritto alle forniture e le priorità. Non conosco cifre precise, ma non credo di essere molto lontano dal vero dicendo che il costo di una dose potrebbe essere piuttosto elevato, cui si deve aggiungere tutto ciò che serve e il personale per la distribuzione e somministrazione. Ovviamente, se questo servisse veramente ad un gran numero di persone, il costo sarebbe un argomento secondario, pur considerando che le risorse comunque limitate vengono già deviate da altri interventi verso i vaccini”.

I rischi vaccinali si misurano con la vaccino-vigilanza. Il ministro Speranza ha annunciato che l'Aifa predisporrà un comitato scientifico che, per tutto il periodo della campagna vaccinale, avrà il compito di analizzare i dati raccolti. Finora questo sistema di vaccino-vigilanza è stato efficiente in Italia e negli altri paesi?

“Quello della vaccino-vigilanza è un argomento determinante per la fase IV di cui ho parlato. Purtroppo qui devo toccare un punto dolente. La vaccino-vigilanza è fatta con metodi antiquati, perché si basa fondamentalmente sulla segnalazione ‘spontanea’ delle reazioni avverse. Inoltre, per gli eventi avversi gravi dopo la vaccinazione si procede ad una analisi del ‘nesso di causalità’ che dovrebbe accertare se la causa della patologia riscontrata è proprio il vaccino o sono state altre cause. Questo argomento è molto delicato e spesso succede che una reazione avversa venga attribuita a cause diverse, come ho dimostrato [in un recente lavoro pubblicato su rivista peer-reviewed](#) che si può leggere online e scaricare gratuitamente.

Ad aggravare la situazione sta il fatto che il tipo di vigilanza ‘spontanea’ funziona malissimo e rileva una minima frazione di quanto avviene nella realtà. Chi avesse dei dubbi su questa affermazione potrebbe leggerli attentamente i rapporti AIFA degli ultimi anni e [un recente testo scritto da me e dal dr. Donzelli](#) sulla vigilanza delle reazioni avverse al vaccino del morbillo-parotite-rosolia-varicella. Nel lavoro citato abbiamo scritto che sono assolutamente necessari programmi di sorveglianza attiva in campioni rappresentativi di popolazione, con risultati presentati separatamente da quelli di segnalazione spontanea, e la valutazione della causalità deve essere eseguita con attenzione e utilizzando una tecnica corretta per eventi gravi che si presentassero come malattie complesse e multifattoriali, come quelle autoimmunitarie e con gravi disturbi neurologici. Mi fa piacere che il ministro abbia annunciato che l'AIFA predisporrà un comitato scientifico e mi farebbe altrettanto piacere sapere cosa pensa l'Agenzia a riguardo dei problemi posti dai difetti della farmacovigilanza, cui ho fatto cenno. In passato inviai le mie preoccupazioni all'Agenzia senza avere riscontro e resto comunque disponibile a offrire la mia consulenza, gratis, se ci fossero dei casi particolari in cui servisse il parere di un patologo generale”.

Nonostante gli entusiasmi delle case farmaceutiche e i proclami politici, [un numero sempre maggiore di esponenti della comunità medica e scientifica](#) sta manifestando dubbi e lanciando l'allarme sui possibili rischi. Anche la principale rivista medica inglese, [il British Medical Journal](#), si esprime in merito attraverso il commento di Peter Doshi, Associated Editor. Qual è la Sua posizione Professor Bellavite? Lei si vaccinerà?

“Credo proprio che non mi vaccinerò, sia perché ho paura degli effetti avversi conoscendo il mio sistema immunitario, sia perché credo in altri metodi di prevenzione. Però sia chiaro che questa è una mia scelta personale e non intendo sconsigliare alcuno/a di sottoporsi all'immunizzazione artificiale; chiedo solo, da scienziato, che la ‘fase post-marketing’ sia eseguita coi criteri di prudenza e scientificità cui ho sopra accennato. Mentre qui dei politici in vista chiedono il silenziamento di coloro che osano sollevare dubbi sui vaccini, Peter Doshi commenta i risultati ‘annunciati’ da Pfizer e Moderna.

In estrema sintesi i risultati dei vaccini Pfizer e Moderna – in base alle dichiarazioni dei produttori – segnalano un’efficacia dei loro vaccini come riduzione del rischio relativo (cioè la differenza tra vaccinati e non vaccinati), NON una riduzione del rischio assoluto (cioè la riduzione del rischio di ammalarsi veramente per una singola persona che si vaccina), che sembra essere una riduzione del rischio individuale inferiore all’1%. In secondo luogo, i risultati annunciati si riferiscono al covid-19 di qualsiasi gravità e non alla capacità del vaccino di salvare vite umane, né alla capacità di prevenire l’infezione, né all’efficacia in sottogruppi importanti (ad es. anziani fragili). Terzo, questi risultati riflettono un punto temporale relativamente precoce dopo la vaccinazione e non sappiamo nulla delle prestazioni dei vaccini a 3, 6 o 12 mesi. Doshi dice che gli studi stanno mirando all’obiettivo sbagliato, e sottolinea l’urgente necessità di correggere il corso delle sperimentazioni, studiando obiettivi più importanti come la prevenzione delle malattie gravi e la trasmissione tra persone ad alto rischio.

Mentre la discussione si sposta già sulla distribuzione del vaccino, non dobbiamo perdere di vista la necessità di avere le PROVE, con un controllo indipendente dei dati sottostanti. Il recente incidente di ‘mezza dose’ nello studio del vaccino covid-19 di Oxford è stato apparentemente notato solo a causa di effetti collaterali più lievi del previsto. Nello studio col vaccino Pfizer, più della metà dei vaccinati ha sperimentato mal di testa, dolori muscolari o brividi, segno di reazioni piuttosto violente, ma con ampi margini di errore intorno ai dati. Il comunicato stampa di Moderna afferma che il 9% ha sperimentato dolori muscolari sistemici di GRADO ‘3’ e il 10% affaticamento di grado 3. La dichiarazione di Pfizer ha riportato che il 3,8% ha sperimentato stanchezza di grado 3 e il 2% mal di testa di grado 3. Gli eventi avversi di grado 3 sono considerati GRAVI, definiti come effetti che impediscono di svolgere l’attività quotidiana”.

È chiaro a molti che la situazione richiede una valutazione più accorta del rapporto rischi-benefici eppure i miliardi in gioco spingono alla fretta di inoculare i vaccini anti-covid e il terrore diffuso indurrà parecchie persone a farseli iniettare. Già si paventa la possibile obbligatorietà, nel caso non sia raggiunto un numero sufficiente di vaccinati, e si parla di ‘passaporto vaccinale’. Addirittura qualcuno è arrivato a negare le cure per chi non si vaccinerà, si sta creando un clima sociale pericoloso, quasi si sta inculcando l’odio verso chi prova a vederci chiaro e a farsi domande, peraltro del tutto razionali. Il copione e gli attori sono gli stessi dei tempi della legge Lorenzin del 2017 e le vergognose radiazioni dei medici cui abbiamo assistito sono state, forse, solo un piccolo assaggio di cosa potrebbe presto succedere ancora. Non trova sconcertante che un cittadino o un medico, in Italia, non possano avanzare delle perplessità? Come fermare questo clima isterico?

“Le preoccupazioni sono legittime. Il caso che lei ricorda della legge ‘Lorenzin’ 119/2017 è emblematico: si trattò di una operazione iniziata nel 2014 sotto pressioni internazionali (sta scritto nella presentazione della legge e nei documenti AIFA), comprendente la nomina a capo della prevenzione del Ministero di un membro del consiglio di amministrazione della Fondazione Smith-Kline legata alla multinazionale Glaxo, incaricato di organizzare i calendari vaccinali in vista della stretta sull’obbligo. Nel 2016, la Federazione dei Medici emanò un documento sui vaccini prospettando sanzioni disciplinari per i medici ‘non allineati’. Nella primavera del 2017 partì una massiccia campagna mediatica per una epidemia di morbillo attribuita al presunto calo di vaccinazioni, mentre si trattava di un aumento di casi ricorrente in questa malattia, indipendente dalla copertura vaccinali come ho dimostrato in una relazione che deposi alla commissione Igiene e Sanità del Senato. La ministra dichiarò due volte in televisione che in Inghilterra c’era stata una epidemia di morbillo con duecento morti, dato non vero. Ai primi di giugno fu emesso un DPR senza reali motivi di necessità e urgenza, per finire all’approvazione dell’obbligo vaccinale a fine luglio 2017.

Va notato, inoltre, che nella legge sta scritto che l’obbligo sarebbe stato rivisto dopo tre anni, cioè nel 2020, ma non è stato fatto nulla. Ho sentito alte autorità europee dichiarare esplicitamente che ci vuole un ‘grande reset’ della società e dell’economia e che i vaccini sarebbero uno dei capisaldi per questo nuovo ordine mondiale. Il che sinceramente mi preoccupa più della paura di qualche effetto avverso di vaccini OGM. Per fermare queste tendenze e rasserenare il clima sociale ci vorrebbe un intervento di qualche alta autorità morale o religiosa”.

In questi mesi si è sentito parlare solo di vaccino come ‘unico modo per tornare alla normalità’. Non si è dato peso alle cure possibili, non si è mai menzionata né tuttora si ragiona di prevenzione: non si parla dell’importanza della qualità del cibo, dell’aria, dell’acqua che invece sono le prime naturali barriere verso qualsiasi malattia. Non si fa cenno alcuno agli stili di vita salutari, non si insegna a rafforzare il sistema immunitario. Ci sono invece molte sostanze che possono essere d’aiuto per ottimizzare anche la resistenza alle infezioni respiratorie e studi scientifici che lo dimostrano. Nel concludere questa intervista può dare ai lettori qualche indicazione in merito?

“Ci sarebbero tante cose da dire, anche sull’attività fisica regolare, le tecniche di relax e massaggi, i ricambi d’aria, le igienizzazioni delle superfici, ma mi soffermo solo su un punto che riguarda la dieta: un’alimentazione sobria, sana ed equilibrata è ricca di principi attivi che possono sostenere il sistema immunitario, comprese le giuste dosi di vitamine (A,E,C e D), zinco e flavonoidi, la cui utilità è stata riportata dalla letteratura medica in tante condizioni di stress del sistema immunitario, comprese le malattie virali.

Per quanto riguarda eventuali integratori tra le sostanze più promettenti cito, ad esempio, l’acetilcisteina, che ha dimostrato di essere efficace nella prevenzione dell’influenza e che molti autori ritengono possa giocare un ruolo anche nella prevenzione del COVID-19, se solo venisse meglio studiata e sperimentata. Ma nelle recenti linee-guida del Ministero si legge che gli integratori non sarebbero raccomandabili perché a loro dire non vi sarebbero ‘evidenze solide’, concetto ovvio, ma anche discutibile nel caso di una malattia nuova. Per richiamare l’attenzione su questo problema, col dr. Donzelli abbiamo scritto [un articolo su una rivista internazionale di alto livello ‘Antioxidants’](#) in cui abbiamo descritto le salutari proprietà dell’esperidina e della vitamina C presenti negli agrumi, che sono oltretutto dei frutti della nostra dieta mediterranea.

Anche se non c’è la ‘prova’ di efficacia di sostanze nutraceutiche nel COVID-19 – anche perché il grosso delle sperimentazioni, per non dire tutte, salvo pochissime eccezioni, sono fatte da case farmaceutiche sui loro farmaci – è indubbiamente triste che la popolazione sia stata lasciata per tanto tempo priva di indicazioni proprio su questo argomento che, invece, avrebbe potuto costituire uno dei capisaldi della prevenzione”.

I pazzi e i ciechi Angelo d’Orsi 9/12/20 Micromega

“È la piaga dei tempi quando i pazzi guidano i ciechi”. la citazione è assai nota (dall’Atto IV del “Re Lear” di Shakespeare, e sono parole messe in bocca al povero conte di Gloucester), persino abusata, e mi scuso, ma oggi più che mai utile a descrivere la situazione in cui ci troviamo. Nel Rapporto Censis diffuso due giorni or sono, emerge un quadro impressionante della situazione generata, si dice, dalla pandemia, ma forse dovremmo aggiungere: “e dalle politiche dei governanti, nazionali e locali”: sono loro i pazzi, nelle cui mani abbiamo lasciato le nostre vite, troppo spaventati per negar loro la fiducia (“agiscono per il nostro bene...”), troppo frastornati per avere piena coscienza della situazione reale, troppo disorientati per il susseguirsi e il sovrapporsi di notizie contraddittorie e incomplete, per reagire, per riprendere almeno un poco in mano il nostro destino. Loro i pazzi, noi i ciechi; una cecità che non è solo quella che nasce appunto dalla paura dell’ignoto (e qui il pensiero corre allo straordinario romanzo “Cecità” di Saramago, che già mi è capitato recentemente di citare), ma è anche frutto di un atteggiamento rinunciatario, di base, pronto a “lasciar fare” ai governanti, appunto. A costo di apparire il solito pedante professore, voglio richiamare un altro autore, Benjamin Constant (e stavolta andiamo nel secolo XIX, per l’esattezza 1819) il quale, pur liberale orgoglioso che polemizzava contro l’ingerenza dello Stato nella vita degli individui, concludeva il suo discorso invitando a non rinunciare a occuparsi della vita pubblica, a “non fare ai nostri governanti questo favore”. E invece lo abbiamo proprio fatto, questo favore. Per di più a una banda di incompetenti, spesso disonesti, cialtroni. Possibile che qualche frammento di verità ci debba giungere da un programma tv, che è riuscito finora a sottrarsi alla manipolazione e al controllo? (Alludo a “Report”, su RaiTre). Possibile che ministri (Speranza, tanto per fare un nome) e

sedicenti governatori (Fontana, tanto per fare un nome) coinvolti in losche vicende, siedano tuttora tranquillamente sui loro scranni? Possibile che alcune parole di buon senso debbano venire dalla destra (al netto ovviamente delle infami speculazioni di personaggi miserabili, che le sorreggono), mentre PD, LEU e M5S sono immersi nel brago, ripetendo tutti i loro esponenti frasi preconfezionate, che poi il sedicente “capo del governo” si incarica di dettare, con i modi perfettamente democristiani che lo caratterizzano, nelle conferenze stampa? Nel rapporto Censis mi ha colpito non solo ciò che all’ingrosso sapevo – la catastrofe socioeconomica in cui il Paese sta precipitando, i cui effetti si vedranno soltanto nell’arco di qualche anno – ma la risposta di circa l’80% dei nostri concittadini intervistati sulle misure approntate dalle autorità per contrastare la diffusione del virus, i quali chiedono misure “più severe” verso coloro che non rispettano tali misure. Questo mi ha provocato un senso di angoscia e di ripulsa. È vero, intorno a me, sento ogni giorno dire: certo “la gente” non rispetta le norme, ecco perché si va male... Questo che cosa significa? A mio parere semplicemente che la narrazione governativa è transitata dentro i nostri cervelli, e ne siamo diventati portatori, spesso inconsapevoli, esattamente come accade ai contagiati “asintomatici”. Ci siamo lasciati persuadere, non con dati precisi, con informazioni esatte, con indicazioni univoche e chiare: no, ci siamo abbandonati, come i bimbi tra le braccia della mamma, fiduciosi di essere protetti. Certo, il compito di esser vigili, lo ammetto, è sempre più difficile: paradossalmente, nell’era della comunicazione digitale onnipresente e onnisciente, siamo a corto di verità; ossia all’eccesso di comunicazione corrisponde un deficit di informazione. E questo nella vicenda che stiamo drammaticamente vivendo è tanto più evidente. Si aggiunga il ruolo davvero infame dei media e in particolare della TV che ha trasformato esperti e sedicenti esperti (come possiamo distinguere gli uni dagli altri?) in “personaggi”. Dunque quelli che “bucano lo schermo”, ossia coloro che risultano più efficaci sul piano della comunicazione sono stati premiati, con “passaggi” pressoché quotidiani sugli schermi delle varie emittenti, pubbliche e private, ed è stata loro concessa facoltà di parola, anche quando si sono contraddetti a distanza di giorni, o addirittura di ore. Qualcuno di loro sta già costruendo una nuova carriera, forte del successo televisivo. Ma la cittadinanza, trasformata in “audience” quanto beneficio ne ha ricevuto? Come facciamo a difenderci dal bombardamento di false notizie di questa “guerra”, come viene chiamata fin dallo scorso marzo, e come guerra richiede provvedimenti “eccezionali”, misure “eccezionali”, piani sanitari “eccezionali”, e via seguitando sulla strada melmosa e sdruciolevole dell’eccezionalismo. Non appartengo al novero di coloro che hanno creduto o comunque ripetuto che il virus è una invenzione, o che i dispositivi di protezione (leggi mascherine, innanzi tutto), siano inutili, o che hanno pensato, neppure per un attimo, che la Covid 19 fosse poco più di una influenza (alla Trump o Bolsonaro). Ma trovo inaccettabile il ricorso a un lemma pericoloso e ambiguo come “negazionismo” usato non soltanto a fini di delegittimazione di chi prova ad esprimere dei dubbi, non sul virus, ma sulle politiche sanitarie gestite dal ministero, dagli assessorati regionali, dalle giunte comunali, dai sindaci di singoli comuni: una babele politica frutto della sciagurata “devolution” imposta dai leghisti prima maniera e accettata dal PD. L’inefficienza del sistema è sotto i nostri occhi. E lo dico con dolore, pensando agli amici che ho perduto, a quelli tuttora ricoverati in gravi condizioni, o tormentato dall’ansia che la malattia possa colpire persone care. Ma non posso tacere davanti all’improntitudine con cui Giuseppe Conte, in coro con i suoi ministri, ripete “non dobbiamo abbassare la guardia se vogliamo ripetere una terza ondata”, alludendo, direttamente o indirettamente, alle “colpe” dei cittadini che si sono lasciati andare ad “assembramenti”. E le autocritiche dove sono? Perché il ministro della Sanità non ammette che nulla è stato fatto dal suo dicastero nei mesi estivi per prevenire una seconda ondata del virus, o almeno attrezzarsi a fronteggiarla? Quante sono le persone affette da grave patologie cardiache o oncologiche che non ricevono più le cure, dato che i reparti specifici sono stati chiusi o trasformati in reparti-Covid? Quanti morti dovremo conteggiare tra loro e a chi daremo la responsabilità? E la ministra dell’Istruzione, che ora finge di piagnucolare sulle scuole chiuse, perché non ha predisposto il piano scuole? E le Regioni? Perché non hanno preveduto un piano trasporti? E ancora: chi ci fornirà una volta per tutte dati certi sui malati e sui morti? Quanti di loro sono deceduti per la Covid? O “con la Covid”? ed è vero che le aziende ospedaliere ricevono un bonus monetario per ogni vittima da Covid? E poi, perché come in primavera alla prima ondata ora in autunno con la seconda il governo mette su giganteschi

apparati di “tecnici ed esperti” (di nomina governativa, in totale mancanza di trasparenza) per “gestire l’emergenza”? E a che servono gli staff ministeriali? E dove è finito il super manager Colao che da Londra doveva salvare l’Italia, con un esercito di un migliaio di consulenti? E ora si ripete lo schema...La seconda ondata non è arrivata per le colpe dei cittadini, ma per quelle dei governanti: le loro inadempienze, i loro ritardi, i loro errori... E intanto, un anno scolastico è praticamente perduto (le proteste di studenti insegnanti e famiglie non vengono neppure prese in considerazione), con danni gravi alla formazione della personalità degli adolescenti. E danni altrettanto gravi, come accertato dai servizi di monitoraggio delle ASL, si sono già prodotti nella psiche di centinaia di migliaia di italiani, a causa del timore del contagio, certo, ma soprattutto delle misure spesso assurde e terroristiche che dovrebbero prevenirlo. Su tutto questo, vorremmo essere rassicurati, non con la ripetizione insopportabile che “dobbiamo evitare la terza ondata con comportamenti responsabili”. I comportamenti responsabili devono esser prima di tutto dei governanti. I quali dovrebbero anche interrogarsi sulla morte dei teatri e su quella, economicamente ben più grave, dell’intero comparto della ristorazione. E non si dica, a mo’ di risposta, che non è colpa di nessuno: i provvedimenti presi e reiterati sono stati e continuano ad essere punitivi ma non producono risultati apprezzabili. Il ministro Speranza, e il presidente del Consiglio Conte ci devono spiegare perché siamo il Paese con la mortalità più alta, tra quelli colpiti dalla pandemia. E ci devono, infine, convincere che “il più massiccio piano di vaccinazione di massa” di cui stanno parlando da settimane sarà la soluzione, l’unica soluzione, tanto più che di vaccini ne circolano ormai una dozzina, e di nessuno, per ora, possiamo essere sicuri, né sulla efficacia, né sui possibili danni. E qualcuno, in seno alla scompaginata compagine governativa, ha addirittura proposto di istituire un passaporto sanitario, un libretto da portare sempre con noi, insieme alla carta di identità, da cui risulti che siamo vaccinati. Per fortuna si sono levate parecchie voci contrarie. Ma il rischio rimane. E intanto, con roboante e inquietante annuncio veniamo avvertiti che nelle vacanze natalizie 70.000 agenti delle varie forze di polizia saranno schierati sul territorio per controllare il rispetto delle norme emanate nell’ennesimo DPCM. Una vera e propria militarizzazione del Paese, che ci bolla tutti gli italiani e le italiane come potenziali colpevoli. Insomma, a me pare davvero che siamo nelle mani dei pazzi. E noi abbiamo fatto finora, troppo spesso, adagiandoci nella comodità di essere guidati, la parte dei ciechi. L’Atto IV della tragedia shakespeariana si conclude così: “Le notizie variano. È tempo di stare in guardia. Le forze del regno si avvicinano in fretta.” Risponde un personaggio: “È probabile che l’esito sia sanguinoso”. Se vogliamo mettere fine al sangue, ossia alla morte, alla malattia, e al disastro economico e sociale, forse dobbiamo cominciare ad aprire gli occhi e fare i mastini da guardia, tutti, dato che la stampa libera è inesistente o marginale. Informiamoci, diffondiamo notizie certe, poniamo quesiti almeno, e pretendiamo risposte. Questo è democrazia. *(Apparso su “MicroMega” on line, 9 dicembre 2020).*

Vaccini anti Covid e Big Pharma, Raoult: "Non abbiamo difese contro potenze finanziarie di questa natura" 9/12/20 l'AntiDiplomatico

Didier Raoult, direttore dell’Institut Hospitalo-Universitaire Méditerranée infection di Marsiglia e da mesi al centro del dibattito sull’uso dell’idrossiclorochina nella terapia anti Covid-19 (il farmaco, non più brevettato, è stato usato dall’ospedale su 10.000 pazienti), in una [recente intervista](#) ha spiegato:

- 1) Ormai è chiarissimo che circolano diversi genotipi del virus Sars-CoV-2 e questo pone problemi sulla possibilità che un vaccino riesca a proteggere contro tutti i genotipi che fanno la loro comparsa e circolano;
- 2) le epidemie non sono affatto sincronizzate nei diversi luoghi e presentano aspetti imprevedibili;
- 3) ma se ci si occupa nel modo corretto dei malati, se il loro medico li vede, se quando arrivano in ospedale si sa cosa fare, la mortalità rimane molto debole, praticamente limitata ai soli malati che avevano già una speranza di vita molto corta o a quelli con anomalie genetiche che vanno studiate e capite;

4) la lezione del Remdesivir (ndR: costosissimo antivirale della casa Gilead, acquistato da molti paesi, concorrente dell'idrossiclorochina e alla fine riconosciuto come inutile; anzi fin dall'inizio Raoult ne ha sostenuto la tossicità) è che la nostra società non ha il contro-potere necessario a impedire che si venda qualunque cosa. I colossi farmaceutici sono miliardari molto duri, non benefattori. E' la stessa cosa della vendita del petrolio, a suo tempo, e di quella delle armi: Se le nostre società non sono capaci di innalzare barriere, continuerà così;

5) occorrerà prima o poi che le riviste scientifiche rifiutino di pubblicare articoli pagati dalle case farmaceutiche o che siano direttamente finanziate dalle stesse; non si può più sopportare, ne va della credibilità;

6) Il British Medical Journal aveva smontato il Tamiflu (sempre della Gilead) che aveva inondato il mercato al tempo dell'influenza aviaria finché non si è visto che non è servito a niente. Questa lezione del Tamiflu è andata perduta.

7) Sembra che stia accadendo lo stesso per i vaccini, dei quali non sappiamo niente se non le comunicazioni pubblicitarie dei produttori. Le persone e gli Stati sembrano dover decidere sulla base della pubblicità. Ma chi avanza queste considerazioni è tacciato di essere contro i vaccini. Allora diciamo che ci vuole la medicina, la medicina, la medicina; se poi in un laboratorio farmaceutico avviene un miracolo, tanto meglio, ma non si può aspettare. Per adesso non si sa nulla; e quel che vedo è che è questione di soldi, di quotazioni che salgono.

8) Occorre una vera riflessione: fin dall'inizio la malattia è stata sovra drammatizzata, tutti terrorizzati, si ha l'impressione di essere circondati da zombi. Poi invece di puntare sulle cure, si è detto ai terrorizzati: aspettiamo la bacchetta magica. La prima non è andata, una spesa enorme per nulla (si riferisce al Remdesivir, ndR); a questo punto si pianifica di invadere il pianeta con vaccini dei quali non si sa ancora di preciso nulla.

Covid, lo studio: «I morti dovuti alle conseguenze psicologiche (e non) della pandemia superano quelli per il virus» 10/12/20 Il Messaggero

«In Italia, I pazienti reumatici no Covid-19 ma con malattie infiammatorie articolari hanno dovuto subire un doppio stress, terapeutico e psicologico, nel momento in cui le loro prestazioni di cura sono state spostate o annullate e il farmaco che erano abituati ad assumere è diventato irreperibile perché suscettibile d'uso anche per il Covid-19» sottolinea il dottor Luis Severino Martin, Ospedale "Paolo Colombo" di Velletri (RM), U.O. di Medicina Interna e Reumatologia, in merito all'impatto psicologico della pandemia nei pazienti reumatici e sui soggetti sani. Da uno studio condotto per l'Ars Toscana nel maggio di quest'anno, emerge infatti che un malato cronico come quello affetto da patologie gastroreumatologiche ha, in generale, un rischio più che doppio di sviluppare Covid-19 sintomatica rispetto a un soggetto sano (RR=Rischi Relativi malato vs non malato, pari a 2,31). A ciò si aggiunge l'effetto di un sistema sanitario sotto stress anche per quel che riguarda i malati no Covid-19. Il 55% di chi presenta patologie croniche ha avuto difficoltà ad accedere ad accertamenti o esami, mentre il 65% ha dichiarato di aver avuto tempi di attesa più lunghi.

«Per far l'esempio degli Stati Uniti – prosegue Martin - la riduzione fino ad un -76% delle prestazioni ambulatoriali durante i lockdown, ha creato di fatto una situazione vissuta dai pazienti cronici come un abbandono del sistema sanitario proprio nel momento di maggiore necessità. La pressione mediatica esercitata sui cittadini per le conseguenze drammatiche della pandemia, l'isolamento, la paura del contagio, l'allontanamento delle persone care, etc, ha portato poi gli individui a sviluppare alcune risposte adattative variabili in base al vissuto di ognuno. Per dare una dimensione al fenomeno, secondo alcuni studi condotti sulla popolazione degli Stati Uniti, le conseguenze psicologiche più frequenti registrate sono state: l'aumento delle crisi d'ansia +400%, soprattutto fra gli adolescenti +70%; l'aumento della depressione +450% ; dell'abuso di

sostanze tossiche, alcool e/o droghe e persino l'aumento dei casi di suicidio o tentato suicidio . Lo stato depressivo di nuova insorgenza, poi, si è verificato di più +38% nella popolazione produttiva anche perché legata all'incertezza del futuro lavorativo».

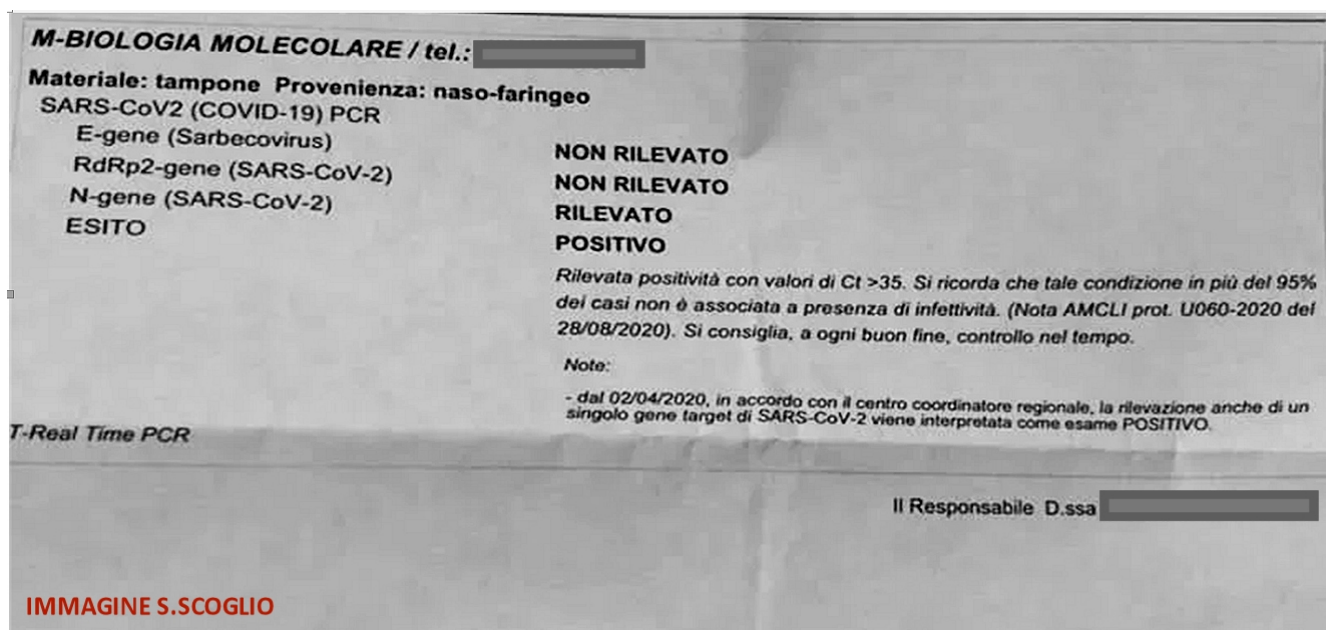
Uno studio dell'Università del Massachusetts dichiara il numero di morti dovuti alle conseguenze psicologiche della pandemia superiore al numero di morti dovuti all'infezione da SARS-CoV-2. E si prevede che le conseguenze di tipo psicologico a lungo termine della pandemia potrebbero persistere per diversi anni. Infatti, gli studi che hanno valutato le conseguenze di altre recenti tragedie - attentati terroristici dell'11 Settembre 2001 a New York o lo Tsunami in Giappone del 2011 -, dimostrano che le alterazioni dell'omeostasi psicologica delle persone coinvolte possono perdurare anche per 6-8 anni dopo l'evento. «In Italia l'emergenza Covid-19 ha messo a dura prova i pazienti cronici, tra i quali quelli affetti da patologie gastroreumatologiche e che, attraverso la voce delle proprie associazioni, hanno segnalato oltre 18 milioni di prestazioni sanitarie cancellate tra febbraio e ottobre 2020» sottolinea il presidente SIGR, Bruno Laganà. Risultano poi più che raddoppiate (dal 16% al 33,9%) le difficoltà di comunicazione dei pazienti con il proprio medico di medicina generale, con oltre 2 persone su 10 che durante la prima ondata dell'emergenza sanitaria hanno riscontrato problemi di assistenza. «Va detto con forza che, per i cronici, non cessano né rallentano le sofferenze fisiche e psicologiche e neppure diminuiscono le necessità di accedere a un'assistenza sanitaria e clinica che non può essere interrotta» interviene a sua volta il professor Vincenzo Bruzzese, past president di SIGR. In una recente ricerca condotta dall'istituto WeResearch è emerso come più di 4 persone su 10 mettano in relazione il periodo dell'emergenza con il peggioramento della propria condizione di salute, nella frustrazione di vedersi negato il pieno diritto alla Salute quasi fossero pazienti "in nero". «Questa situazione impone un'organizzazione sanitaria che affronti in Italia come nel mondo anche queste problematiche» conclude il dottor Martin. «Innanzitutto, dovremmo riconoscere e accettare che queste problematiche esistono e possono condizionare in modo importante la qualità di vita delle persone. Quindi, dovranno essere implementate sul territorio tecniche di Counseling che possano aiutare le persone coinvolte a superare la reazione "patologica" sviluppata».

Covid, ma a cosa servono i "nuovi" tamponi Francesco Santoianni 10/12/20 l'Antidiplomatico

Davvero inaffidabili gli attuali tamponi e, quindi, l'enorme numero di positivi sorti come per magia dopo l'estate. Lo dichiara, tra gli altri il professor [Giorgio Palù](#), già presidente della Società italiana ed europea di Virologia ed attualmente a capo dell'AIFA. Qui un articolo che [approfondisce la questione](#), intanto due parole su come venivano usati i "vecchi" tamponi. E cioè, quelli utilizzati fino a maggio. Che durante una epidemia si debba tenere sotto osservazione il dilagare del contagio è fuori discussione. Solitamente la diffusione di una infezione viene controllata stabilendo un campione rappresentativo di tutta la popolazione che viene sottoposto a periodiche analisi (e/o effettuando stime basate su fattori biologici, demografici e territoriali...) e ciò al fine di stabilire una strategia di intervento e, quindi, misure profilattiche. Questo non lo diciamo noi. Lo affermano tutti i manuali di gestione delle crisi epidemiche, primi tra tutti, quelli dell'OMS. È stata questa la direttiva seguita in Italia? Assolutamente no. Agli inizi dell'emergenza Covid venivano sottoposti a tampone principalmente i sintomatici. E perché? Perché così, confrontando i pochi "positivi" con i tanti "morti per Covid" (e cioè coloro nei quali, prima o dopo il decesso, veniva trovato un virus che già era presente in milioni di italiani) si attestava una spaventosa letalità del Sars-Cov-2 (per capirci 12 volte più elevata di quello che si registrava in Germania) che costringeva gli italiani a stare in casa per due mesi e, quindi, giustificare il lockdown. Che poi questo terrore del virus abbia fatto collassare la medicina territoriale e trasformato una emergenza in una ecatombe è un altro discorso. Ma mentre in regioni come la Lombardia i tamponi erano numerosissimi, (con l'unico risultato di scovare innumerevoli positivi asintomatici che venivano subito confinati o che congestionavano gli ospedali, ingigantendo così il numero delle infezioni ospedaliere che già si

portano via ogni anno in Italia 10.000 persone) in Campania i tamponi erano pochissimi. Nasce da qui il “miracolo” dell’affollatissima area napoletana quasi immune al Covid.

Ad aprile le cose cambiano. De Luca, dopo aver fatto fare un numero bassissimo di tamponi, decide di moltiplicarli facendo credere dietro ogni "negativo" ci fosse non un "guarito" (e cioè una persona che aveva sconfitto il virus senza manifestare alcun sintomo, come è nel 95% dei casi) bensì una persona che lui aveva salvato dal contagio. In realtà sarebbe bastato effettuare non tamponi (che attestano la presenza o meno del virus) ma indagini sierologiche (che attestano la presenza di anticorpi) per infrangere il mito di De Luca Salvatore della Campania. Non a caso, di indagini sierologiche in Campania se ne fecero pochissime. Ben presto, comunque, de Luca si scatena nella caccia all'untore annunciando "focolai di Covid" (come quello di Mondragone) che altro non erano che persone, sanissime, nelle quali i “nuovi” tamponi attestavano, soprattutto, falsi positivi. De Luca così riesce a trasformarsi da "Salvatore della Campania" in “sceriffo” (ad esempio imponendo una inutile mascherina anche all'aperto o demonizzando la “movida”) e vincere le elezioni regionali. Ma dicevamo dei “nuovi” tamponi. In realtà sono gli stessi usati già a marzo, quello che è cambiato è stato il loro utilizzo. Fino ad aprile per attestare la positività era necessario che identificassero tre geni caratterizzanti l’RNA del virus oggi, inspiegabilmente, ne basta uno. Ma, a questo punto, un sintetico inciso scientifico. Il codice genetico (RNA) del virus SARS-Cov-2 risulta essere uno dei più lunghi tra quelli a RNA (30.000 coppie di basi). Fino ad aprile, i geni che venivano ricercati per identificarlo erano 3: il gene E (Envelope), il gene N (proteina nucleocapside) ed il gene RdRp (RNA polimerasi virale). Si badi bene che, come [meglio specificato qui](#), il gene E del SARS-Cov 2 è identico al 100% a quello del SARS-Cov-1 (e probabilmente a quello di tutti i SARS coronavirus); il gene N ha una sola variazione (di appena 1/64esimo, ovvero di appena l’1.5%); il gene RdRP ha 5 variazioni su 64. Con questa situazione e l’elevata possibilità di identificare SARS-Cov2 con un virus diverso non è un caso che nessuno tra gli innumerevoli tipi di tampone oggi in uso sia [mai stato certificato](#) dal Comitato tecnico scientifico. Il 3 aprile, colpo di scena. Il Ministero della salute con una confusissima [Circolare](#), in nome dell’esigenza di accelerare i tempi della diagnosi, dà il via alla possibilità di valutare la presenza del SARS-Cov2 sulla base di un solo tampone e la presenza di uno solo dei tre suddetti geni. Da quel momento in poi precipita la già traballante affidabilità dei tamponi COVID e ogni laboratorio si affida ai criteri che meglio ritiene giusti. Guardate, ad esempio, questo referto emesso un, pur scrupoloso, laboratorio diagnostico, in quanto riporta dati e precisazioni che, solitamente, non trovano posto in tanti altri referti.



Attesta la positività ricordando, comunque, che la presenza di uno solo dei tre geni “in più del 95% dei casi non è associata a presenza di infettività” consigliando, ad ogni buon fine, un “controllo nel tempo”. Ed ha ragione,

in quanto il “segnale positivo” potrebbe essere dovuto ad altri fattori diversi dalla presenza del SARS-COV-2 attivo, come la presenza di altri coronavirus simili presenti in circolazione o come la presenza di frammenti di SARS-Cov-2 non più attivi nell’organismo del paziente. Un altro aspetto sconcertante del referto è l’attestazione che il campione è stato sottoposto a più di 35 cicli termici (Ct>35). Secondo il [Premio Nobel Kary Mullis](#), (l’inventore della tecnica di biologia molecolare PCR - Polymerase Chain Reaction che sovrintende a questi tamponi) per evitare di attestare falsi positivi il numero di cicli termici non dovrebbe essere superiore a 20-25 ma questo limite oggi, quasi mai viene rispettato. E, in assenza di [precise disposizioni](#), ognuno si regola come gli pare: si legga a tal proposito [questo articolo](#). Può apparire incredibile ma proprio questa situazione certifica la “seconda ondata” che vi costringe, ancora una volta, a restare chiusi a casa.

P.S. Il Comitato Covid19 Basta Paura sostiene [l’esposto alla Magistratura](#) per appurare se dietro questa situazione sussistano reati.

Ordinanza del Consiglio di Stato dell’11 dicembre 2020 Ippocrate.org 11/12/20

Pubblichiamo [l’ordinanza del Consiglio di Stato che annulla la sospensione del 22 luglio 2020 di AIFA riguardante l’idrossiclorochina](#)

1. l’ordinanza del Consiglio di Stato di oggi sull’Idrossiclorochina riporta al centro la questione della scientificità su cui si devono basare le decisioni politiche. Prende dunque le distanze dalla “narrazione medica” portata avanti finora dai mass media e riafferma, rispetto alla narrazione giornalistica attuata da marzo ad oggi, il valore della realtà medico-scientifica;
2. il Consiglio di Stato sospende l’efficacia della nota del 22 luglio 2020 che sostanzialmente impediva ai medici di prescrivere idrossiclorochina. (AIFA aveva di fatto trasceso le sue facoltà intimando illegittimamente ai medici la non prescrittibilità).

SI RICORDA CHE UN FARMACO IN COMMERCIO È SEMPRE PRESCRIVIBILE DA UN MEDICO SOTTO PROPRIA RESPONSABILITÀ ANCHE PER PATOLOGIE DIVERSE DA QUELLE PER CUI TALE FARMACO VIENE INDICATO (utilizzo off-label). SOSTANZIALMENTE AIFA NON PUÒ VIETARE L’UTILIZZO OFF-LABEL.

La sospensione dell’efficacia della nota del 22 luglio dell’AIFA stabilisce che non rientrava tra le competenze dell’Agenzia del Farmaco potersi esprimere in tal senso. Dunque riafferma la possibilità del medico di prescrivere l’idrossiclorochina per Covid sotto propria responsabilità;

3. si segnala che al punto 8 dell’ordinanza il Consiglio di Stato afferma che le decisioni AIFA relative al punto in contenzioso NON POGGIANO SU STUDI SOLIDI O PLAUSIBILMENTE SCIENTIFICI;
4. l’aspetto secondo il Movimento IppocrateOrg più significativo e rilevante, dal punto di vista politico, riguardante questa sentenza è il riconoscimento di dignità al comitato scientifico (al quale AIFA si è opposta strenuamente durante il dibattimento) a i medici e ricercatori che hanno depositato la memoria contro AIFA. Questo fatto è dal nostro punto di vista la vera vittoria in quanto apre la porta a iniziative ulteriori.
5. Il Movimento IppocrateOrg auspica che tutti i medici del Paese raccolgano i dati dei pazienti trattati con Idrossiclorochina e si uniscano sotto un’unica guida (poco importa quale sia) con l’obiettivo di dimostrare, con almeno un migliaio di testimonianze, che i decessi della seconda ondata sono, di fatto, ascrivibili ad un atto criminale.

Finalmente riabilitata l’idrossiclorochina 11/12/20 Liberopensare.com

Il Consiglio di Stato dice sì all’uso dell’idrossiclorochina come terapia per Covid-19, purché sia prescritta da un medico, e conferma la decisione dell’Agenzia del farmaco di escludere il farmaco dalla rimborsabilità Ssn.

Con l'ordinanza numero 7097/2020, pubblicata oggi, la III Sezione del Consiglio di Stato ha infatti accolto, in sede cautelare, il ricorso di un gruppo di medici di base e ha sospeso la nota del 22 luglio 2020 dell'Aifa che vietava la prescrizione off label (ossia per un uso non previsto dal bugiardino) dell'idrossiclorochina per la lotta al Covid 19.

“La perdurante incertezza circa l'efficacia terapeutica dell'idrossiclorochina, ammessa dalla stessa Aifa a giustificazione dell'ulteriore valutazione in studi clinici randomizzati – si legge nella corposa ordinanza – non è ragione sufficiente sul piano giuridico a giustificare l'irragionevole sospensione del suo utilizzo sul territorio nazionale da parte dei medici curanti”.

E ancora:

“La scelta se utilizzare o meno il farmaco, in una situazione di dubbio e di contrasto nella comunità scientifica, sulla base di dati clinici non univoci, circa la sua efficacia nel solo stadio iniziale della malattia, deve essere dunque rimessa all'autonomia decisionale e alla responsabilità del singolo medico in scienza e coscienza“ e con l'ovvio consenso informato del singolo paziente, fermo restando il monitoraggio costante e attento del medico che lo ha prescritto.

L'ordinanza precisa che non è invece oggetto di sospensione (né a monte di contenzioso) la decisione dell'AIFA di escludere la prescrizione off label dell'idrossiclorochina dal regime di rimborsabilità.

[CLICCA QUI PER L'ORDINANZA COMPLETA.](#)

Il Consiglio di Stato accetta il ricorso dei medici sulla prescrizione dell'Idrossiclorochina

11/12/20 Pressenza.org

Con un'ordinanza pubblicata oggi la terza sezione del Consiglio di Stato ha accolto il ricorso di un gruppo di medici di base e ha sospeso la nota del 22 luglio 2020 di Aifa che vietava la prescrizione «off label» (ossia per un uso non previsto dal bugiardino) dell'idrossiclorochina per la lotta al Covid 19. Nelle oltre 30 pagine dell'ordinanza il Consiglio di Stato ricorda che “la perdurante incertezza circa l'efficacia terapeutica dell'idrossiclorochina, ammessa dalla stessa Aifa a giustificazione dell'ulteriore valutazione in studi clinici randomizzati, non è ragione sufficiente sul piano giuridico a giustificare l'irragionevole sospensione del suo utilizzo sul territorio nazionale da parte dei medici curanti”. Tra i firmatari del ricorso c'era anche il Dottor Antonio Marfella che nel giugno di quest'anno era stato firmatario della [lettera](#) che IppocrateOrg ha promosso e inviato alla rivista scientifica The Lancet che aveva pubblicato uno studio nel quale screditava l'idrossiclorochina. Nella lettera promossa da Ippocrate si contestava su basi scientifiche le risultanze dello studio teso a screditare l'efficacia del farmaco.

Dichiara Mauro Rango, fondatore di IppocrateOrg: “la sentenza del Consiglio di Stato di oggi sull'Idrossiclorochina riporta al centro la questione della scientificità su cui si devono basare le decisioni politiche. Prende dunque le distanze dalla “narrazione medica” portata avanti finora dai mass media e riafferma, rispetto alla narrazione giornalistica attuata da marzo ad oggi, il valore della realtà medico-scientifica”. “La battaglia – continua Rango – non è conclusa dato che se il Consiglio di Stato riconosce la mancanza di fondamento del divieto di Luglio, tuttavia resta in vigore il provvedimento di Maggio con cui AIFA applica le risoluzioni sull'idrossiclorochina che l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Agenzia Europea del Farmaco non ha ancora ritirato.”

IppocrateOrg ricorda che l'idrossiclorochina, come trattamento nella primissima fase sintomatica della malattia, è raccomandata nel [protocollo di cure del Covid-19](#) che il Movimento ha prodotto e che viene usato sempre da più medici nella battaglia contro la pandemia per salvare sempre più vite umane, primo principio del

[Giuramento di Ippocrate.](#)

Una materia delicata e scivolosa che richiederebbe ben altra chiarezza da parte delle autorità sanitarie

Si prega di leggere attentamente queste che sono le conclusioni dei [Rapporti virologici settimanali](#) N. 1, 2, 3 e 4 rispettivamente del 18 e 25 novembre e del 3 e 9 dicembre.

- Durante la settimana 46/2020 sono stati segnalati, attraverso il portale InFluNet, 49 campioni clinici ricevuti dai diversi laboratori afferenti alla rete InFluNet e, tra i 48 analizzati, nessuno è risultato positivo al virus influenzale. Nell'ambito dei suddetti campioni analizzati, 18 sono risultati positivi al SARS-CoV-2.
- Durante la settimana 47/2020 sono stati segnalati, attraverso il portale InFluNet, 174 campioni clinici ricevuti dai diversi laboratori afferenti alla rete InFluNet e, tra i 173 analizzati, nessuno è risultato positivo al virus influenzale. Nell'ambito dei suddetti campioni analizzati, 12 sono risultati positivi al SARS-CoV-2.
- Durante la settimana 48/2020 sono stati segnalati, attraverso il portale InFluNet, 156 campioni clinici ricevuti dai diversi laboratori afferenti alla rete InFluNet e, tra i 153 analizzati, nessuno è risultato positivo al virus influenzale. Nell'ambito dei suddetti campioni analizzati, 29 sono risultati positivi al SARS-CoV-2.
- Durante la settimana 49/2020 sono stati segnalati, attraverso il portale InFluNet, 148 campioni clinici ricevuti dai diversi laboratori afferenti alla rete InFluNet e, tra questi, nessuno è risultato positivo al virus influenzale. analizzati, 17 sono risultati positivi al SARS-CoV-2.

Per capire bene di cosa stiamo parlando occorre ricordare che i campioni clinici di cui si parla sono tamponi orofaringei raccolti dalla rete dei medici sentinella preposti al controllo epidemiologico dell'influenza stagionale e trasmessi ai laboratori autorizzati al loro esame. Ora, le disposizioni contenute nel "Protocollo operativo della sorveglianza epidemiologica e virologica", di cui è munito ogni medico della rete dei medici sentinella, alla pagina 10 precisano che

"Il medico effettuerà il prelievo da pazienti con sintomatologia influenzale. Il prelievo deve essere eseguito durante la fase acuta della malattia (*rialzo febbrile*)".

La prima parte della disposizione può sembrare ridondante, data la sua ovvietà, ma non lo è perché inibisce al medico di fare verifiche su casi di influenza ch'egli giudichi non del tutto certi. Ma quella importante è la seconda parte della disposizione perché fissa una modalità, per effettuare il prelievo del campione biologico del paziente, assai precisa: il prelievo va eseguito durante la "fase acuta della malattia", ovvero in presenza del "rialzo febbrile", insomma quando il virus influenzale, sempre che di influenza si tratti, *non può non esserci*. In pratica, i campioni biologici sono presi dai più ammalati di influenza tra quanti, a giudizio dei medici, sono sicuramente ammalati di influenza.

E veniamo alle conclusioni.

La prima, di tutta evidenza, è che ***al momento non c'è traccia di virus influenzali in giro***. Dei 522 campioni analizzati (sui 527 ricevuti dai laboratori) non uno risultava positivo al virus influenzale.

La seconda è che ciò che sembra influenza non lo è: o è malattia di stagione o è Covid-19. Per essere più precisi: ***nell'86 per cento dei casi esaminati si tratta dei tipici malesseri invernali (non di influenza) e nel 14 per cento di Covid-19.***

La terza: ***14 per cento è pressappoco la percentuale di positivi che risulta dai tamponi effettuati per il controllo del coronavirus*** nel periodo coperto dai rapporti virologici che va da dal 18 al 9 dicembre. Ma la questione è questa: **come possono essere uguali queste due percentuali** dal momento che una, quella che si ricava dai rapporti virologici, deriva da ammalati supposti influenzati al culmine dell'attacco febbrile mentre l'altra è data da semplici cittadini che sono andati a farsi un tampone di verifica della negatività al coronavirus? C'è una sola spiegazione: questa seconda percentuale risulta gonfiata dal fatto che ***i cittadini che vanno a fare tamponi di verifica sono cittadini a più alto rischio coronavirus che non rappresentano affatto la***

popolazione italiana nella sua interezza, una popolazione che evidentemente non ha mai neppure sfiorato percentuali di positività al coronavirus del 14 per cento.

L'obiezione che qualcuno potrebbe muovere a tutta questa impostazione è che non siamo ancora nel pieno della stagione influenzale e che la vera ondata influenzale arriverà tra gennaio e febbraio. Giusto, aspettiamo a dare giudizi definitivi. A maggior ragione in quanto alla stessa data di oggi nel 2019 erano stati analizzati 1.938 tamponi orofaringei per il controllo dell'influenza, dei quali solo 36, meno del 2 per cento, positivi. Però, intanto qualche positivo al virus influenzale un anno fa c'era. Ma poi, qualcuno spiegò forse che gli influenzati a quella data non erano la bellezza di 887 mila – come risultava dai Rapporti settimanali epidemiologici e come vennero conteggiati nel computo finale degli influenzati 2019-2020 – ma meno del 2 per cento degli stessi, 15 mila e neppure, come si ricavava inoppugnabilmente dai Rapporti settimanali virologici? Questa è una materia scivolosa, abbiamo imparato. Ma si direbbe che le autorità sanitarie – Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Comitato tecnico-scientifico, per non dire della pletera litigiosa di virologi e infettivologi – facciano ben poco per evitare di farci scivolare, aumentando così le probabilità di scivolare a loro volta.

Covid: tamponi fai da te affidabili come lanciare una monetina?

Raffaele Varvara 11/12/20 comedonchisciotte.org

Oltre l'attesa spasmodica per il vaccino-messia, c'è la pressione per immettere nel mercato sanitario, nuovi sistemi di diagnosi che mettano fine all'incubo delle file per i tamponi (1). Attualmente tutta l'organizzazione della macchina diagnostica del Covid assorbe moltissime risorse personali (infermieri, medici, tecnici di laboratorio, microbiologi) che, tuttavia, a breve, dovranno essere liberate per garantire la copertura vaccinale. In principio, il gold standard per la diagnosi di infezione da Covid, erano i tamponi molecolari: un'indagine molecolare che permette di identificare in modo altamente specifico e sensibile uno o più geni bersaglio del virus presenti nel campione biologico e di misurarne in tempo reale la concentrazione. Poi sono diventati "tamponi rapidi" che a differenza dei test molecolari, rilevano la presenza del virus ma in modo più aspecifico. A breve verranno immessi nel Supermercato Sanitario Nazionale, come è stato ridotto dai neoliberisti, "tamponi fai-da-te" ovvero cotton fioc da inserire prima nel naso, poi in un rilevatore in grado di dirci se siamo positivi o meno, simil test di gravidanza. Purtroppo, ad oggi, se da un lato ci bombardano convincendoci sull'affidabilità del vaccino, dall'altro, nessuno ci dice se questi nuovi test sono affidabili o meno. Non vi sono sufficienti studi pubblicati che, a fronte di contesti specifici e di una ampia casistica, forniscano indicazioni sulla sensibilità e specificità di questi tamponi fai da te. Allo stato attuale, i dati disponibili dei tamponi rapidi per questi parametri sono quelli dichiarati dal produttore: 70-86% per la sensibilità e 95-97% per la specificità. Ma dei tamponi fai-da-te, non c'è traccia di alcun dato (2).

La sensibilità è la probabilità che un risultato "positivo" del test corrisponda effettivamente alla presenza del virus cercato. Nell'esempio del tampone per la ricerca dei geni bersaglio del SARS-CoV-2, la sensibilità è la probabilità che un risultato "positivo" del test corrisponda esattamente ad un individuo che abbia sviluppato gli anticorpi contro il virus. La specificità è la probabilità che un risultato "negativo" del test corrisponda effettivamente all'assenza del virus cercato. Considerando lo stesso esempio, la specificità è la probabilità che un risultato negativo del test corrisponda esattamente ad un individuo che non abbia sviluppato geni bersaglio del virus, quindi non ne sia venuto in contatto (3). Questi due parametri devono essere superiori al 90% per uno strumento diagnostico sicuro e di qualità. La perplessità di un clinico è la seguente: se il test rapido ha un range di sensibilità dal 70 al 86% (molto poco per un test che ha un impatto economico e sociale devastante), il range dei test fai-da-te potrà essere ancora inferiore. Se si scende ad un 50% di sensibilità, non serviranno più tamponi: si potrà diagnosticare il Covid semplicemente lanciando una monetina. La probabilità sarà proprio la stessa di quella che si ha facendo testa o croce! Ovviamente è un paradosso, l'ennesimo di questo presente distopico.

NOTE:

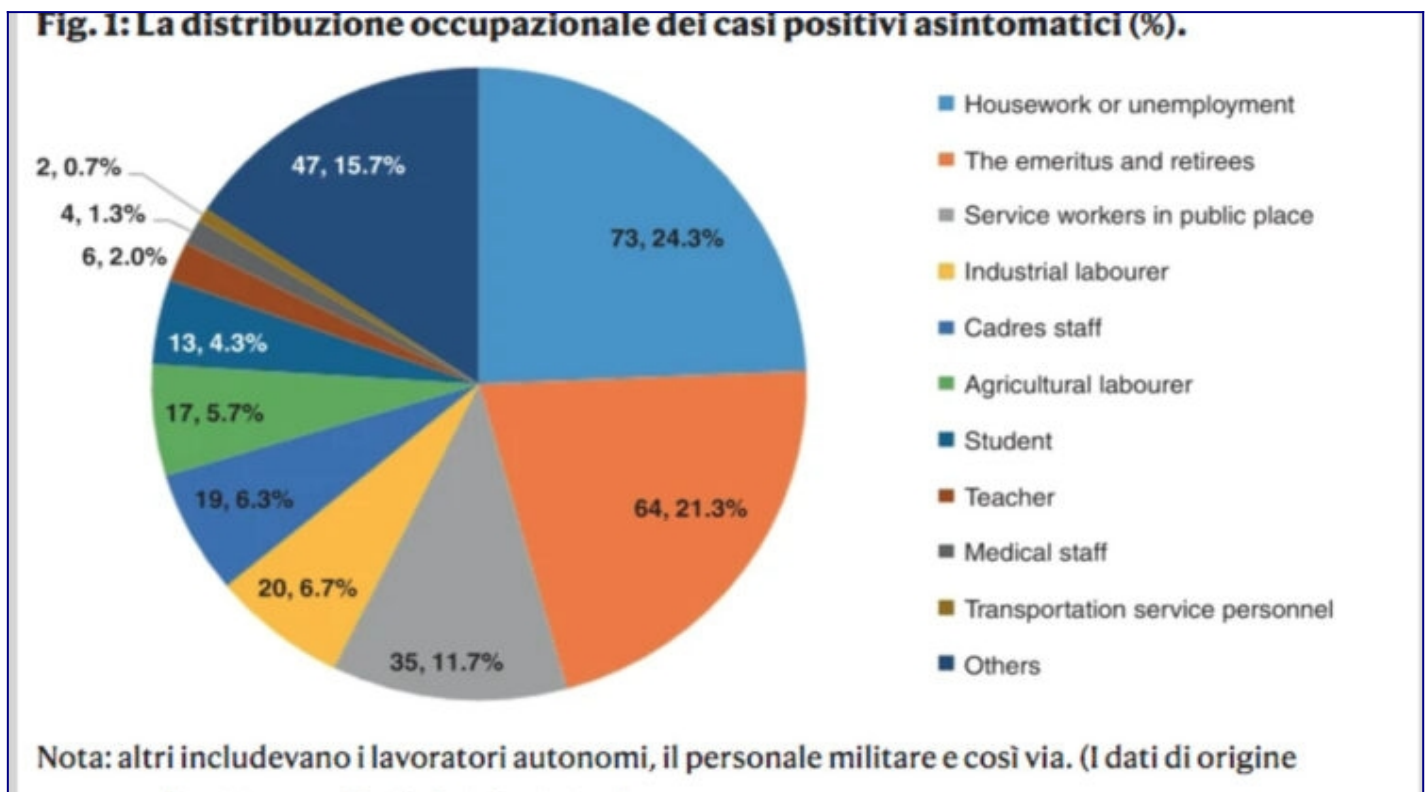
1-https://www.repubblica.it/cronaca/2020/12/07/news/coronavirus_la_svolta_dei_test_fai_da_te-277416951/

2-https://www.iss.it/coronavirus/-/asset_publisher/1SRKHcCJJQ7E/content/diagnosticare-covid-19-gli-strumenti-a-disposizione.-il-punto-dell-iss

3- <https://www.roche.it/it/covid-19-il-nostro-impegno-nell-emergenza-sanitaria/approfondimenti/test-diagnostico-sensibilita-specificita.html>

Sorpresa da Wuhan: gli asintomatici non contagiano! Andrea Leone 11/12/20 Comedonchisciotte

Vi ricordate le dichiarazioni di Burioni sul tema degli asintomatici? Lui sostiene che sono malati e possono contagiare. E del famoso zanzarologo Crisanti? Per non parlare della marcia indietro effettuata dal Dr.Fauci che dichiara a tutto il mondo di essersi sbagliato sulla non contagiosità degli asintomatici! Menzioniamo anche siti come Open.online di Mentana considerati antibufale che si affrettarono a contestare altri studi sulla non contagiosità, ma ora lo pubblica una rivista scientifica autorevole internazionale, cosa diranno?? Da poco la rivista scientifica Nature come leggeremo nell'articolo di seguito da ilgiornale.it ha pubblicato uno studio incontrovertibile per la quantità di soggetti analizzati, **dove si apprende in sintesi che gli asintomatici portatori sani di virus con carica virale bassa non possono contagiare.** Quindi aggiungiamo noi, la difficoltà sta nel selezionare gli asintomatici da i pre-sintomatici, ma sembra una faccenda irrisolvibile per ora in quanto i tamponi non essendo attendibili o anche se lo fossero, non riescono a misurare la carica virale presente nel nostro organismo. Quindi la soluzione proposta qualche tempo fa dalle Regioni al Governo di usare i test per solo sulle persone sintomatiche ci sembra tutt'ora la direzione più saggia per non bloccare un intero paese, per non stravolgere quello che la scienza anche in quest'occasione ci pone davanti al naso, cioè gli asintomatici non contagiano! Ricordiamo le parole del virologo Giulio Tarro: *“Le persone sane asintomatiche non possono essere considerate contagiose. Il problema è sorto facendo i tamponi a tappeto con un’alta percentuale di falsi positivi. Assistiamo adesso alla diffusione non della patologia del coronavirus, ma alla resistenza anticorpale per la stessa malattia”*. Lo stesso Tarro aveva poi parlato di illegittimità degli obblighi per ordinanza o circolare o norma di carattere amministrativo e per decreto ministeriale.



A fine ottobre sul tema in questione era intervenuto anche il professore dell'Università di Padova, Giorgio Palù: *“Il 95% dei nuovi positivi è asintomatico al Covid 19 e quindi non si può definire malato”*.

Un tema questo toccato anche dall'OMS, ma subito ritrattato a giugno. Maria Van Kerkhove, funzionario a capo del gruppo tecnico dell'Organizzazione mondiale della sanità, ieri aveva definito "molto raro" il contagio da parte di chi non ha sintomi. Dopo il vespaio di polemiche aveva parlato di "fraitendimento".

Ma ora riportiamo l'importante articolo da [ilgiornale.it](https://www.ilgiornale.it)

Svelato il segreto sul contagio. Il vero ruolo degli asintomatici

Un nuovo studio cinese ha scoperto che nessuno dei soggetti positivi ma asintomatici presi in esame ha trasmesso il virus alle persone con cui sono venute a contatto.

I soggetti positivi ma asintomatici al Covid-19 non riuscirebbero a trasmettere il virus: è questo il risultato di un nuovo studio cinese sulla pandemia da Sars-Cov-2 che cambierebbe, così, quanto detto e quanto si sa fino a questo momento sul ruolo degli asintomatici.

Una nuova scoperta

La ricerca ([qui](#) in allegato), intitolata "Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China", è stata da poco pubblicata su Nature, una delle più importanti e prestigiose riviste scientifiche esistenti. Lo screening, realizzato tra i residenti di Wuhan, ha preso in esame 300 soggetti positivi e asintomatici di età compresa tra 10 e 89 anni (132 persone di sesso maschile e 168 di sesso femminile) tra il 4 maggio ed il primo giugno scorso attraverso l'impiego di alcuni test per la reazione a catena della polimerasi a trascrizione inversa (Rt-Pcr), utilizzata principalmente per misurare la quantità di Rna specifico. I campioni di virus dei soggetti asintomatici sono stati posti sotto coltura in laboratorio, ma non hanno portato alla generazione di "alcun virus trasmissibile".

"Tutti i casi negativi"

"Rispetto ai pazienti sintomatici, le persone asintomatiche presentano in genere una bassa carica virale e una scarsa durata dello spargimento virale, che comportano un calo del rischio di trasmissibilità della Sars-Cov-2",

scrivono i ricercatori. Questo nuovo studio smentirebbe, per così dire, la teoria seconda la quale la trasmissione del virus da parte degli asintomatici giocherebbe un ruolo di primo piano nell'evolversi della pandemia mondiale. Oltre alla bassa carica virale, lo studio sottolinea che gli asintomatici avrebbero una diffusione virale di "breve durata" che diminuisce il rischio di trasmettere il Sars-Cov-2. Tutti i contatti stretti dei casi positivi asintomatici sono risultati negativi, e si parla di oltre mille individui (1.174 per la precisione). Nessuno di loro, a contatto con i 300 asintomatici, si è ammalato.

I casi positivi asintomatici, i casi ripetitivi ed i loro contatti stretti sono stati isolati per almeno due settimane fino a quando i risultati del test degli acidi nucleici sono stati negativi. Nessuno dei casi positivi rilevati o i loro contatti stretti sono diventati sintomatici o confermati di recente con Covid-19 durante il periodo di isolamento.

Colture virali di laboratorio e studi genetici hanno dimostrato che la virulenza del virus Sars-Cov-2 può indebolirsi nel tempo e che le persone infettate con "poco virus" avevano maggiori probabilità di essere asintomatiche e con una carica virale inferiore rispetto ai casi di infezione precedente.

Non c'è dubbio che questo nuovo studio, in qualche modo, rimescola le carte in tavola e rende ancor più complesso il lavoro degli studiosi che cercano quotidianamente delle risposte sulla diffusione della pandemia nel mondo. Il dottor Simone Gold, fondatore dell'Americàs Frontline Doctor, ha commentato che:

"lo studio conferma quel che i medici sanno e che i non addetti ai lavori sospettano da un millennio: vale a dire, che la trasmissione dagli asintomatici non è mai stata la causa primaria delle epidemie".

Fonte: <https://www.ilgiornale.it/news/cronache/covid-19-ecco-cambia-ruolo-degli-asintomatici-1908108.html>

Vedi anche:

- 1) <https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w#Fig1>
- 2) <https://comendonchisciotte.org/covid-19-waterloo-della-cosiddetta-carica-virale/>
- 3) <https://comendonchisciotte.org/tamponi-inaffidabili-al-90-dei-casi/>
- 4) <https://comendonchisciotte.org/tamponi-esposto-codacons-in-9-procure-siciliane/>

Il Rapporto FDA sul vaccino Pfizer lo avete letto? I simplicitissimo 11/12/20 l'AntiDiplomatico Straordinario: secondo il rapporto della Food and Drug Administration, l'ente degli Stati Uniti che autorizza i farmaci, il vaccino della Pfizer – BioNTech ha provocato durante la sperimentazione 2 morti oltre a reazioni avverse di intensità uguale o superiore ai sintomi dati dalla malattia nel 36 per cento dei casi. Se non ci credete, se pensate che si tratti di complottismo andatevelo a leggere e potrete accertare di persona in che mani siamo, il livello di inganno che stiamo subendo e come sia disonesta l'informazione ufficiale che vorrebbe mettere il bavaglio a tutti. Se poi a qualcuno sembrano pochi due morti, sappiate che questo risultato si è avuto su un campione di 19 mila persone scarse a cui è stato inoculato il vaccino il che significa 10,4 morti per 100 mila persone, una percentuale superiore ai decessi attribuiti al Covid in molti Paesi come l'India, la Cina, il Giappone, la Corea e non lontano da alcuni Paesi europei come la Germania o la Grecia (vedi qui). La cosa è ancora più inquietante perché il campione aveva un'età media di 51 anni e dunque la frequenza di reazioni avverse è stata registrata in molte persone nelle quali per età e assenza di altre gravi patologie il Covid è pressoché asintomatico. Senza parlare poi dei quattro casi di paralisi di Bell, una forma di paralisi facciale dovuta all'infiammazione dei nervi o ai casi di disturbi neurologici o alle reazioni allergiche per cui l'agenzia britannica del farmaco sostiene che le persone con una storia di reazioni allergiche significative dovrebbero evitare di ricevere il vaccino Pfizer. Da tenere in conto che questi sono i dati dalla stessa multinazionale del farmaco, dunque probabilmente presentati nella forma più favorevole possibile. Insomma un quadro che in nessun caso può portare a nessuna obbligatorietà del vaccino, tanto più che esso, di scarsa efficacia, non ci parla né potrebbe farlo delle possibili conseguenze a lungo termine, o della durata o della forza dell'eventuale immunità. Ma questo non è ancora il peggio che invece si annida nelle parole degli "esperti" che oggi stanno tentando di giustificare in qualche modo questi risultati e di non allarmare i vaccinandati forzati e la loro percentuale di morituri : la tesi espressa attraverso la Cnn, coordinatrice dell'informazione planetaria sul Covid, dalla dottoressa Kelly Moore, direttore associato della Immunization Action Coalition britannica è che non occorre preoccuparsi più di tanto: "Una delle cose che vogliamo assicurarci che le persone capiscano è che non dovrebbero allarmarsi inutilmente se ci sono segnalazioni di qualcuno o più persone che muoiono entro uno o due giorni dalla vaccinazione e che risiedono in una struttura di assistenza a lungo termine, perché non è detto che il decesso abbia qualcosa a che fare con la vaccinazione, ma solo perché è il luogo in cui le persone al fine della loro vita risiedono.

"Questa giustificazione che piace ai più ottusi in realtà ci dice due cose importanti: la prima, già nota anche se negata perché in rotta di collisione con le segregazioni e le misure destinate ad altro scopo rispetto a quello sanitario, rivela che il Covid è pericoloso solo per le persone molto in là con gli anni e con gravi comorbilità , tanto che i morti sono in gran parte concentrati nelle residenti per anziani, ma la seconda ancor più stupefacente è che il Covid in pratica non esiste. La dottoressa Kelly in relazione ai decessi da vaccino ci dice infatti: " Questo (il decesso dopo il vaccino) è qualcosa che ci aspettiamo, come un evento normale, perché le persone muoiono frequentemente nelle Rsa". Ma allora se la morte è un evento normale e frequente nella fascia più anziana di popolazione se si tratta di vaccino, perché dovrebbe essere invece fuori del normale se si tratta di malattia? Queste parole ci dicono che i decessi attribuiti al Covid sono di fatto da considerarsi "normali": tanto che l'età media dei decessi è pari a quella della vita media. E tutto sarebbe spiegabile con un'interpretazione dei decessi al di fuori dei protocolli in uso da moltissimi anni, ma inopinatamente cambiati in tutta fretta la primavera scorsa.

Il fatto è che qui vediamo benissimo il cane che si morde la coda o se vogliamo una coperta narrativa troppo corta: nel tentativo di giustificare il vaccino universale si mette in discussione la malattia stessa e soprattutto la sua dimensione apocalittica che può essere ridotta a un fatto puramente interpretativo. Si conferma il sospetto più volte espresso in queste pagine che ci si trovi di fronte ad una crisi cognitiva, più che a una crisi sanitaria

non più preoccupante di una stagione influenzale particolarmente intensa e a un ruolo magico – salvifico dei vaccini presentati come fondamento di una nuova legittimità dei poteri globalisti. Ma proprio trattandosi di una crisi cognitiva e antropologica essa non può essere rimarginata con la logica e con le argomentazioni razionali.

Consiglio di Stato, Covid. Tornano possibili le cure con idrossiclorochina: quante morti si potevano evitare? l'Antidiplomatico 11/12/20

L'uso dell'idrossiclorochina come terapia per Covid-19 tornerà finalmente possibile. Lo ha affermato oggi con ordinanza numero 7097/2020 il [Consiglio di stato](#) "purché sia prescritta da un medico", si legge nella sentenza che conferma la decisione dell'Agenzia del farmaco di escludere il farmaco dalla rimborsabilità Ssn. Si rimanda a quest'articolo esaustivo di [Marinella Correggia](#) per ripercorrere tutte le tappe della cloroquina nella lotta al Covid. Qui basta ricordare che il 2 aprile scorso l'Aifa approvava l'utilizzo off-label di idrossiclorochina per contrastare la Covid-19. Alla fine di maggio, le riviste mediche internazionali The Lancet e New England Journal of Medicine (Njm) pubblicano uno studio che dimostrerebbe l'inefficacia e gli effetti indesiderati (a livello cardiocircolatorio) del medicinale. 200 scienziati di tutto il mondo sottoscrivono una lettera aperta che indica molti errori in una ricerca affidata ai dati, non verificabili, di una compagnia (Surgisphere). Il 3 giugno le riviste si scusano e ritirano la pubblicazione. Intanto il 26 maggio l'Aifa ha bloccato lo studio del farmaco. E conferma lo stop il 22 luglio. Questo non significa vietarne la prescrizione ma di fatto renderla molto più difficile. Ma i pro-idrossiclorochina non rimangono fermi. Un comitato formato da decine di medici, di base e ospedalieri, alcuni avvocati in rappresentanza di 140 medici depositano un'istanza cautelare al Tar per ottenere la sospensione del provvedimento di revoca all'utilizzo di idrossiclorochina e garantire libertà prescrittiva ai medici senza che si debbano assumere responsabilità personali. In alternativa si chiede l'indicazione di una valida terapia. Oggi arriva la loro vittoria dal Consiglio di Stato. Si accoglie dunque un ricorso di un gruppo di medici di base contro la nota del 22 luglio 2020 dell'Aifa che vietava la prescrizione del farmaco che si era rivelato molto utile nella lotta al Covid. "La perdurante incertezza circa l'efficacia terapeutica dell'idrossiclorochina, ammessa dalla stessa Aifa a giustificazione dell'ulteriore valutazione in studi clinici randomizzati - si legge nella corposa ordinanza - non è ragione sufficiente sul piano giuridico a giustificare l'irragionevole sospensione del suo utilizzo sul territorio nazionale da parte dei medici curanti".

Quindi il medico torna nelle piene facoltà di prescrivere questo farco di cui il noto medico francese Didier Raoult ne è il paladino e che è stato osteggiato con rapporti farsa forse per la sua eccessiva economicità in una fase in cui le case farmaceutiche hanno milioni di dosi di vaccino da piazzare sul mercato.

Luigi Cavanna, primario di encoematologia all'ospedale di Piacenza, che insieme ai suoi colleghi fin dal mese di marzo ha creato un team per le visite a domicilio le persone ammalate di Covid-19 o sospette tali, ha difeso la terapia di fronte alle contestazioni di un virologo mediaticamente virale: *"A Piacenza ho visitato a casa con le cure precoci, facendo ecografia del torace, tamponi, esami ematici, lasciando farmaci basati su idrossiclorochina, secondo linee guida aziendali e regionali, lasciando il saturimetro e poi in controllo in remoto. Con questo modello ho curato personalmente a casa oltre 300 malati, dei quali il 30 per cento con forme severe e un altro 30 per cento con forme moderate. Nessun morto a 30 e a 60 giorni, ricoverati meno del 5 per cento. (...) La mia esperienza e quella di altri medici è di un farmaco molto efficace nella cura precoce"*. Anche a Bologna, come attestava una trasmissione di Report dell'agosto scorso, con l'idrossiclorochina sono stati curati i pazienti con ottimi risultati potenziando la medicina territoriale.

Nelle residenze sanitarie assistite francesi, secondo uno studio dell'Ihu, nei pazienti che hanno ricevuto il trattamento idrossiclorochina e azitromicina per almeno tre giorni si è osservata una riduzione della mortalità (al 15,5%) rispetto a quella di chi non lo ha ricevuto (al 26,4%).

Secondo una serie di studi, riprodotti nella sua interezza sull'AntiDiplomatico da Marinella Correggia, i benefici per i pazienti sono rilevati nel 64% dei casi per il trattamento precoce e il 26% nelle fasi successive. Il farmaco è utilizzato in miliardi di dosi per altre patologie e fine settembre una estesa ricerca della Società

europea di cardiologia conclude che il trattamento con idrossiclorochina per brevi periodi non è associato a ritmi cardiaci letali nei pazienti con Covid-19.

In una metanalisi pubblicata in pre-print il 4 novembre 2020, curata da diversi docenti italiani e riguardante 44.521 pazienti in 26 paesi, l'utilizzo di idrossiclorochina a basse dosi riduce la mortalità fino al 35%. Il professor Pietro Luigi Garavelli, primario divisione malattie infettive all'ospedale di Novara, pioniere delle cure sul territorio, insieme ad altri medici di Milano, Varese e Piacenza, auspica che *"presto l'idrossiclorochina ritorni nella piena fruibilità dei medici per non perdere un presidio fondamentale delle cure domiciliari"*.

"Io ho introdotto quello che avevano fatto i cinesi, l'idrossiclorochina", ricordava spesso Roul. In Cina la mortalità è oggi quasi zero e due domande non possono scuotere le coscienze di chi ha gestito in modo così drammaticamente fallimentare la pandemia in Italia, in primis il ministro Speranza: con l'utilizzo della clorochina sarebbe impleso il sistema della medicina territoriale? E quanti morti segnati per Covid nel triste bollettino quotidiano italiano si sarebbero potuti evitare?

Per tutti i link degli studi e articoli citati si rimanda [qui](#).

Cosa dice la scienza a proposito del Covid? Vademecum. Andrea Cavalleri

12/12/20 comedonchisciotte.org

Dubito che spiegare bene le cose alle masse inebetite e terrorizzate serva a qualcosa, ma almeno per i medici che volessero informarsi, questo collage di citazioni può avere una certa utilità. La mia esperienza personale mi dice che se una mia amica che canta nel coro della parrocchia, scomparsa da mesi e poi ricomparsa, ha giustificato la sua assenza dicendosi terribilmente impaurita per la sorte che potrebbe toccare a sua madre di 102 anni, siamo andati troppo oltre. Tuttavia deve essere il più possibile chiaro che i soprusi che stiamo subendo NON avvengono in nome della scienza. La prima cosa da sapere è la seguente: qual è la voce della comunità scientifica? Di certo non sono le interviste in TV, sono invece le cosiddette *peer review*, pubblicazioni sottoposte a revisione tra pari. Di norma (anche se si sono verificate dolorose eccezioni) uno studio che voglia essere pubblicato su una rivista specializzata deve superare il vaglio dei *referees*, tipicamente due revisori anonimi, indipendenti ed esterni alla redazione, che sono scienziati già specialisti nel settore in cui si vuole pubblicare l'articolo. Per una rapida ma completa esposizione del metodo *peer review* si può vedere qui:

https://storicamente.org/peer_review

Ovviamente, per essere reputato accettabile, lo studio deve essere condotto secondo criteri rigorosi, più o meno codificati per ogni disciplina, il cui metodo deve essere esposto nell'articolo stesso candidato alla pubblicazione. Gli studi di tipo clinico, che cioè indagano l'efficacia dei trattamenti sui pazienti, devono essere *randomizzati* e condotti *in doppio cieco*. La spiegazione di queste procedure qui:

https://www.centrostudigised.it/studio_clinico.html

Queste premesse servono per far comprendere il valore delle citazioni che farò, che si riferiscono solo ed esclusivamente a pubblicazioni *peer review* basate su metodi rigorosi e trasparenti.

I pilastri della narrativa covidolocaustica

Ci hanno raccontato che è comparso un nuovo Sars-Coronavirus che miete stragi.

E che:

- l'agente patogeno letale viene individuato con un test basato sulla PCR.
- Il virus è pericolosissimo perché ha una diffusione enorme, infatti persino i portatori sani (detti "pazienti asintomatici" per non usare l'aggettivo "sano") sono contagiosi.
- Le misure utili a prevenire il contagio sono, tra le altre, l'uso di mascherine chirurgiche e il "distanziamento sociale" (strano lapsus freudiano, in quanto si dovrebbe parlare di distanza fisica tra le

persone, mentre col termine “distanziamento sociale” in lingua italiana si esprime la differenza tra ricchi e poveri).

- Si fa ricorso alle misure preventive perché non esistono cure efficaci contro la malattia.

Verifiche scientifiche sui 4 pilastri: punto 1)

La prima domanda che ci si deve porre è se esiste uno studio scientifico che sostenga la validità del metodo PCR per la diagnosi di infezione. La risposta è sì, si tratta del cosiddetto *Corman-Drosten Paper*, pubblicato sulla rivista *Eurosurveillance* il 23 gennaio 2020. Il problema è che tale articolo era stato presentato il 22 gennaio, il giorno precedente alla pubblicazione, rivelando in tal modo che, per mancanza di tempi tecnici, non era stato sottoposto ad alcuna revisione. Finalmente, dopo mesi (come richiedono le indagini approfondite e serie e non le *boutade* da Novella 2000) è uscita una revisione paritaria ad opera di un team internazionale di 22 scienziati <https://cormandrostenreview.com/report/> che demolisce totalmente la validità del test PCR. Tale procedura è adottata nel 70% dei test in uso, che risultano quindi del tutto non validi. Tra i problemi rilevati si cita che il test:

- non è specifico, a causa dell’errata progettazione del primer
- è enormemente variabile
- non è in grado di discriminare tra virus interi e frammenti virali
- non ha controlli positivi o negativi
- non ha una procedura operativa standard
- non sembra essere stato adeguatamente sottoposto a revisione paritaria
- non è mai stata individuata una soglia di positività.

L’ultimo punto è particolarmente critico, in quanto aumentando il numero di cicli di amplificazione si possono ottenere risultati positivi ad libitum.

Verifiche scientifiche sui 4 pilastri: punto 2)

Quella della trasmissibilità del virus ad opera degli asintomatici è un’ipotesi che venne fatta per spiegare la rapidità di diffusione del virus, anche se non tutti gli scienziati la condividevano. Comunque si trattava di una pura congettura senza alcun elemento di prova. Finalmente è stato pubblicato in merito il primo studio rigoroso (e su *Nature*, considerata la più autorevole rivista scientifica del mondo!), che potete trovare qui:

<https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w>

I fatti sono che 300 persone “asintomatiche” sono state tracciate nei 1.174 contatti ravvicinati che hanno avuto con altrettante persone. Questi 1.174 erano noti per non essere mai stati positivi al Covid e, a seguito dei contatti con gli asintomatici, nessuno di essi ha manifestato positività. In pratica, il primo esperimento scientifico che si è potuto condurre sull’argomento ha stroncato la leggenda della contagiosità dei portatori sani, detti impropriamente “asintomatici”. Finora gli studi rigorosi, fondati sull’osservazione di dati certi, vanno in una direzione sola, che è diametralmente opposta alla narrativa dominante.

Verifiche scientifiche sui 4 pilastri: punto 3)

Anche in questo caso, partiamo dall’esaminare lo studio a favore dell’uso delle mascherine, studio che... dov’è? Perbacco, non c’è! Se dunque l’uso delle mascherine non è supportato da studi scientifici, da chi è stata diffusa questa credenza? Da ciarlatani, venditori di pentole televisivi ed ex soubrette invecchiate? Perché ad esempio il dottor Fauci dice: “In questo momento la gente non dovrebbe indossare le mascherine, Non c’è alcuna ragione di indossarle”. Si può sentirglielo dire qui: <https://www.youtube.com/watch?v=MXIejfEDm1w>

Vediamo invece cosa è stato pubblicato su riviste peer review. È del 2020 uno studio che indaga sull'efficacia delle mascherine per inibire la trasmissione del Covid <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-6817> la cui conclusione è che le mascherine effettivamente aiutano nella strabiliante misura dello 0,3%! (cioè nulla, si parla di fluttuazione statistica). Potrebbe sembrare un'amara sorpresa, quella per cui, purtroppo le mascherine non incidono nella prevenzione delle infezioni, come avviene, ad esempio in sala operatoria. Ma, avviene? Esistono 14 studi randomizzati e pubblicati su peer review in rapporto alle sale operatorie e infezioni ospedaliere, condotti tra il 1975 e il 2015.

Tutti concordano nelle conclusioni che **le mascherine chirurgiche in sala operatoria non hanno alcuna efficacia nel prevenire infezioni postoperatorie** (in alcuni studi l'uso delle mascherine era stato seguito da un numero di infezioni maggiore rispetto ai chirurghi che avevano operato senza mascherina). Questi 14 articoli scientifici sono citati e riassunti qui <https://www.ingannati.it/2020/08/26/ancora-sulla-fallacia-della-teoria-del-contagio/>

Quanto sopra per ciò che riguardava le mascherine. Veniamo adesso agli arresti domiciliari, chiamati col termine inglese di *lockdown*. Si è sentito un gran clamore mediatico teso a dire che si trattava di una misura tradizionale già ampiamente adottata. Dal punto di vista storico è un falso plateale: sempre sono stati isolati i malati e mai i sani. Ovviamente, trattandosi della prima applicazione storica di un simile provvedimento non esistevano studi al riguardo. La prima indagine è stata di tipo statistico, pubblicata su The Lancet nel luglio 2020: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(20\)30208-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(20)30208-X/fulltext)

Sono risultate le seguenti evidenze: le rapide chiusure di frontiera, i lockdown completi e lo screening di massa non hanno avuto nessun effetto (nessuno!) nel ridurre la mortalità percentuale della popolazione (morti per milione). Ma in questi mesi qualcuno ha provveduto a qualcosa di più specifico. Ed ecco la pubblicazione <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2029717>. Si tratta di un esperimento condotto dalla Icahn School of Medicine del Mount Sinai Hospital in collaborazione con la Marina militare statunitense. Un gruppo di circa 1.850 reclute ha accettato di sottoporsi a un lockdown di tipo militare (rigorosissimo e con osservanza delle misure prossima al 100%), con un gruppo di controllo di circa 1.300 reclute. Il risultato è stato che il gruppo di controllo, soggetto a misure meno rigide, ha contratto il virus un po' meno frequentemente rispetto al gruppo in lockdown severo. La conclusione al punto 3) è che, a onta delle chiacchiere di politici e imbonitori televisivi, la scienza ci racconta un'altra storia, ovvero che **le cosiddette misure preventive adottate in questi mesi non servono a niente**.

Verifiche scientifiche sui 4 pilastri: punto 4)

È stato pubblicato uno studio sull'International Medical Journal, qui:

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

a firma del professor Raoult e altri nove scienziati, che smonta lo studio *Recovery* della OMS, che accusava l'idrossiclorochina di nefandezze varie. Nella sua pubblicazione Raoult documenta di aver usato 600 mg al giorno di idrossiclorochina, per un massimo di 10 giorni, in 1.061 pazienti con Covid-19 riportando 8 decessi, con un risultante tasso di mortalità dello 0,75%. Le differenze con lo studio *Recovery* constano del fatto che in quel caso fu somministrata una dose quadrupla del farmaco a pazienti in stadio di malattia già avanzato, mentre la cura (in trial clinico) di Raoult (e migliaia di altri medici "per uso compassionevole") prevede l'uso precoce dell'idrossiclorochina, in combinazione con azitromicina ed eventualmente eparina a basso peso molecolare. Quindi lo studio *Recovery* ha riscontrato danni ai pazienti non causati dall'idrossiclorochina, ma **dalla somministrazione errata**, per tempi e quantità, del principio attivo. Esistono certamente altre cure efficaci contro il Covid, come la terapia con plasma iperimmune, l'ozonoterapia, la lattoferrina e l'uso di erbe medicinali che tanto successo ha avuto in Africa; purtroppo non se ne possono esibire gli studi perché per queste cose ci vuole tempo e le pubblicazioni ancora non ci sono. È però interessante notare che mentre le cure non vengono praticate poiché non esistono ancora gli studi clinici a riguardo, delle corsie preferenziali sono

state aperte per l'uso di vaccini, che richiederebbero studi preventivi ancora più lunghi. Questo fatto desta, e a ragione, i peggiori sospetti: infatti mentre una cura che avesse effetti indesiderati può sempre essere sospesa, **il vaccino è irreversibile**, una volta iniettato non si può più estrarre e produce i suoi effetti, positivi o negativi che siano.

Conclusioni

In questo articolo non c'è praticamente nulla di mio, quindi anche per le conclusioni attingerò da autori che si sono già espressi magistralmente sull'argomento.

I fautori del lockdown continuano a dirci di dar retta alla scienza. È ciò che stiamo facendo. Quando i risultati contraddicono la loro narrativa, costantemente favorevole ai lockdown, fingono che gli studi non esistano...
(Jeffrey A. Tucker, giornalista)

Ma perché dei solidi risultati sperimentali non fanno breccia nell'informazione e nel sentire popolare, consentendo alla politica di gestire la situazione in modo antiscientifico e per giunta in nome della scienza stessa? La risposta a questo enigma l'ha data James Harff, già direttore della Ruder Finn. Prima della citazione, due parole sulla Ruder Finn, che è una delle più grandi società private di pubbliche relazioni al mondo, con quartier generale negli Stati Uniti e in Cina; lavora indifferentemente per aziende, governi e organizzazioni non profit. Il suo titolare, David Finn, ha scritto un articolo intitolato "Perché mentiamo", che inizia con la frase: *Dire la verità non è uno dei dieci comandamenti*. Ebbene quando si tratta di far accettare alle folle una certa visione della realtà (anche se completamente falsa) ... *noi sappiamo perfettamente che la prima affermazione è quella che conta. Le smentite non hanno alcuna efficacia*. (James Harff, direttore della Ruder Finn)

Se la manipolazione dell'opinione pubblica è una scienza, allora è l'unica scienza che nell'affare Covid ha totalizzato il 100% di successo.

Vaccini, il nuovo medioevo. Atto primo ilsimplicissimus 12/12/20

Non so quanti, persino tra quelli che hanno sgamato il Covid come strumento di regressione sociale e democratica gestita grazie alla paura, si rendano conto fino in fondo di cosa significa minacciare l'obbligatorietà legale o di fatto dei vaccini. Di fronte a questa prospettiva si fa notare l'assurdità della vaccinazione coatta per una sindrome influenzale, ci si appella alla necessaria prudenza per farmaci non ancora sperimentati e in sé sperimentali (vedi [qui](#)), ai consistenti dubbi sulla loro reale efficacia e durata dell'immunità che nascono dalle documentazioni degli stessi produttori, al fatto che per raggiungere l'immunità di gregge basta che solo una percentuale di popolazione (intorno al 40 per cento per le malattia di tipo influenzale) sia vaccinata o naturalmente immunizzata, ai troppi misteri e contraddizioni che si nascondono dietro una pandemia declamata a tappeto, ma per la quale gli esperti sembrano proprio andare a tentoni visto che ne sanno davvero poco e gli strumenti diagnostici hanno il valore dell'oroscopo e gli stessi intendimenti di persuasione. Tutto questo è sacrosanto, ma anche se non lo fosse, costringere qualcuno a un atto medico, è contrario ad ogni forma di diritto umano.

Il principio fondante della sperimentazione medica è stato stabilito proprio al processo di Norimberga e nacque da considerazioni che non avevano a che fare solo col nazismo, ma anche con quanto avveniva nell'intero occidente cosiddetto libero. Si trattava di giudicare 27 medici sotto accusa per gli esperimenti condotti nei campi di concentramento nazisti, ma gli avvocati difensori produssero la testimonianza di parecchi periti ed esperti i quali sostennero che gli esperimenti nei campi nazisti non si differenziavano da quelli condotti nello stesso periodo nei penitenziari statunitensi. La cosa apparve così concreta, imbarazzante e inquietante – tanto più che non esisteva alcuna legge o dichiarazione internazionale che stabilisse quali esperimenti sull'uomo fossero ammessi e quali no – che si condannarono i medici con la croce uncinata, ma i giudici sentirono il bisogno di stabilire un codice fondante la sperimentazione in campo sanitario che poi è stato assunto come base

della bioetica. E il cosiddetto codice di Norimberga che all'articolo uno recita: *“la persona coinvolta dovrebbe avere la capacità legale di dare il consenso, e dovrebbe quindi esercitare un libero potere di scelta, senza l'intervento di qualsiasi elemento di forzatura, frode, inganno, costrizione, esagerazione o altra ulteriore forma di obbligo o coercizione”*. Mi viene da dire che quei giudici sono stati buoni profeti nell'immaginare ciò che sta succedendo in questi mesi in tutta la gamma che va dalle forzature agli obblighi più assurdi, per non parlare dell'inganno.

Il codice di Norimberga è stata la base per le successive dichiarazioni universali come quella di Helsinki o quella europea del 2005 in cui vengono ribaditi questi principi e anzi resi più stringenti. Il documento di Helsinki è il testo fondamentale, quello *a cui fa riferimento l'Organizzazione Mondiale della Sanità la quale richiede che ogni ricerca sia svolta alla luce suoi principi* e sostiene:

- il diritto di autodeterminazione del singolo
- Il rispetto dell'individuo
- la prevalenza delle considerazioni etiche su leggi e regolamenti
- precedenza del benessere del soggetto sugli interessi della società

La pretesa di una vaccinazione universale va evidentemente contro questi diritti, acquisiti della storia per così dire, ma è assurdo in sé perché chi non si vaccina non può ovviamente essere un pericolo per chi invece si vuole immunizzare anche ammesso e non concesso che i nuovi vaccini anticovid ottengano questo risultato. La minaccia di colpire in qualche modo chi non accede alla vaccinazione o ancor peggio imporre la tesi che se qualcuno rifiuta la santa comunione con Big Pharma, allora si rende necessario continuare con le segregazioni e le misure, è totalmente al di fuori non soltanto dal buon senso e dalla scienza, ma anche dallo stato diritto. Questi diktat che il cui intento è quello di mettere gli uni contro gli altri per imperare su entrambi, appartengono invece invece al totalitarismo e ai suoi istinti concentrazionari, anzi a qualcosa di peggio, al neo feudalesimo liberista, dove gli interessi economici dei soggetti forti diventano la fonte del diritto. Faccio notare che le vaccinazioni infantili sono un caso particolare di questa fattispecie sia perché alcuni dei vaccini sono sperimentati da decenni e dunque accettabili dal punto di vista rischio – beneficio, ancorché su alcuni vi siano dubbi non peregrini, sia soprattutto perché qui la scelta non può essere quella del soggetto che non è ovviamente in grado di autodeterminarsi, ma quella dei genitori ed è naturale che in questo caso subentrino ragionamenti più generali ancorché non sempre realmente informati da soggetti che a loro volta sono solo mediocrementemente informati.

E qui veniamo a un altro capitolo, più impegnativo che possiamo ugualmente far risalire al codice di Norimberga: quello che oggi potremmo chiamare del consenso informato. Dice il testo del 1947 che la persona sottoposta a trattamento medico *“dovrebbe avere sufficiente conoscenza e comprensione dell'argomento in questione tale da metterlo in condizione di prendere una decisione consapevole e saggia”*. Tutti noi riconosciamo il buon senso di tale affermazione. Ma questo è davvero sempre possibile? Affrontare questa domanda richiede troppo spazio per essere esaurita facilmente perché implica parlare anche della direzione che ha preso la scienza e dunque è meglio affrontarla in un secondo capitolo.

Vaccini, il nuovo medioevo. Atto secondo

ilsimplicissimus 13/12/20

Dunque veniamo al cosiddetto consenso informato la cui prima formulazione risale al Codice di Norimberga: esso prevede che i pazienti facciano le loro scelte terapeutiche in maniera consapevole e sembra quanto di più scontato vi possa essere una volta stabilita l'autodeterminazione della persona per ciò che concerne la cura. In realtà è una cosa tanto facile a dirsi quanto difficile da realizzarsi innanzitutto perché la scelta consapevole dipende dalla capacità del paziente stesso di comprendere davvero le implicazioni di quanto gli viene detto, cosa sempre più difficile in un tempo di caduta culturale e di effimere suggestioni. E poi perché i medici stessi spesso non sono informati o lo sono parzialmente o sono mal informati: il loro compito è curare le persone e

esercitare la loro esperienza, non possono leggersi caterve di studi e spesso devono fidarsi dell'informazioni che arrivano, magari parecchio tempo dopo o nella massima parte dei casi che provengono direttamente dalle multinazionali del farmaco, le quali peraltro finanziano gran parte della ricerca medica generando un corto circuito di cui fa le spese l'oggettività scientifica. Insomma l'idea di scienza che oggi permette di tacitare qualsiasi dissenso e anche qualsiasi evidenza, di narrare una pandemia, ha le sue radici in una visione ottocentesca quando scienziati e ricercatori erano a dir tanto qualche migliaio per cui il metodo di sperimentazione e controllo che sono il cuore del metodo scientifico era effettivamente praticabile e a costi generalmente abbordabili. Oggi abbiamo milioni di scienziati e ricercatori che producono una tale massa di studi che nessuno è davvero in grado di controllare e tanto meno di riprodurre, la cui "revisione" e approvazione è affidata solo al rispetto di procedure e protocolli formali. Del resto riprodurre gli esperimenti e ricerche richiede ormai ingentissimi fondi reperibili solo a scapito di quella indipendenza teorica su cui si basa la religione della scienza. In realtà esiste un rapporto ormai intrinseco col capitale e anzi si potrebbe dire che la scienza è funzione, nemmeno più biunivoca, di esso.

Chiaro che in questo agitato presente non siamo in presenza di un appello alla scienza, almeno nella sua sostanza ideale, ma alla recitazione di un salmo allo scientismo con il suo richiamo alla fede e all'autorità e con tutto un clero mediatico formato da cardinali, vescovi, parroci e chierichetti delle redazioni che recita la santa messa pandemica. Esiste poi anche un altro problema ben noto a chi fa ricerca, ma che è completamente sconosciuto a chi è estraneo a questo mondo e di cui mi ha invitato a parlare un dottissimo amico, Luca Carbone. E' quello dell'aggiornamento: ci sono banche dati a pagamento e riviste il cui abbonamento annuale costa cifre altissime del tutto inabbordabili dai singoli e che a mala pena possono essere pagati dalle università o da consorzi universitari. Le pubblicazioni più settoriali e specialistiche non sono poi nemmeno acquistate e ci si arrangia con le edizioni online anche se la lettura di un solo articolo può costare decine di euro. Spesso gli scienziati hanno protestato contro questa mercificazione che avviene attraverso un'editoria specializzata e speculativa concentrata in poche mani che non soltanto garantisce introiti altissimi, ma fatalmente interviene a determinare la conoscenza e i suoi sviluppi. Scrive Carbone: *"Quanto è democratica la conoscenza, se solo a partire da un certo censo ci si può permettere di essere realmente aggiornati? In questo mare magnum quali sono i criteri in base ai quali selezionare le fonti attendibili? o almeno plausibili?"*

Si tratta di temi che riguardano i massimi sistemi e che non possono essere affrontati in poche parole, ma per tornare al tema specifico tutto questo ci dice che gli stessi specialisti rischiano di non essere abbastanza informati, soprattutto quando ci si trova di fronte a fatti nuovi tutti da affrontare e determinare. E tuttavia vediamo quanti "esperti" parlano dei nuovi vaccini (ma spesso anche dei vecchi) senza saperne assolutamente nulla, fidandosi ciecamente dei dati forniti dai produttori stessi e in questo caso per giunta di dati estremamente sommersi che dovranno essere integrati da anni di pratica con l'umanità intera quale cavia e ben sapendo che gli esperimenti di controllo dipendono in gran parte dai denari stessi di Big Pharma: possiamo dire con tutta tranquillità che essi mentono per la gola, spacciando ipotesi per certezze e avallando un esperimento alla cieca sulla pelle della gente per qualcosa di assolutamente certo e acquisito. Essi impongono i vaccini come sacrificio a un moloch di potere e ai suoi affari, non certo come scienza anche se in nome di quest'ultima pretendono di sostituire le singole persone nel dare il consenso informato. Ma bisogna essere abbastanza informati da non concedere loro la facoltà di sostituirci. Innanzitutto facendo leva della dichiarazione di Helsinki, quella che l'Oms e l'associazione medica mondiale pongono alla base del loro operato: *"La ricerca biomedica è soggetta a standard etici che promuovono e garantiscono il rispetto di tutti gli esseri umani, proteggendone la salute e i diritti"*. Quelli che appunto vorrebbero toglierci, compreso anche il diritto di noi cavie – è sempre tratto dal documento di Helsinki – di *"essere adeguatamente informati su metodi, fonti di finanziamento, possibili conflitti di interesse, affiliazioni istituzionali dei ricercatori"* ma anche aggiungerei dei propalatori e imbonitori che ci trascinano verso un nuovo oscurantismo delle scienze padronali.

Lamorgese schiera nelle strade 70 mila soldati per controllare le feste natalizie

Lorenzo Poli 13/12/20 Pressenza.org

Se siamo obiettivi non possiamo dire, da progressisti sociali quali siamo, che non ci sia stata continuità nelle politiche repressive di Minniti, Salvini e Lamorgese. Se lo pensiamo o non siamo informati, o vogliamo più sicurezza di quanto ce ne sia già, o siamo in mala fede. Dopo le modifiche, sempre in termini securitari dei Decreti Sicurezza che hanno inasprito le pene per i blocchi stradali; l'ulteriore militarizzazione del fenomeno migratorio e la promozione ad alti ruoli dei carnefici del G8 di Genova non si possono avere dubbi sulle sue politiche. Ora arriva l'ennesima conferma. Dopo mesi di isolamento, morti, restrizioni, sanità a pezzi, posti di lavoro in bilico e molto altro, sui controlli in vista delle festività natalizie, la Ministra Lamorgese ha dichiarato a Sky TG24 Live: "Ci saranno forze polizia in numero elevato, circa 70mila unità, che saranno addette a questo tipo di controllo". La stampa di destra ha protestato: Lamorgese doveva utilizzare i militari contro i migranti. No comment. Un tempo davanti all'invio di 70 mila soldati avremmo gridato allo Stato di Polizia, avremmo gridato al tradimento della Costituzione ed avremmo subito interpellato i grandi intellettuali della sinistra come Giorgio Agamben per spiegarci gli effetti dello "stato d'eccezione" e il suo significato più buio. La crisi sanitaria da Covid-19 è entrata nelle nostre case, nel nostro vissuto e di tutto avremmo bisogno fuorché di essere sottoposti a un controllo militare. Che senso può avere la militarizzazione del suolo italiano se non rendere questo tempo ancora peggiore? Che senso può avere mettere le regioni in zona gialla per poi passeggiare venendo scortati da agenti della polizia. Ad oggi l'Italia è l'unico Paese in Europa che adotterà un provvedimento simile. Questo sottolinea come ci siano delle debolezze alla base. Bisognerebbe in direzione opposta: meno sceriffi, più democrazia, più scelte condivise, più informazione chiara ed efficace, più assunzioni, più soldi alla sanità pubblica. Invece da mesi ci propongono commissari, virologi "subrette" elogiati a statisti ed esperti della task force del Piano Colao, di cui tutti si son già dimenticati, ma influenzerà le nostre vite per i prossimi anni. Il "capitalismo della sorveglianza", oggi, è la nuova frontiera della repressione e della regressione.

E' facile dire vaccino... ilsimplicissimus 15/12/20

Una persona di normale intelligenza non potrebbe fare a meno di chiedersi come mai l'ordine dei medici abbia sentito la necessità di richiamare i suoi iscritti a vaccinarsi contro il covid presentandolo come un dovere cui non ci si può sottrarre. Non ci viene forse detto o fatto capire sono gli stessi medici, salvo qualche rarissima e deplorabile eccezione, ad asserire la pandemia, a piangere inesistenti morti contro la malattia arruolando in questo esercito di eroi i pensionati della categoria deceduti in questo periodo e a vedere nel vaccino la salvezza della peste? Evidentemente le cose non stanno esattamente così, perché è evidente che l'appello sarebbe del tutto superfluo se davvero la classe medica agisse come un solo stetoscopio. Certo se dicono qualcosa contro il vaccino, ovvero contro il colossale affare del secolo, i camici bianchi rischiano l'espulsione dall'ordine che sarà stato debitamente ricompensato – in termini morali, cosa mai andate a pensare – per questa opera di repressione contro ogni più elementare prudenza, ma ciò non toglie che essi non siano proprio disposti a fare da cavie. Dopo tutto i calcoli fatti dal New England Journal of medicine sulla documentazione fornita Pfizer oltre a suscitare non pochi dubbi sulla correttezza del campione mostra che in definitiva chi non si vaccina ha in 100 giorni solo lo 0,8% di probabilità in più di beccarsi il Covid rispetto a chi si vaccina. E questo a fronte del fatto che la vaccinazione da gli stessi sintomi della malattia, anche se – si dice – più lievi.. Questo in termini di sanità pubblica significa che si devono vaccinare più di cento persone per evitare un solo caso di Covid di qualunque gravità, compreso uno starnuto. Ma anche per i casi in cui la malattia ha assunto una particolare gravità vista l'età avanzatissima o le patologie preesistenti lascia più di un dubbio: secondo i dati forniti da Pfizer i sintomi gravi insorti dopo la seconda dose (cioè con immunizzazione piena), sono stati **1 su 21.314** vaccinati e **4 su 21.259** trattati col placebo il che in soldoni significa che vaccinare per due volte tutti i 60

milioni di italiani servirebbe ad evitare poco più di 7 mila casi gravi, di cui solo il 5 potrebbe essere a rischio di morte, quasi sempre negli stadi terminali di altre patologie. Ma ovviamente sarebbe proponibile se il vaccino avesse una durata di anni, ma questo è molto difficile con virus a Rna ovviamente e non possiamo saperlo. Né come vedremo più avanti lo sapremo mai.

Abbiamo però la certezza che reazioni avverse simili alla malattia si sono presentate nella prima settimana in più del 50% dei vaccinati (soprattutto stanchezza, mal di testa e dolori muscolari) e in più del 25 % nei tempi successivi e una grave forma di affaticamento si è presentato nel 4 per cento dei casi. A tutto questo si deve aggiungere il triste capitolo dei due morti tra il campione dei vaccinati che mostra una eccezionale superficialità: nessun decesso è stato attribuito al vaccino e saremmo più che disposti a crederlo se una delle due morti non fosse stata attribuita ad arterosclerosi che notoriamente non viene mai considerata una causa di morte in quanto malattia cronica che spesso di prolunga per decenni: il decesso in questi casi può essere provocato da una trombosi che è una tipica complicanza di questa patologia. Guarda caso però una trombosi può essere indotta anche da una reazione infiammatoria da vaccino per cui il nesso non può essere escluso, anche se esso non è stato indagato mostrando l'estrema superficialità con cui è stata condotta questa ricerca, cosa che potrebbe anche giustificare l'anomala dichiarazione della causa di morte. D'altronde un morto su 19 mila del campione finale significa 3157 morti sulla intera popolazione italiana e quasi mezzo milione su quella mondiale: sarebbe davvero pericoloso per Pfizer andare a fondo alla questione. Ma ecco la beffa finale tratta dal documento dell'azienda: "Sebbene lo studio sia stato progettato per seguire i partecipanti per la sicurezza e l'efficacia per 2 anni dopo la seconda dose, data l'elevata efficacia del vaccino, le barriere etiche e pratiche impediscono di seguire i destinatari del placebo per 2 anni senza offrire l'immunizzazione attiva, una volta che il vaccino è stato approvato dalle autorità di regolamentazione e raccomandato dalle autorità sanitarie pubbliche." Vuol dire che uno degli elementi fondamentali nella ricerca medica, ossia il gruppo di controllo con il placebo non verrà più seguito e questo significa innanzitutto che non ci sarà più un campione con il quale confrontare gli effetti avversi del vaccino oltretutto la sua efficacia: come dire una volta che avremo venduto miliardi di dosi, la cosa non ci interessa più. A questo punto potete capire come possano essere proprio i medici ad essere più perplessi rispetto al vaccino e come l'ordine cerchi di metterci una pezza ricorrendo alle obbligazioni morale che esso per primo ha buttato alle ortiche. Un giorno forse sapremo in cambio di cosa.

Tra folli e ciechi ai tempi della pandemia

Ernesto Burgio* 16/12/20 Il Manifesto

Pandemia. Nei prossimi anni sarà necessario trasformare i nostri sistemi sanitari se vogliamo evitare decine o centinaia di migliaia di morti evitabili.

Preferiremmo iniziare le nostre giornate leggendo Shakespeare o Musil. E invece, dall'alba al tramonto siamo costretti ormai da quasi un anno a vivere concentrati su questo maledetto virus e sulla follia umana. È la piaga di questo come di ogni tempo, come ha ricordato Angelo d'Orsi su *Micromega*: i folli al potere e i ciechi rassegnati e persino assicurati dal dover obbedire (*King Lear* Atto IV; Scena I)*. Abbiamo quotidiane conferme alla regola: il Censis rivela oggi che quasi metà degli italiani sono a favore della pena di morte, soprattutto gli adolescenti, resi forse più spietati dalla crudeltà del tempo in cui vivono, dal clima terrorista decretato dai folli e dall'illusione che costoro possano proteggerli. Difficile, a questo punto, non temere una ulteriore deriva della coscienza collettiva.

Come ogni mattina scorriamo i dati della pandemia e ancora una volta constatiamo che l'Italia scala posizioni su posizioni. Ormai solo Belgio, Perù, Bosnia e Montenegro hanno tassi di letalità e di mortalità peggiori. Nei mesi scorsi i dati provenienti da Stati Uniti, Brasile e Messico e la riduzione dei decessi dopo il grande lockdown di primavera avevano convinto molti che il peggio fosse passato. Inutilmente avevamo esortato alla cautela e a mettere in atto le sole strategie che potrebbero interrompere le catene dei contagi: percorsi alternativi

e aree extra-ospedaliere dedicate al triage, alla quarantena e alle prime cure dei casi non gravi, per evitare che il virus tornasse a fare degli ospedali, degli ambulatori medici e delle Rsa il proprio Regno. E soprattutto squadre di volontari, studenti e pensionati dedicate al tracciamento dei casi e dei contatti: una strategia semplice e necessaria nelle fasi iniziali di crescita esponenziale dei contagi, che gli operatori sanitari non possono attuare, oberati come sono in tempi di pandemia. Una strategia invocata da subito eppure, incredibilmente, mai messa in campo dai paesi occidentali, che a differenza di quelli asiatici non sono stati in grado di sbarrare la strada al virus. Incredibilmente: perché è sufficiente leggere i dati della pandemia, per capire che si tratta dell'unica strategia utile e urgente da mettere in atto.

Ma i folli ragionano diversamente ed è difficile pensare che non ci siano altre motivazioni dietro a questa follia (ha delle ragioni la follia, che la ragione non sempre comprende). E i ciechi, sempre più disperati, non sembrano avere la forza per ribellarsi e imporre quest'unica semplice soluzione da adottare per fermare il dramma nel quale tutti insieme, folli e ciechi, ci aggiriamo come in un labirinto. Eppure basterebbe dare un'occhiata al modo in cui sono utilizzati i test diagnostici: nei paesi asiatici e in Oceania si testano milioni di persone, pur in presenza di pochi casi accertati e la pandemia è sotto controllo praticamente dal suo esordio. Nei paesi europei e americani si utilizzano 10-100 volte meno tamponi e i contagi e i decessi sono 100-1000 volte più frequenti. Elementare Watson! E allora come mai i folli di tutto si occupano tranne che di questo? E milioni di ciechi brancolano nel buio senza protestare e senza pretendere che si faccia l'unica cosa necessaria?

Purtroppo le uniche risposte che vengono alla mente sono: che non si vuole cambiare l'assetto del sistema sanitario ospedale-centrico e incentrato sulla terapia e non sulla (vera) prevenzione primaria; che si vorrebbe convincere centinaia di milioni di ciechi che l'unica soluzione per fermare una pandemia è l'immunoprofilassi attiva di massa, che al punto attuale rappresenta un gigantesco esperimento, che certo dobbiamo augurarci funzioni, ma che nella migliore delle ipotesi può contribuire (nel giro di uno o due anni) a rallentare la pandemia e speriamo la diffusione del virus (visto che sono le stesse compagnie che producono i vaccini ad ammettere di non poter garantire questo risultato). E che comunque non potrà proteggerci né nei confronti di una probabile evoluzione del virus stesso (un virus a Rna, o meglio una quasispecies virale, in continua trasformazione genetica e quindi antigenica, seppur non altrettanto rapida di quella di alcuni suoi celebri predecessori quali Hiv e orthomyxovirus influenzali), né da altre pandemie che per i maggiori esperti (*virus hunters*, virologi, epidemiologi) saranno probabili nei prossimi anni.

Ma soprattutto di una cosa i folli non sembrano rendersi conto: nei prossimi anni sarà comunque necessario trasformare i nostri sistemi sanitari nel senso sopra accennato. E prima lo si farà, meglio sarà, se vogliamo evitare decine o centinaia di migliaia di morti evitabili. Certo si tratterà di un'operazione che richiederà grandi investimenti e sarebbe importante destinare a questo nobile scopo una parte significativa dell'enorme cifra che dovrebbe arrivare in Italia dal tanto criticato Mes. Eppure, incredibilmente, sulla base di quello che abbiamo sentito fin qui, si tratta di un'ipotesi improbabile.

** dell'Istituto Eceri di Bruxelles*

Scandalo in Germania: la grande truffa del tampone

di F. William Engdahl 16/12/20 Sollevazione

Questo documento, proveniente da una seria organizzazione e redatto da un ricercatore pure serio, è significativo per molti aspetti. Innanzi tutto riguarda un paese che ci si ostina a considerare sopra ad ogni sospetto, dimenticando suoi megascandali famosi come quelli riguardanti ad es. Siemens, Volkswagen, Deutsch Bank, e la cui voce fa testo per molti paesi. Poi la serietà dei consulenti di cui si circondano molti governi. Gioverebbe ricordare un altro caso, quello spagnolo dove per mesi il governo ha giustificato le proprie politiche anti-Covid con i pareri di una commissione fantasma che, alla fine, ha dovuto dichiarare inesistente.

E ancora: il mito delle riviste scientifiche “peer to peer”. E l’equivoco talvolta dei loro nomi: in questo caso Eurosurveillance, che è una rivista privata e non ufficialmente legata all’Unione europea, anche se lo fa credere.”Peer to peer” significa che gli articoli pubblicati sono stati preventivamente analizzati e riconosciuti validi da due scienziati la cui credibilità è almeno pari a quella dell’autore dell’articolo.

Un’ultima considerazione: la pandemia è stata dichiarata quando ancora nel mondo i morti erano solo una decina. Se le prove. E una domanda: come si è proceduto a analizzare i risultati sui volontari esposti alla prova dell’efficacia dei vaccini? Spero che almeno su questo venga fugato ogni possibile dubbio. E ora alla denuncia di William Engdahl. [Aldo Zanchetta]*

* * *

Scandalo coronavirus scoppiato nella Germania di Merkel. Falsi positivi e il test Drosten PCR

di F. William Engdahl**

1. [William Engdahl*](#), Global Research, 11 Dicembre 2020

<https://www.globalresearch.ca/coronavirus-scandal-breaking-merkel-germany/5731891>

Il modello tedesco del governo di Angela Merkel, ampiamente elogiato per il modo di affrontare la pandemia di COVID-19 è ora investito da una serie di scandali potenzialmente devastanti che vanno al cuore dei test e dei consigli medici utilizzati per ordinare chiusure economiche draconiane e prossime vaccinazioni obbligatorie di fatto. Gli scandali coinvolgono un professore al centro del gruppo consultivo sul coronavirus di Merkel. Le implicazioni vanno ben oltre i confini tedeschi fino alla stessa OMS e le sue raccomandazioni globali.

L’intero caso del lockdown imposto dall’OMS di aziende, scuole, chiese e altre arene sociali in tutto il mondo si basa su un test introdotto, in modo incredibilmente veloce, nella saga del coronavirus di Wuhan, in Cina. Il 23 gennaio, 2020, sulla rivista scientifica Eurosurveillance, del Centro dell’UE per la Prevenzione e il Controllo delle malattie, **il Dott. Christian Drosten**, insieme a diversi colleghi dell’Istituto di Virologia di Berlino presso il Charite Hospital, insieme al capo di una piccola società biotecnologica berlinese, TIB Molbiol Syntheselabor GmbH, ha pubblicato uno studio sostenendo di aver sviluppato il primo test efficace per rilevare se qualcuno è stato infettato dal nuovo coronavirus identificato pochi giorni prima a Wuhan. L’articolo di Drosten era intitolato “Rilevamento del nuovo coronavirus 2019 (2019-nCoV) in tempo reale” tramite RT-PCR[1] (Eurosurveillance 25(8) 2020[2]). La notizia è stata accolta con appoggio immediato dal corrotto direttore generale dell’OMS, **Tedros Adhanom**, il primo non medico a capo dell’OMS. Da allora il test sostenuto da Drosten per il virus, chiamato test in tempo reale o RT-PCR, è stato diffuso attraverso l’OMS in tutto il mondo, come il modello di test più utilizzato per determinare se una persona potrebbe avere contratto il COVID-19, la malattia. Il 27 novembre un gruppo molto rispettato di 23 virologi internazionali, microbiologi e scienziati correlati ha **pubblicato un invito a Eurosurveillance a ritirare l’articolo di Drosten del 23 gennaio 2020**. La loro attenta analisi del testo originale è [demolitoria](#). La loro è una vera e propria “revisione tra pari”. Accusano Drosten e compagni di incompetenza scientifica “fatale” e difetti nel promuovere il loro test. Per cominciare, come rilevano gli scienziati critici, il documento che ha indicato il test PRC di Drosten per il ceppo Wuhan del coronavirus, ed è stato subito adottato con fretta indecente dal governo Merkel insieme all’OMS per impiego a livello mondiale, con conseguenti lockdown a livello globale e una connessa catastrofe economica e sociale, non è mai stato valutato “peer to peer” prima della sua pubblicazione sulla rivista Eurosurveillance. I critici sottolineano che “il documento Corman-Drosten è stato presentato a Eurosurveillance il 21 gennaio 2020 e accettato per la pubblicazione il 22 gennaio 2020. Il 23 gennaio 2020 il documento era online.” Incredibilmente, il protocollo operativo Drosten, che era già stato inviato all’OMS a Ginevra il 17 gennaio, è stato ufficialmente raccomandato dall’OMS come test mondiale per determinare la presenza del coronavirus Wuhan, ancor prima di essere stato [pubblicato](#).

Come sottolineano gli autori del documento dei critici, per un argomento così complesso e importante per la salute e la sicurezza mondiale, non è possibile una seria “peer review” di 24 ore da parte di almeno due esperti del settore. I critici sottolineano che Drosten e il suo **co-autore Dr. Chantal Reusken**, non hanno reso noto un

evidente conflitto di interessi. Entrambi erano anche membri del comitato editoriale di Eurosurveillance. Inoltre, come riportato da BBC e Google Statistics, il 21 gennaio vi era un totale mondiale di 6 morti attribuiti al virus Wuhan. Si chiedono: «Perché gli autori hanno assunto una sfida per i laboratori di sanità pubblica mentre all'epoca non c'erano prove sostanziali che indicassero che l'epidemia era più diffusa di quanto inizialmente pensato?». Un altro coautore del documento Drosten che ha dato una copertura di apparente credibilità scientifica alla procedura PCR Drosten è stato il capo dell'azienda che ha sviluppato il test commercializzato oggi, con la benedizione dell'OMS, in centinaia di milioni di esemplari, Olfert Landt, di Tib-Molbiol a Berlino, ma Landt non ha rivelato questo fatto pertinente neppure nel documento Drosten. Certamente niente di sospetto o improprio in questo, oppure? Sarebbe importante sapere se Drosten, il principale consulente scientifico della Merkel per il covid-19, il “Tony Fauci” tedesco di fatto, ottiene una percentuale per ogni test venduto da Tib-Molbiol nel suo accordo di marketing globale con Roche.

Falsi positivi?

Dalla fine di gennaio 2020, i principali media mondiali ci hanno inondato tutti di spaventosi aggiornamenti orari sul “numero totale di infettati da coronavirus”. Di solito aggiungono semplicemente ogni aumento giornaliero a un totale globale di “casi confermati”, attualmente oltre 66 milioni. Allarmante, ma per il fatto che, come appunto sottolineano Pieter Borger e i suoi colleghi collaboratori scientifici, “casi confermati” è un numero assurdo. Perché? Il rapporto Borger identifica quelli che essi definiscono “dieci problemi fatali” nel documento Drosten dello scorso gennaio. Qui prendiamo il più eclatante che può essere facilmente compreso dalla maggior parte dei lettori. Drosten & co. hanno dato sequenze di *primer* e *probe* confuse e non specificate. [3] I critici notano: «Questo alto numero di variazioni non solo è insolito, ma è anche molto confondente per i laboratori. Queste sei posizioni non specificate potrebbero facilmente portare alla progettazione di diverse sequenze di *primer* alternative che non si riferiscono alla SARS-CoV-2 ... la descrizione confusa e non specificata nel documento Corman-Drosten non è accettabile come Protocollo Operativo Standard. Queste posizioni non specificate avrebbero dovuto essere indicate in modo inequivocabile. Aggiungono che “RT-PCR non è raccomandato per la diagnostica primaria dell'infezione. Questo è il motivo per cui il test RT-PCR utilizzato nella routine clinica per il rilevamento del COVID-19 non è appropriato per la diagnosi del COVID-19 su base [normativa](#)».

Cicli di amplificazione

Ma ancora più penalizzante per Drosten è il fatto che non ha menzionato da nessuna parte che un test sia positivo o negativo, o addirittura che cosa definisca un risultato positivo o negativo! Il rapporto Borger osserva: “Questi tipi di test virologici diagnostici devono essere basati su un SOP (Standard Operational Protocol), incluso un numero convalidato e fisso di cicli PCR (valore Ct) dopo di che un campione è considerato positivo o negativo. Il **valore Ct massimo ragionevolmente affidabile** è di 30 cicli. Al di sopra di un Ct di 35 cicli, ci si deve aspettare un numero in rapida crescita di falsi positivi... studi scientifici dimostrano che con valori Ct di 35 vengono rilevati solo virus non infettivi (morti). ([vedi](#) qui). L'OMS e Drosten raccomandano un Ct di 45 cicli e, secondo quanto riferito, attualmente è ciò che fanno anche i funzionari sanitari tedeschi. Non c'è da stupirsi che man mano che il numero di test aumenta nell'inizio della stagione influenzale invernale, i “positivi” PCR in Germania e altrove esplodono. Come sottolineano gli autori critici, se le autorità sanitarie specificano al massimo 35 **cicli**, il numero di coronavirus positivi sarebbe inferiore al 3% del numero attuale! Notano, “un risultato analitico con un valore Ct di 45 è **scientificamente e diagnosticamente assolutamente privo di significato (un valore Ct ragionevole non deve superare i 30)**. Tutto ciò dovrebbe essere detto molto chiaramente. È un errore significativo che il documento Corman-Drosten non menzioni il valore massimo Ct per il quale un campione può essere considerato inequivocabilmente come un risultato positivo o negativo del test. Anche questo importante limite di soglia di ciclo non è specificato in alcun documento successivo presentato fino ad oggi. Gli autori aggiungono: «Il fatto che questi prodotti PCR non siano stati convalidati a

livello molecolare è un altro errore sorprendente del protocollo, rendendo inutile qualsiasi test basato su di esso come strumento diagnostico specifico per identificare il virus SARS-CoV-2». ([vedi](#)).

In poche parole, l'intero edificio della fondazione Gates, del governo Merkel, l'OMS e il WEF[4], nonché il caso dei vaccini approvati velocemente non testati adeguatamente, di fatto si basa sui risultati di un test PCR per il coronavirus che non vale un fico secco. Il test di Drosten e dell'OMS è più o meno una schifezza scientifica.

Manca anche la prova del Dottore?

Questa critica devastante di ventitré scienziati leader a livello mondiale, tra cui scienziati che hanno brevetti relativi alla PCR, all'isolamento e al sequenziamento del DNA, e un ex scienziato capo Pfizer, è schiacciante, ma non l'unico problema che il professor Christian Drosten deve oggi affrontare. Lui e i funzionari della Goethe University di Francoforte, dove sostiene di aver conseguito il dottorato in medicina nel 2003, sono accusati di frode in materia di laurea. Secondo il Dott. Markus Kühbacher, specialista che indaga su frodi scientifiche come il plagio delle tesi, la tesi di dottorato del Dr. Drosten, per legge deve essere depositata ad una certa data presso le autorità accademiche della sua Università, che poi firmano un forma illegale, *Revisionschein*, verificata con firma, timbro dell'Università e data, con titolo di tesi e autore, da inviare all'archivio universitario. Con esso, vengono depositate tre copie originali della tesi. Kühbacher accusa la Goethe University di essere colpevole di insabbiamento sostenendo, falsamente, che la *Revisionschein* di Drosten era in archivio. Il portavoce dell'Università in seguito è stato costretto ad ammettere che non è stato archiviato, almeno da loro non localizzabile. Inoltre, delle tre copie obbligatorie del suo fascicolo medico, fortemente importanti data l'importanza a livello globale del ruolo di Drosten nel coronavirus, due copie sono "scomparse" e la restante unica copia è danneggiata dall'acqua. Kühbacher dice che Drosten ora probabilmente dovrà affrontare accuse legali per possesso di un titolo di [dottorato fraudolento](#).

Se questo avverrà, è un dato di fatto che a Berlino è stato avviato un altro procedimento legale contro due persone responsabili di un sito di media tedesco, Volksverpetzer.de, per calunnia e diffamazione, avviato da un noto e critico medico tedesco, il **dottor Wolfgang Wodarg**. Il procedimento giudiziario chiede agli imputati 250.000 euro di risarcimento danni per diffamazione e danni materiali a Wodarg da parte degli imputati sul loro sito online, così come su altri media tedeschi, sostenendo che brutalmente e senza prove, hanno diffamato Wodarg, definendolo un "covid-denier" (negazionista del Covid), definendolo falsamente un estremista di destra (è un ex membro del parlamento del Partito socialdemocratico per tutta la vita) e numerose altre accuse false [e dannose](#). Il legale del dottor Wodarg è un noto avvocato tedesco-americano, **il dottor Reiner Fuellmich**. Nelle sue accuse contro gli imputati, Fuellmich cita per intero le accuse contro il test di Drosten per il coronavirus del Dr. Pieter Borger e altri ricordato sopra. Ciò sta di fatto costringendo gli imputati a confutare il documento Borger. È un passo importante sulla strada per confutare l'intera frode del test PCR COVID-19 dell'OMS. Già una corte d'appello a Lisbona, in Portogallo, l'11 novembre ha stabilito che il test PCR di Drosten e dell'OMS non era valido per rilevare l'infezione da coronavirus e che non era una base per ordinare un *lockdown* a livello nazionale o parziale. Se la posta in gioco non fosse così mortale per l'umanità, sarebbe tutto materiale per una commedia dell'assurdo. Lo zar della salute mondiale, il capo dell'OMS Tedros, non è un medico e la OMS è finanziata massicciamente da un manager di computer miliardario, Gates, che è anche consigliere del governo Merkel sulle politiche per il covid-19. Il governo Merkel usa il test PCR di Drosten e Drosten come "saggio" esperto per imporre le conseguenze economiche più draconiane, a parte le guerre. Il suo ministro della Salute, Jens Spahn, è un ex banchiere che non ha una laurea in medicina, ma solo un periodo come lobbista per Big Pharma. Il capo del CDC[5] tedesco, chiamato Robert Koch Institute, Lothar Wieler, non è un virologo ma un veterinario, Tierarzt. Con questa squadra i tedeschi vedono le loro vite distrutte da blocchi e misure sociali mai immaginate prima al di fuori dell'Unione Sovietica di Stalin. C'è la scienza e poi c'è la scienza. Tuttavia, non tutta la "scienza" è valida.

* Traduzione di Aldo Zanchetta. Il traduttore è un ingegnere chimico e non un biologo e si scusa per eventuale improprietà della traduzione di qualche termine. I neretti sono nell'originale.

**F. William Engdahl è consulente strategico per il rischio e docente; ha conseguito una laurea in politica presso l'Università di Princeton ed è autore di best-seller sul petrolio e la geopolitica, in esclusiva per la rivista online "[New Eastern Outlook](#)" dove questo articolo è stato originariamente pubblicato. È ricercatore associato al Centro di ricerca sulla globalizzazione.

N.d.T. – *Prime* è un segmento di DNA o RNA che è complementare a una data sequenza di DNA e che è necessario per iniziare la replicazione in una operazione di polimerasi. *Probe* è una sequenza di singolo filamento di DNA o RNA per la sua sequenza complementare in un campione di genoma. Il *probe* viene posto in contatto col campione esaminato in condizioni tali da permettere alla sequenza del *probe* di ibridizzarsi con la sua sequenza complementare. Il *probe* viene etichettato con un tag radioattivo o chimico che consente al suo punto di collegamento di essere visualizzato. In modo analogo, anticorpi traghettati vengono usati per verificare in un campione la presenza di una specifica proteina.

[1] N.d.T. – Lo rtPCR è un metodo di rilevamento in tempo reale di tracce di una entità biologica tramite un processo di polimerasi. Non sono in grado di spiegare in modo elementare il funzionamento ma la sua veridicità è legata al numero di "cicli" con cui viene effettuata. Lo stesso suo inventore, Kari Mullis, deceduto un anno or sono, aveva precisato che oltre un numero di cicli (30) il risultato era inattendibile. Vedi ad es. www.lantidiplomatico.it > [dettnews-tamponi e tracciamento](#).

[2] N.d.T. – *Eurosurveillance* è una rivista settimanale scientifica *peer-reviewed* dedicate all'epidemiologia, sorveglianza, prevenzione e controllo di malattie infettive, con un focus su quei temi che sono rilevanti per l'Europa.

[3] N.d.T.: Nel linguaggio scientifico medico queste due parole hanno il seguente significato: N.d.T. – *Prime* è un segmento di DNA o RNA che è complementare a una data sequenza di DNA e che è necessario per iniziare la replicazione in una operazione di polimerasi. *Probe* è una sequenza di singolo filamento di DNA o RNA per la sua sequenza complementare in un campione di genoma. Il *probe* viene posto in contatto col campione esaminato in condizioni tali da permettere alla sequenza del *probe* di ibridizzarsi con la sua sequenza complementare. Il *probe* viene etichettato con un tag radioattivo o chimico che consente al suo punto di collegamento di essere visualizzato. In modo analogo, anticorpi traghettati vengono usati per verificare in un campione la presenza di una specifica proteina.

[4] N.d.T. – World Economic Forum.

[5] N.d.T.: Centro per il controllo delle malattie.

Si scrive vaccino ma si legge merce. E s'ha da fare a ogni costo! Lo esige sua maestà il denaro

di Giorgio Paolucci 16/12/20 sinistrainrete.info

Il profitto prevale sulla salute della collettività e lo speculatore sul medico onesto, questa è la legge del capitale.

Prima ancora che una sola delle agenzie preposte alla validazione dell'efficacia e la sicurezza dei farmaci si pronunciasse, e senza aver reso noto un solo dato relativo alla sperimentazione sugli uomini, le maggiori case farmaceutiche impegnate nella messa a punto di un vaccino anti Covid-19 già dai primi giorni dello scorso mese di novembre; una dietro l'altra hanno annunciato di averne messo a punto uno proprio, attribuendo ognuna al proprio un'efficacia sempre maggiore di quello della concorrenza. Una corsa al rilancio al limite del ridicolo, tanto che il microbiologo belga Emmanuel André su Twitter, mentre l'asticella saliva sempre più, ha così sarcasticamente commentato: «Comprendo le motivazioni finanziarie che spingono le aziende farmaceutiche a diramare comunicati stampa in cui dicono di essere le migliori. Ma siamo seri: se continueranno con queste escalation giornaliere, arriveremo al 140% di efficacia prima che venga pubblicato il primo studio *peer-reviewed*».[1]

Ancora più netto ed esplicito di lui è stato il professore ordinario di Microbiologia dell'Università di Padova Andrea Crisanti, affermando che non era prudente ritenere efficace e sicuro un vaccino basandosi solo sugli

annunci della case produttrici. Non l'avesse mai detto! Dalla sera alla mattina, da scienziato serio e competente, quale era ritenuto fino a quel momento per il protocollo messo a punto per la gestione della prima ondata dell'epidemia in Veneto, si è ritrovato esposto al pubblico ludibrio come colui che, seminando sfiducia sull'efficacia e la sicurezza del vaccino, rendeva vani gli sforzi compiuti delle case farmaceutiche nella lotta contro il Coronavirus, al pari di un qualsiasi *No vax*. Ed è tuttora sulla graticola mediatica, nonostante abbia in più circostanze precisato: «Ho detto che vorrei essere sicuro che questo vaccino sia stato opportunamente testato e che soddisfi tutti i criteri di sicurezza ed efficacia perché gran parte di questa ricerca è fatta con quattrini pubblici e io i dati non li ho visti. Se non li conosco, non mi vaccino. Non mi sembra di chiedere una cosa assurda, vorrei trasparenza e visione dei dati, vorrei capire come è fatto quel campione e se ci sono sbilanciamenti».[2] Insomma, normale prudenza, come si suole dire, da buon padre di famiglia.

Prudenza, peraltro, più che giustificata visti gli stratosferici rimbalzi dei corsi delle azioni delle case farmaceutiche in questione e delle plusvalenze multimilionarie realizzate dai loro amministratori, vendendo le azioni delle medesime in loro possesso. «Documenti ufficiali alla mano - ci informa Vittorio Malagutti su *L'Espresso* n. 49, 29 Novembre 2020 - si scopre che molti manager al vertice di gruppi impegnati nella ricerca sui vaccini sono passati alla cassa a tempo di record [...]. *Stephane Bancel*, amministratore delegato di *Moderna*, si è liberato di un pacchetto di titoli della sua azienda incassando 1,7 milioni di dollari [...]. Nelle tre settimane precedenti, il manager francese [...] aveva già liquidato azioni per oltre 5 milioni di dollari. Sulla sua scia si è mosso anche *Stephen Hoge*, il responsabile delle attività di ricerca del gruppo. Al suo attivo, rivelano i registri della Sec, ci sono vendite di titoli *Moderna* per circa 3 milioni di dollari nel solo mese di novembre [...]. *Albert Bourla*, l'amministratore delegato dell'americana *Pfizer* [che] tra stipendio e bonus vari l'anno scorso ha guadagnato quasi 18 milioni di dollari [...], il 9 novembre, mentre la sua azienda annunciava i brillanti risultati della sperimentazione sul vaccino, ha convertito in moneta sonante il prevedibile clamore che la notizia ha suscitato tra gli investitori di tutto il mondo. *Bourla* si è liberato di un pacchetto di 132 mila azioni della società che dirige, quasi i due terzi di quelle che possedeva, e ha incassato 5,5 milioni di dollari [...]. Un'altra dirigente del gruppo, *Sally Susman*, ha approfittato del rialzo vendendo titoli per un valore di 1,8 milioni dollari [...]. Il capo della divisione medica, *Tal Zaks* [...] tra ottobre e novembre ha azzerato il suo portafoglio di titoli *Moderna* cedendo azioni per un totale di oltre quattro milioni di dollari».

Ora: «Chiunque – recita per esempio l'articolo 501 del Codice civile italiano - al fine di turbare il mercato interno dei valori o delle merci, pubblica o altrimenti divulga notizie false, esagerate o tendenziose o adopera altri artifici atti a cagionare un aumento o una diminuzione del prezzo delle merci, ovvero dei valori ammessi nelle liste di borsa o negoziabili nel pubblico mercato, è punito con la reclusione fino a tre anni e con la multa da euro 516 a 25.822. Se l'aumento o la diminuzione del prezzo delle merci o dei valori si verifica, le pene sono aumentate». In altre parole, i signori in questione sono di fatto *rei confessi* del reato di aggio, ma, benché questo reato sia riconosciuto come tale sia negli Stati Uniti sia nella Ue, nessuno di loro è stato inquisito, ma neanche solo censurato. Hanno potuto tranquillamente continuare i loro traffici, stipulando con i governi di mezzo mondo contratti di vendita dei loro vaccini sulla sola base dei loro annunci, a prezzi e a condizioni estremamente vantaggiosi. Pare, infatti, che i contratti - rigorosamente secretati – prevedano:

- Il riconoscimento della *proprietà intellettuale* (brevetto) del vaccino, grazie alla quale potranno venderlo a prezzi centinaia di volte maggiori di quelli di produzione, benché abbiano ricevuto ingenti finanziamenti pubblici per metterli a punto;
- l'esonero delle case farmaceutiche da qualsiasi responsabilità per danni provocati da eventuali effetti collaterali.

Punto, questo, che di fatto ammette che il professore Crisanti aveva ragione da vendere. Ma tant'è: il professore rimane sulla graticola e le case farmaceutiche e i loro amministratori salgono sugli altari come novelli Mecenate. Per il professore è un'assurdità, eppure, a ben vedere, dal punto di vista capitalistico, è quanto di più *razionale* si possa immaginare. Infatti, nell'ambito dei rapporti di produzione vigenti, il vaccino, in quanto

farmaco, costituisce solo il presupposto per la sua mercificazione, in vista della sua vendita contro una somma di denaro comprensiva del capitale anticipato per produrlo e di un profitto il maggiore possibile. Il malato, di conseguenza, conta non come tale, ma solo in quanto denaro. Insomma, è il possesso o meno del denaro che lo qualifica come un essere umano meritevole di cura o un banale scarto biologico. E se è il denaro che qualifica gli individui, come potrebbe non essere degno della massima stima chi ha fatto della sua accumulazione la sua unica ragion di vita?

Viene in mente il commento di Marx del famoso passo di Mefistofele nel *Faust* di Goethe^[3]. Egli scrive: «[...] Tanto grande è il potere del denaro, tanto grande è il mio potere. Le caratteristiche del denaro sono le mie stesse caratteristiche e le mie forze essenziali, cioè sono le caratteristiche e le forze essenziali del suo possessore. Ciò che io *sono e posso*, non è quindi affatto determinato dalla mia individualità. Io *sono* brutto, ma posso comprarmi la *più bella* tra le donne. E quindi io non sono *brutto*, perché l'effetto della *bruttezza* è annullata dal *denaro* [...]. Io, considerato come individuo [...] sono un uomo malvagio, disonesto, senza scrupoli, stupido; ma il denaro è onorato e quindi anche il suo possessore. Il denaro è il bene supremo, e quindi anche il suo possessore è buono; il denaro, inoltre, mi toglie la pena di essere disonesto; e quindi si presume che io sia onesto. Io sono uno *stupido*, ma il denaro è *la vera intelligenza* di tutte le cose; e allora come potrebbe essere stupido chi lo possiede? [...] E se il *denaro* è il vincolo che mi unisce alla vita *umana*, che unisce a me la società che mi collega con la natura e gli uomini, non è il denaro forse il vincolo di tutti i vincoli? Non può esso sciogliere e stringere ogni vincolo? E quindi non è forse anche il dissolvitore universale? Esso è tanto la vera moneta spicciola quanto la forza galvano-chimica della società.»^[4] E se questa è, come direbbe Pasolini, *la religione del nostro tempo* perché stupirsi se gli sciacalli, ossia i suoi sacerdoti, vengono santificati e i comuni mortali ridotti a far da cavia come topi di laboratorio? Ecco, una ragione in più per essere sempre più coerentemente atei e comunisti.

Note

^[1] Marc Botenga, *Discriminati da un vaccino*, in *Left*, n. 48, 27.11.2020.

^[2] *Non è l'Arena*, La7, trasmissione del 29 novembre 2020.

^[3] «Eh, diavolo! Certamente mani e piedi, testa e sedere sono tuoi! Ma tutto che io mi posso godere allegramente, non è forse mio? Se posso pagarmi sei stalloni, le loro forze non sono mie? Io ci corro su, e sono perfettamente a mio agio come se io avessi ventiquattro gambe» (J. W. Goethe, *Faust*, Studio II - Il contratto).

^[4] K. Marx, *I manoscritti economico-filosofici del 1844*, Einaudi Editore, pp. 153-154. I corsivi sono di Marx.

La presa in giro della “comunità scientifica” di ilsimplicissimus sinistrainrete.info

Published: 17 December 2020 Created: 15 December 2020

L'arsenale della persuasione di massa non contiene solo parole come complottista e negazionista che possono squalificare a priori chiunque osi contestare la narrazione corrente e dunque esimere dalla necessità di argomentare con il rischio di rendere palesi le mistificazioni, ma si serve anche di espressioni adiuvanti e magiche che una volta pronunciate recitano una sentenza definitiva senza alcun bisogno di spiegazioni. Si tratta, come per molti lemmi tratti dalla neolingua, di concettoidi ovvero di espressioni che si riferiscono a realtà inesistenti o puramente simboliche, ma che per trascinarsi sintattico – grammaticale e analogia sembrano invece evocare qualcosa di concreto. Una di queste espressioni è la “comunità scientifica” che in questi mesi pandemici viene spesso tirata in ballo quando c'è da processare qualcuno, escludere un farmaco, affondare un'ipotesi di lavoro pericolosa per i profitti, sedare una qualche idea scomoda: tutte le volte si dice che la comunità scientifica non approva (ovviamente senza citare alcun testo). Sembra quasi l'ipse dixit aristotelico, con la piccola differenza che Aristotele con le sue dottrine è esistito, mentre la comunità scientifica no, è solo un modo dire che si riferisce a un mero insieme, come potrebbe essere quello dei navigatori su internet o gli iscritti a Facebook o la categoria dei romanzieri, non è un organismo o un ente o un parlamento o un direttorio, non ha voci ufficiali o univoche. E del resto come potrebbe visto che la scienza è divisa in infiniti

settori, sotto settori e gruppi ognuno delle quali è geloso della propria autonomia e anche dei propri statuti metodologici?

Quando sentite parlare della comunità scientifica che afferma questo o quel contenuto o per dirla kantianamente un qualche giudizio sintetico a priori, potete essere matematicamente certi che chi usa tale espressione non sa ciò di cui sta parlando e si riferisce nel migliore dei casi ad ipotesi prevalenti che sono poi normalmente quelle che piacciono ai gestori della conoscenza consentita. Naturalmente all'interno dei vari campi e specializzazioni gli scienziati, si parlano vanno a convegni e seminari, ma alla fine la forma di comunicazione prevalente e più autorevole tra di loro non è certo l'oscena e rapsodica chiacchiera dalla quale siamo sommersi, ma è la pubblicazione attraverso le riviste scientifiche dove vengono stampati o resi disponibili a pagamento in rete gli articoli che vengono ritenuti più interessanti: più una rivista è autorevole e più le ricerche pubblicate vengono considerate valide perché attentamente vagliate. Sulle riviste e sulla indecente speculazione ho scritto due giorni fa in [questo post](#) , ma qui bisogna aggiungere che in effetti questo sistema potrebbe introdurre un significato inquietante dell'espressione comunità scientifica, soprattutto per quei settori più vicini al denaro e al profitto: la pubblicazione avviene attraverso la cosiddetta peer review (revisione paritaria) ovvero la validazione di un lavoro scientifico da parte di ricercatori che lavorano nello stesso ambito. Tuttavia questi esperti sono scelti dall'editore stesso della pubblicazione attraverso vari comitati ed è dunque lui che diventa il vero creatore della comunità scientifica e in parecchi casi anche l'ordinatore della conoscenza. In occidente i principali veicoli di informazione scientifica ai massimi livelli, sono editi da soli 5 grandi gruppi (Pearson , Thomson Reuters, RELX Group (ex Elsevier), Wolters Kluwer, Penguin Random House, del colosso tedesco Bertelsmann.) che fanno parte dell'olimpio multinazionale e che possono condizionare e direzionare la ricerca, soprattutto nei campi che hanno un forte e immediato impatto sugli affari e sulla società.

Si tratta di un sistema privatistico della conoscenza che in qualche modo può dirsi ambiguo e fallimentare: basti pensare che la rivista scientifica Nature ha condotto una ricerca statistica coinvolgendo 1500 scienziati per comprendere quanto i risultati pubblicati sulle riviste scientifiche siano riproducibili e dunque controllabili. Ha così scoperto che gli scienziati interpellati non hanno ottenuto gli stessi risultati di ricerche altrui nel 70% dei casi e il 50% di loro non ha ottenuto gli stessi risultati nemmeno cercando di riprodurre le proprie ricerche. Non c'è da stupirsi se il capo editore della rivista Lancet (una delle più autorevoli in campo medico) abbia dichiarato che *"...gran parte della letteratura scientifica, forse la metà, può semplicemente essere falsa. Tormentata da studi effettuati con campioni di piccole dimensioni, risultati infimi, analisi esplorative non valide e palesi conflitti d'interesse, aggiunti all'ossessione di seguire tendenze alla moda di dubbia importanza, la scienza ha preso una svolta verso l'oscurità."* Non c'è nemmeno da stupirsi se spesso scienziati di vari settori abbiano vivacemente protestato contro questo assetto e se altri invece ci abbiano giocato in maniera sporca per ottenere visibilità, c'è invece da sottolineare che aziende come la Pfizer spendono circa 40 **miliardi** di dollari l'anno in marketing di vario tipo, non escluso l'appoggio "scientifico" ai suoi farmaci, ovvero il doppio di ciò che spendono in ricerca.

Potrei fare altri mille esempi, ma la cosa importante da comprendere è che quando sentite parlare di comunità scientifica o ci si si riferisce a un puro nulla, a una semplice invocazione oppure a un sistema dove il libero dibattito è fortemente condizionato dagli interessi degli editori che sono ovviamente intrecciati con quelli dei produttori e in ogni caso entrano a far parte delle dinamiche economiche, capitaliste, industriali politiche e persino militari. Figurarsi poi quando tutto questo precipita di livello e diventa vera paccottiglia per i giornali, per medicastri da quattro soldi, per politici analfabeti o ridicoli sicofanti eradicati da ogni senso etico come gli Arcuri.

L'eterogenesi dei fini di questa pandemia narrata è forse più visibile proprio da noi, in un Paese ormai marginale, dove un governo di burattini dai fili così intrecciati da essere assurdo e prevedibile insieme, non fa altro che gonfiare i numeri del dramma per potersi inventare misure di segregazione e perpetuare un senso di paura che sono ormai l'unica cosa a tenerlo in piedi: nemmeno le feste comandate come il Natale si salvano e sul presepe non c'è più la cometa, bensì il simbolo di Amazon che del resto surroga efficacemente anche i Magi. Ma il fatto è che più i pubblici poteri alzano il numero delle presunte vittime del Covid e più questo governo, ma anche questo ceto politico – amministrativo e questa classe medica affonda nella sua stessa inconsistenza perché siamo il Paese dove i lockdown e i distanziamenti sociali hanno colpito più duro, ma anche quello con il più alto numero di decessi attribuiti al Covid, anche grazie alla scomparsa virtuale di influenza, polmoniti e altre infezioni. Quindi ogni volta che si soffia sulla brace del dramma non si altro che scoprire tutta l'assurdità della situazione, ma anche la sua immoralità. Nei giorni scorsi ho pubblicato un [post](#) nel quale mostravo che abbiamo avuto in rapporto alla popolazione un numero di vittime 180 volte superiore a quelle della Cina, 40 o 50 volte superiore a quello di Giappone e Corea, 10 volte quelle dell'India e così via, insomma siamo in testa alla classifica anche perché fin da subito il governo ha visto nella pandemia, la sua ancora di salvezza facendo di tutto lungo la scala gerarchica perché si attribuisse ogni decesso, in presenza di una positività spesso fasulla visto l'uso di tamponi gratta e vinci, della nuova sindrome influenzale. E adesso cerca di gonfiare i numeri della mortalità generale di cui vengono date cifre sospette, mentre quelle finali e definitive, ci saranno solo fra mesi, quando sarà in pieno svolgimento l'azione vaccinatoria. Ma una cosa è certa ci saranno dei morti in più quest'anno sia perché questa è una tendenza demografica inevitabile in un Paese che invecchia, poi perché è abbastanza naturale che vi siano delle oscillazioni anche dovute all'incidenza delle malattie stagionali e il Covid certamente lo è, ma infine perché molta gente è stata letteralmente assassinata:

1. dalla colpevole impreparazione di una sanità pubblica privata negli anni delle risorse per poter fornire un'assistenza decente, per l'opera al limite dell'opaco delle burocrazie di sostegno e di una classe medica che punta al privato
2. per la strategia drammaticamente errata di concentrare le persone a rischio esponendole al contagio invece di evitarlo
3. per le cure insensate cui non è stato possibile porre rimedio in tempo a causa del divieto di autopsia, quasi che la strage la si volesse
4. per il collasso del sistema sanitario che ha di fatto impedito, assieme alla paura instillata nella popolazione, l'assistenza per ogni altro tipo di malattia, comprese quelle più gravi
5. per l'ostinazione con cui si è cercato di impedire le normali ed efficaci cure domiciliari per evitare che passasse la paura e i vaccini non fossero più visti come l'unica via di salvezza

Il numero di questi morti da Covid e non di Covid non è per ora quantificabile, ma si tratta certamente di cifre che raggiungono i quattro zeri e potrebbe rivelarsi molto alto, soprattutto perché si dovranno contare anche in futuro i decessi determinati dalla mancata assistenza e prevenzioni in questi mesi. Basti pensare solo alle malattie tumorali che fanno circa 180 mila decessi l'anno. Per questo dico che i salvatori sono in realtà gli assassini i quali oltretutto hanno provocato un danno economico enorme (anche quello potenzialmente in grado di fare molte vittime) ma del tutto inutile a fronte di decessi, anche qui solo "attribuiti" al Covid che sono bassissimi per le persone in età lavorativa e non affette da gravi patologie, **tanto che per le persone da 0 a 64 anni la mortalità è stata inferiore rispetto alla media degli anni precedenti.** In base a questo le autorità hanno assunto il controllo degli aspetti più intimi della nostra vita quotidiana: siamo gestiti come detenuti in una prigione, ci dicono quando mangiare, dormire, andare a spasso, siamo puniti per la minima infrazione di una serie in continua evoluzione di regole arbitrarie e contraddittorie, costretti a indossare mascherine inutili per mantenerci conformi e conformisti. Tutto questo ha ben poco a che fare con un virus che ha fatto assai più vittime indirette, ha invece molto a che fare con la lezione che ci sta dando il potere reale: "Guarda cosa

possiamo farti ogni volta che cazzo vogliamo”. Ora questi sono discorsi “proibiti”, severamente vietati sui media mainstream, ma diventeranno la tesi ufficiale quando si tratterà di sloggiare Conte per fare posto a Draghi o più in generale quando la galassia di potere che ha premuto per la trasformazione in peste di una sindrome influenzale, riterrà opportuno dare un ultimo colpo alla marcescente democrazia occidentale, additando governi e amministrazioni come responsabili della strage e del disastro economico per intrinseca incapacità del potere pubblico di intervenire efficacemente. E quelli che ora usano la parola negazionismo con una dovizia in stretta relazione alla loro dose di stupidità e di servilismo, saranno implacabili nel perseguire i nuovi colpevoli. Su questo apro qualunque scommessa.

Covid, negli Usa grave reazione allergica al vaccino Pfizer Virgilio Notizie 17/12/20

Un'operatrice sanitaria di un ospedale in Alaska è stata ricoverata in terapia intensiva per gli effetti collaterali alcuni minuti dopo l'iniezione

Dagli Stati Uniti arriva la segnalazione di un **caso grave di reazione allergica al vaccino Pfizer-Biontech**. Secondo quanto riportato dal “New York Times”, un’operatrice sanitaria del Barlett Regional Hospital di Juneau, in Alaska, ha avvertito forti effetti collaterali qualche minuto dopo aver ricevuto la dose contro il [Covid-19](#) nell’ospedale dove lavora. In seguito alla reazione allergica, la donna di mezza età è stata ricoverata in terapia intensiva, ma dall’ospedale fanno sapere che si trova ora in condizioni stabili e che verrà dimessa nelle prossime ore. Le fonti sanitarie riferiscono che “si sente bene e resta entusiasta del vaccino”. La donna è stata una delle prime ad aver ricevuto la prima dose del vaccino di Pfizer e Biontech di fronte alle telecamere, nell’ambito della campagna governativa americana per promuovere la “fiducia nei [vaccini](#)”.

La paziente **non aveva alcun precedente di allergie**, ma dopo 10 minuti dalla somministrazione del [vaccino](#) ha sviluppato rush cutanei, tachicardia e una crisi respiratoria. Per calmare i sintomi ha ricevuto dell’epinefrina, ma senza successo, costringendo così i medici curanti a fare anche uso di steroidi. L’ulteriore aggravamento delle sue condizioni di salute ha però portato i dottori a decidere per il **ricovero in terapia intensiva**. Effetti collaterali sono stati riscontrati anche in **un secondo operatore sanitario dello stesso ospedale**, il quale 10 minuti dopo l’iniezione ha presentato gonfiore agli occhi, vertigini e gola irritata. È stato portato al pronto soccorso e trattato con epinefrina, Pepcid e Benadryl, ma l’ospedale ha dichiarato che la reazione non è stata considerata anafilassi. Nell’arco di un’ora l’operatore ha superato la reazione ed è stato dimesso.

Morte, paura e abitudini consolidate Danilo Tomasetta 17/12/20 www.decrescita.com

Già da un po’ mi imbatto frequentemente in post catastrofici a proposito della strage di vite umane in Italia dovuta al covid, con spesso denunce palesi o velate sui responsabili. Avverto un atteggiamento fobico nei confronti del problema, comprensibile, ma pur sempre patologico. Mi vengono in mente ad esempio le persone che fanno footing in campagna con la mascherina o che guidano con la mascherina soli nell’auto. Mi capita spesso di vedere gente così e mi fa tristezza. La morte è una cosa seria, non ci si può scherzare sopra, quindi meglio considerare il rischio morte nella sua giusta dimensione. Mi son preso la briga di fare due conti, nella misura più oggettiva possibile. Tutti i dati che riferisco sono fonti ISTAT consolidate.

Ho preso in esame il totale dei decessi in Italia (cioè per qualunque causa) nell’anno 2019 (ancora non c’era il COVID) e l’ho confrontato col totale dei decessi del periodo gennaio-settembre 2020. Nel 2019 in Italia sono morte in totale 647.000 persone, mentre nei primi tre trimestri 2020 (quindi includendo anche i mesi più tragici della prima ondata) sono morte in totale 527.888 persone, cioè una media mensile di 58.654 morti.

Moltiplicando per 12 la media mensile avremo a fine anno 703.850 morti totali, cioè 56.850 morti in più dell’anno scorso a causa del COVID. Potrebbero essere un po’ di più in considerazione dell’alto numero di decessi dell’ultimo trimestre, ma non tanti di più. La prima cosa che salta agli occhi è la differenza col dato

fornito dalla Protezione Civile a due settimane dalla fine dell'anno, ovvero 65.011 morti per COVID al 14 dic. 2020. La spiegazione più plausibile di questa discrepanza è che l'epidemia ha ridotto altre cause di decessi, ad esempio quelli dovuti alla normale epidemia influenzale e quelli dovuti agli incidenti stradali in virtù della minore circolazione dei veicoli per lockdown totali o parziali. Una spiegazione più capziosa ma niente affatto campata in aria è che tra i morti COVID siano finite anche persone che sarebbero morte comunque, per cancro, infarto, ictus, diabete, ecc. La stima ricavata da me sulla base dei dati ISTAT (pubblicati sul sito [Decessi e cause di morte: cosa produce l'Istat](#), sito ufficiale dell'Istituto Nazionale di Statistica) coincide con quanto dichiarato dallo stesso presidente dell'ISTAT Gian Carlo Blangiardo alla trasmissione Agorà di RAI3. Queste le sue precise parole "Supereremo i 700mila decessi nel 2020. Ultima volta fu nel 1944, nel pieno della seconda guerra mondiale". La previsione, più che probabile visto che dal 1944 ad oggi non ci sono state in Italia epidemie a parte quella influenzale, andrebbe a mio avviso completata con un dato molto più significativo, ovvero il rapporto percentuale tra decessi totali e popolazione totale, anno per anno. Si avrebbe un quadro molto più preciso del peso specifico del 2020 rispetto al passato. Comunque non voglio assolutamente minimizzare, né apparire cinico. 57.000 morti in più sono tanti, ma se rapportiamo l'incremento di mortalità alla totalità della popolazione italiana (60.360.000 nel 2019, sempre fonte ISTAT) abbiamo una mortalità dello 0,94%. Percentuale che potrebbe salire all'1,16% se vogliamo prendere per buono il dato della Protezione Civile e supporre che a fine anno avremo circa 70.000 decessi causa COVID.

Che conclusioni dovremmo trarre? Secondo me queste: 1) che la pandemia da sars.covid19 non è la peste, né il colera e nemmeno la famosa febbre suina 2) che in questa emergenza epidemica l'aspetto più preoccupante venuto alla luce è che una concentrazione in un lasso di tempo breve di casi gravi bisognosi di ospedalizzazione manda in tilt un sistema sanitario impoverito dai tagli alla Sanità di tutti i governi degli ultimi 10 anni, per di più sottraendo attenzione e risorse a tutte le altre patologie che continuano ad esistere. 3) che probabilmente si poteva fare di più per limitare i decessi causa COVID, ma che si deve e si può fare di più anche per limitare i decessi causa tumore, malattie cardiovascolari, incidenti sul lavoro, incidenti stradali. Ora siamo in pieno periodo natalizio e se ne sentono di tutti i colori sulle misure che erano da prendere e che non sono state prese. Parecchi lodano la Merkel per la scelta di rigore da lei fatta, cioè Lockdown totale in tutta la Germania per tutto il periodo delle feste. Altri si lamentano invece perché non potranno andare a trovare i parenti che stanno nel comune limitrofo. Altri perché non potranno fare il cenone con gli amici al ristorante o in albergo. Molti hanno gridato allo scandalo alla vista delle strade dello shopping affollate e dei negozi pieni. Qui ci vorrebbe la capacità di riflettere più in profondità su modelli sociali consolidati, oltre che sulla naturale indole umana che tende ad esorcizzare le paure. Dal dopoguerra ad oggi abbiamo inseguito in una spirale crescente il mito del consumismo. Abbiamo visto la progressiva trasformazione del Natale da festa religiosa a festa per eccellenza del consumismo. Non riusciamo nemmeno più a concepire un Natale austero, come vorrebbe la tradizione e l'iconografia cristiana, esistono ormai nel nostro immaginario natalizio solo pranzi luculliani e pacchetti regalo. E poi ci stupiamo se al primo allentamento di briglie la gente si riversa per strada a comprare? Ipocrisia allo stato puro! Se vogliamo davvero contrastare la diffusione dei virus, sia quelli epidemici che quelli mentali, cominciamo a mettere in atto una revisione totale dei nostri comportamenti, dei nostri status symbol, del tipo di convivialità che conta davvero, sia in famiglia che in società. A quel punto anche l'ipotesi di morte apparirà sotto una luce diversa.

Twitter cancellerà i post in cui si afferma che i vaccini "causano danni"

l'AntiDiplomatico 17/12/20

Nuovi scenari di censura sui social di proprietà di multinazionali Usa che controllano il flusso di informazioni in quasi tutti i paesi del mondo. In Italia sicuramente.

Twitter ha annunciato ieri con un nuovo diktat che rimuoverà i post contenenti non precisate "cospirazioni" sui vaccini. Dalla prossima settimana, il social media bannirà ogni post che "invocherà una cospirazione deliberata"

o “narrative false sui danni” prodotti dai vaccini. L’azienda statunitense lo ha annunciato in un post sul suo blog.

As the global distribution of [#COVID19](#) vaccines begins, we’re providing guidance on how we’ll address potentially harmful misleading content about these vaccines and help people stay informed. <https://t.co/1rRi5QWILz> — Twitter Safety (@TwitterSafety) [December 16, 2020](#)

"Utilizzando una combinazione di tecnologia e revisione umana, inizieremo ad applicare questa politica aggiornata il 21 dicembre e ad espandere le nostre azioni durante le settimane successive", si legge nel blog, aggiungendo che la nuova regola sarà applicata "in stretta consultazione con le autorità sanitarie pubbliche globali in tutto il mondo". Al personale verrà chiesto di rimuovere i post che includono qualsiasi suggerimento che i vaccini "siano usati intenzionalmente per causare danni", "controllare le popolazioni" o "non necessari", così come "false affermazioni che sono state ampiamente ridimensionate sugli impatti o effetti negativi di ricevere vaccinazioni." Al di là della sua promessa di coordinarsi con i funzionari sanitari, tuttavia, Twitter non ha specificato come avrebbe determinato quali affermazioni si sarebbero qualificate come "smascherate". La società ha anche affermato che, dall'inizio del prossimo anno, avrebbe allegato etichette di "avvertimento" ai tweet che "avanzano voci non comprovate, affermazioni contestate, nonché informazioni incomplete o fuori contesto sui vaccini". Chissà se Twitter censurerà le fake news di Repubblica e delle grandi corporazioni mediatiche sui vaccini russi, cinesi, cubano – che verranno utilizzati come bene pubblico globale dalla quasi totalità dei paesi del pianeta – o si concentrerà solo a protezione delle multinazionali del suo paese?

"Reazioni nel 50% dei vaccinati: ecco cosa succede dopo l'iniezione" Alessandro Ferro
18/12/2020 [ilgiornale.it](#)

A pochi giorni dal via della campagna vaccinale con le dosi della Pfizer-BioNtech, arrivano le prime notizie di forti reazioni allergiche e addirittura il 50% dei pazienti sarebbe a rischio. "Reazioni più forti dei soliti vaccini"

Una persona su due potrebbe provare mal di testa, febbre e brividi: è quanto accade subito dopo la somministrazione del vaccino targato Pfizer-BioNtech, già in uso nel Regno Unito ed approvato l'11 dicembre dall'Fda americana per uso emergenziale.

"Forte reazione al vaccino"

In Europa si aspetta il sì dell'Ema (l'Agenzia europea per i medicinali) ed il 27 dicembre dovrebbe cominciare ad essere in uso anche in Italia che ha prenotato un totale di 20 milioni di dosi ma, nella fase iniziale, ne saranno disponibili 1,9 milioni. Le prime notizie, però, non sono affatto confortanti se addirittura il 50% dei vaccinati si sentirà poco bene. "Il Pfizer è molto **reattogenico**, cioè induce reazioni più forti dei vaccini soliti: la metà delle persone, in particolare giovani, prova mal di testa, febbre e brividi, che però si risolvono in 24 ore" ha affermato Guido [Forni](#), Professore ordinario di Immunologia all'Università di Torino ed accademico dei Lincei in un'intervista a [LaStampa](#), che mette in guardia: "è importante raccontare questi dettagli per preparare la popolazione ed evitare paure inutili". Tutti i vaccini possono indurre le reazioni descritte ma il 50% è sicuramente una percentuale considerevole. "Esattamente, ma bisogna sapere che per il giorno dopo non vanno presi impegni importanti. Siamo abituati a vaccini iperstudati come l'antinfluenzale, che non dà nessun fastidio". La corsa contro il tempo per preparare, testare e mettere in commercio un farmaco che possa bloccare la pandemia da Coronavirus mostra già i primi effetti negativi. Il Prof. Forni tende a rassicurare sottolineando come siano disturbi leggeri e passeggeri che indicano la reazione particolare di questo tipo di vaccino.

"Reazioni più intense negli allergici"

Saranno pure passeggeri ma, cosa accadrebbe se la forte reazione allergica capitasse in un soggetto anziano piuttosto che in uno giovane? E nei soggetti allergici? "Nel caso di persone allergiche le reazioni possono essere più **intense**". Speriamo che non sia davvero così, d'altra parte è partita da poco la campagna vaccinale Pfizer-BionTech ma le prime notizie non sono certamente come speravamo: il [NYTimes](#) riferisce che

un'operatrice sanitaria vaccinata negli Stati Uniti ha sviluppato reazioni allergiche quali rash cutanee, tachicardia e crisi respiratoria ed è stata ricoverata in terapia intensiva. Le sue condizioni sono tutt'ora stabili. Sarà anche un caso isolato ma è una spia importante di cui tener conto. *"La reattogenicità dipende dal tipo di vaccino, che è fatto di nanoparticelle lipidiche che possono irritare"*, afferma il professore, che sottolinea come reazioni del genere si sviluppino entro pochi minuti ed i luoghi di vaccinazione sono molto attrezzati per questo tipo di problematica. Sarà, ma quando inizieranno le vaccinazioni di massa nelle palestre o in apposite aree non spedalizzate e qualche paziente dovesse stare male, cosa potrebbe accadere?

Temperatura e dosi, altri due problemi

L'altro problema del Pfizer resta la temperatura: sebbene sembra essere efficace al 95% (dopo la somministrazione di due dosi) va conservato e poi scongelato ad una temperatura di -80 gradi e successivamente diluito, operazioni non semplici che si potranno fare solamente negli ospedali e nei luoghi attrezzati. L'altro concorrente, il vaccino dell'azienda **Moderna**, ha una temperatura di conservazione migliore, a -30 gradi, ma l'Italia ha ordinato meno dosi perché si cerca di puntare tutto sull'italo-inglese AstraZeneca. *"Ha fornito i report migliori di tutti, ma ora sembra efficace al 60%. Meglio di niente, però gli americani sono migliori. Ci vorrà qualche mese per capire se AstraZeneca corregge il tiro"*.

Ecco gli altri vaccini

Se spuntano le prime crepe (speriamo non sia davvero così) nei vaccini Pfizer-BioNtech, a che punto sono tutti gli altri in fase di sviluppo? Il Prof. Forni ha spiegato che Novax e Cura vax sono in terza fase e funzionano bene alla classica temperatura da frigorifero mentre quello dell'azienda Johnson & Johnson potrebbe essere l'unico a funzionare con una dose sola. Ed i "famosi" vaccini cinesi ed il russo Sputnik (cliccando [qui](#) tutti i pezzi sul vaccino di Putin)? *"Sono in fase tre, ma sono già stati testati su militari e civili non seguendo una procedura corretta. Lo Sputnik russo è innovativo e potrebbe dare dei risultati. Così pure i quattro cinesi, ma i dati sono ancora parziali per essere sicuri"*.

Covid-19 a Natale: resistere, resistere, resistere! Leopoldo Salmaso

18/12/20 comedonchisciotte.org

Riceviamo e volentieri pubblichiamo in anteprima questo importantissimo comunicato. Preghiamo tutti i nostri lettori di volerlo diffondere rapidamente a tutti i propri contatti ed amici. Grazie!

Il Comitato Rodotà fornisce precise indicazioni sul come opporsi ad eventuali sanzioni comminate a chi intenda esercitare i propri diritti costituzionali durante le feste natalizie.

Dopo una puntuale revisione di tutti gli elementi di incostituzionalità che viziano le recenti "grida" governative, il Comitato elenca un'ampia casistica di situazioni tipiche, e indica come opporsi ad eventuali sanzioni. Il Comitato si fa anche forte dei successi recentemente riscossi grazie al suo ricorso presso il Consiglio d'Europa, da cui risulta che la Convenzione Europea dei Diritti Umani è pienamente vigente in Italia poiché il governo, nella sua ossessione maniaco-compulsiva di coartare i diritti fondamentali dei cittadini, ha dimenticato di chiedere (motivando) la sospensione pro-tempore di detta Convenzione.

Ecco il testo del comunicato stampa emesso nel pomeriggio di oggi, 18/12/2020:

"FILIERA NORMATIVA COVID": un impianto incostituzionale ed il dovere di resisterlo.

L'Osservatorio Permanente Rodotà appronta un formulario di ricorso per cittadini e avvocati contro le sanzioni annunciate per il lockdown natalizio. Roma-18 dicembre 2020

L'Osservatorio Permanente sulla Legalità Costituzionale, appendice di Generazioni Future/Rodotà, ha diffuso importanti approfondimenti giuridici sulla gestione pandemica dagli inizi ad oggi. Secondo i suoi componenti (Professori universitari in materie giuridiche e avvocati), dovranno cadere sotto la scure della Costituzione i decreti legge e i DPCM, emanati dal Governo, per effetto della cosiddetta "*invalidità caducante*" (*). I diritti costituzionali violati sono numerosi (dalla libera circolazione, alla proprietà privata, alla libertà di culto,

all'intimità familiare) e c'è spazio anche per una valutazione della Corte di Strasburgo, sul presupposto che, non avendo l'Italia esercitato l'opzione di cui all'art.15 CEDU, la Convenzione è vigente nella Sua portata ordinaria. Affrontando scientificamente i dubbi sulla natura giuridica degli atti in uso al Governo, l'Osservatorio dimostra di avere le idee chiare: *le forme* poste a protezione della Costituzione hanno carattere sostanziale e irrinunciabile. La pena per la loro inosservanza è la fine della democrazia rappresentativa e dell'intero costituzionalismo liberale.

La denuncia teorica non basta più. **Di fronte alla protratta e ripetuta violazione della Costituzione scatta un dovere civico di resistenza** che diversi cittadini si sentono di assumersi a fronte della palese irragionevolezza, improvvisazione, sproporzione e arbitrio delle misure adottate. **A tal fine, l'Osservatorio ha affiancato al documento teorico un testo ulteriore di natura applicativa che ambisce ad essere strumento concreto per cittadini e avvocati nella impugnazione delle sanzioni.**

Un prontuario, offerto a chiunque voglia esercitare il dovere di resistenza (che è alla base del costituzionalismo borghese fin dai tempi dei giuristi Ugonotti), contro norme ritenute illogiche, irragionevoli, dannose e sproporzionate; norme improvvisate, che non rispettano i diritti dell'uomo e che incidono profondamente su tutti i presidi della democrazia liberale. **L'Osservatorio pare, anzi, caldeggiare i ricorsi, al fine di percorrere l'iter che dall'Italia porta davanti alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo**, organo sopra le parti e sede naturale per la tutela delle garanzie dei diritti innati.

(*) L'“invalidità caducante si delinea allorquando il provvedimento annullato in sede giurisdizionale costituisce il presupposto unico ed imprescindibile dei successivi atti consequenziali, esecutivi e meramente confermativi, sicché il suo venir meno travolge automaticamente (e cioè senza che occorra una ulteriore specifica impugnativa) tali atti successivi, perché l'invalidità dell'uno si riversa sull'altro (NdA).

FIN QUI IL COMUNICATO, ma il Comitato Rodotà ha prodotto un [altro documento](#) in cui analizza gli aspetti pratici, dal punto di vista del cittadino che sia incorso in una sanzione. Ecco di seguito un breve estratto:

1. Il D.L. 158 e il D.P.C.M. del 3 dicembre 2020 ...

2. Alcune fattispecie-tipo di “violazione” delle nuove misure restrittive

Prendiamo in considerazione, a titolo esemplificativo, alcuni casi di potenziale “violazione” dei divieti di spostamento e delle altre nuove misure restrittive introdotte dal DL 158 e dal DPCM 3 dicembre:

- a. residente a Milano parte il 23 dicembre per visitare i propri genitori anziani e malati che risiedono in Friuli, in automobile (da solo o con la famiglia convivente);
- b. residente a Roma si reca in automobile, da solo, presso la sua seconda casa in Umbria il 29 dicembre, per trascorrere qualche giorno di vacanza vicino a una coppia di amici;
- c. giovane vedova si reca il giorno di Natale dalla madre sola (in buona salute) che vive a pochi chilometri, ma in altra provincia o Regione;
- d. residente a Bologna si reca con famiglia, il 19 dicembre, nella seconda casa in Toscana, va per lavoro a Bologna (o altra Regione) il 28 dicembre e torna dalla famiglia il 30;
- e. cittadino/a italiano/a, per le festività natalizie, raggiunge il proprio partner (compagno, fidanzata, etc.) che vive in altro Paese comunitario, partendo il 19 dicembre e tornando in Italia l'8 gennaio (con test negativo) senza osservare la quarantena;
- f. cittadino/a italiano/a iscritto all'AIRE torna il 23 dicembre in Italia per passare una settimana con i propri genitori e deve tornare il 30 dicembre nel Paese di residenza.

In ciascuno di questi casi, la persona in questione viene fermata per un controllo e sanzionata (negli ultimi due casi, anche per violazione della quarantena). Nel proseguo articoliamo le ragioni che riteniamo possano farsi valere contro la contestazione di una violazione e l'eventuale irrogazione di una sanzione. Sugeriamo di farle verbalizzare, in sintesi, già all'atto della contestazione da parte di un soggetto incaricato dal Prefetto (e.g. polizia) e, ove fosse irrogata la sanzione, di sollevarle [con scritto difensivo/ricorso al Prefetto, prima, e

nell'opposizione all'ordinanza-ingiunzione poi, e/o con impugnazione al TAR] In estrema sintesi, come si vedrà in dettaglio:

(i) il DL 158 (a differenza dei decreti-legge precedenti) non dispone alcuna sanzione per l'inosservanza dei divieti con esso imposti (né si possono applicare in via analogica sanzioni previste da precedenti decreti-legge per casi e tempi diversi): l'irrogazione di una sanzione, pertanto, sarebbe in violazione del principio di legalità e riserva di legge di cui -in particolare- all'art. 1, L. 689;

(ii) in base alle circostanze concrete di ciascun caso di specie, potrebbero non ricorrere i presupposti di fatto della violazione, recte applicarsi le esimenti previste dal DL 158 (p. es., stato di necessità**, motivi di salute, rientro alla propria abitazione);

(iii) le misure sono state emanate senza enunciare - né rendere disponibili - le evidenze scientifiche o le valutazioni del Comitato tecnico-scientifico su cui in tesi poggiano e che, anche in virtù di recenti decisioni del TAR, vanno invece rese pubbliche;

(iv) le misure non sono sorrette dai principi di ragionevolezza e proporzionalità, pur richiamati dal DL 158 e dal DPCM 3 dicembre; e

(v) anche per questo motivo, le misure sono costituzionalmente illegittime ledendo o comprimendo libertà e diritti fondamentali garantiti dalla Costituzione, quali le libertà di circolazione, riunione e culto, i diritti al lavoro e alla salute individuale, i diritti della famiglia, senza operare un corretto bilanciamento tra i diritti in gioco.

3. Profili di impugnazione della(eventuale) sanzione...

(**) "Stato di necessità" è espressione molto vaga, che può comprendere motivazioni soggettive del tipo: "se non vado dove sto andando la mia salute mentale sarebbe gravemente compromessa"...(NdA).

Di seguito il link alla pubblicazione cui si riferisce il comunicato: <https://generazionifuture.org/il-governo-giuridico-della-pandemia/>

ELEMENTI BIOGRAFICI: <https://generazionifuture.org/osservatoriocostituzionale/>

CONTATTI: comitatorodota@gmail.com

Il vaccino choc ilsimplicissimus 21/12/20

E' probabile che molti di voi abbiano saputo della vicenda dell'infermiera andata in choc anafilattico dopo essere stata vaccinata col il magico anticovid della Pfizer e forse hanno visto il video virale della scena che ha costretto i media mainstream ad occuparsi della vicenda invece di passare tutto sotto silenzio, anche se poi il NYT ha ritenuto di scrivere che la poveretta è felice del vaccino il che dimostra non solo a che livello di grottesca stupidità sia arrivata l'informazione, ma anche i lettori che possono bersi una panzana del genere. Tuttavia la nuda notizia non dice tutto tutto ciò che di inquietante si nasconde dietro i paraventi: intanto che l'infermiera si è salvata solo perché la reazione allergica si è avuta in ospedale e dunque l'iniezione di adrenalina che è la terapia di elezione per questi casi è arrivata in tempo, poi che questo non è bastato come di solito accade e la donna è stata ricoverata in terapia intensiva per parecchio e infine che non aveva alle spalle una storia di allergie. E non dice che la medesima cosa è accaduta un altro infermiere del medesimo ospedale di Juneau che se l'è cavata anche lui con l'iniezione di adrenalina.

Ora è evidente che il vaccino della Pfizer può provocare chock anafilattici anche in chi non ha una storia di allergie, come risulta evidente anche da altri casi accaduti in Gran Bretagna e se è vero che la possibilità di queste reazioni allergiche estreme viene situata fra i 30 e i 50 casi ogni 100.000 abitanti per anno, bisogna prendere atto che è molto più probabile andare in terapia intensiva per il vaccino che non per il Covid, specie in età giovanile dove il rischio supera di gran lunga il beneficio.

Va anche osservato che la mortalità per anafilassi è bassa, circa una persona su mille, ma questo avviene perché chi ha già avuto avvisaglie di importanti reazioni allergiche di solito prende precauzioni che possono andare dalla filala di adrenalina ad anallergici sistemici, ma nel caso di una vaccinazione a tappeto il pericolo sarebbe

grandissimo specie se la reazione dovesse manifestarsi dopo qualche tempo e cioè quando la cavia umana non è più nel presidio sanitario. E vero che generalmente più una manifestazione allergica è grave, più rapidamente si instaura, ma in una certa percentuale di casi essa può invece manifestarsi a parecchie ore di distanza. Non solo, ma è ben noto dalla letteratura scientifica oltre che dall'esperienza che i casi di reazioni allergiche gravi sono maggiori negli anziani, ovvero quelli più a rischio per il Covid, sia per le maggiori probabilità di sensibilizzazione ai farmaci che per la più frequente assunzione di medicinali ipotensivi come gli ACE-inibitori che diminuiscono le capacità dell'organismo di reagire allo shock. E infine, tanto per mettere una amara ciliegina sulla torta va detto che uno choc anafilattico anche se risolto può lasciare parecchi strascichi e danneggiare organi vitali.

Eppure di fronte a tutto questo una sanità malata di denaro e ormai ridotta ad affari e paura, fa spallucce invece di operare con prudenza cavalca l'Apocalissi che ha essa stessa creato rispetto a una sindrome influenzale, tanto che di fronte alle notizie di allergie è possibile leggere frasi come queste: "I funzionari sanitari non si sono lasciati intimorire da quanto accaduto e il piano vaccinale continua": infatti sono proprio quelli che vaccinano a doversi spaventare, mica loro che magari si guarderanno bene dal farsi iniettare qualcosa (valga per tutti l'amministratore delegato della Pfizer che si è ben guardato dall'usare il suo vaccino) pur potendosi fabbricare le attestazioni.

E che dire della stessa Pfizer la quale dopo aver prodotto un vaccino a tempi così record da far pensare che sia nato prima il vaccino e poi il virus, adesso se la prende comoda, dice che dovrà studiare quale sostanza provoca queste reazioni allergiche, ma con calma, tanto ha già smerciato le sue dosi ed è peraltro immune dalle conseguenze giudiziarie delle reazioni avverse. In via di finzione pagheranno semmai gli stati che naturalmente si sottrarranno a questo compito attraverso una serie talmente complessa di pratiche e di prove che sarà di fatto impossibile ricevere effettivamente qualcosa, che comunque rassomiglierà ad un'elemosina piuttosto che a un risarcimento. Questo ancora vent'anni fa sarebbe stato impossibile, dieci anni fa possibile, ma rischioso e oggi è diventato normale.

Esclusiva CDC: Addio all'influenza, esiste solo la Covid-19. Lo studio che lo rivela

Jacopo Brogi 21/12/20 ComeDonChisciotte.org

Continua il percorso di approfondimento in merito all'emergenza Covid-19. Dopo aver affrontato il tema [a livello locale e regionale](#), cerchiamo di capire e analizzare la natura del fenomeno attraverso i dati e le fonti ufficiali, per orientarsi al meglio rispetto a ciò che sta accadendo in Italia, senza perdere di vista la caratura globale degli accadimenti.

Addio all'influenza, esiste solo la covid-19. Lo studio che lo rivela

di Jacopo Brogi e Filippo Della Santa

*"Quello che viviamo oggi esiste ogni anno per l'influenza" [1]. Queste parole, riferite all'attuale situazione degli ospedali, non sono del complottista di turno o dell'irresponsabile che minimizza l'emergenza sanitaria pandemica. Queste parole sono del **Viceministro della salute** del governo italiano **Pierpaolo Sileri**.*

E **Sileri** non è uno sprovveduto messo lì a far figura, ma è un **medico** e docente universitario: una persona competente, che peraltro riveste un ruolo politico appropriato al suo *curriculum vitae*.

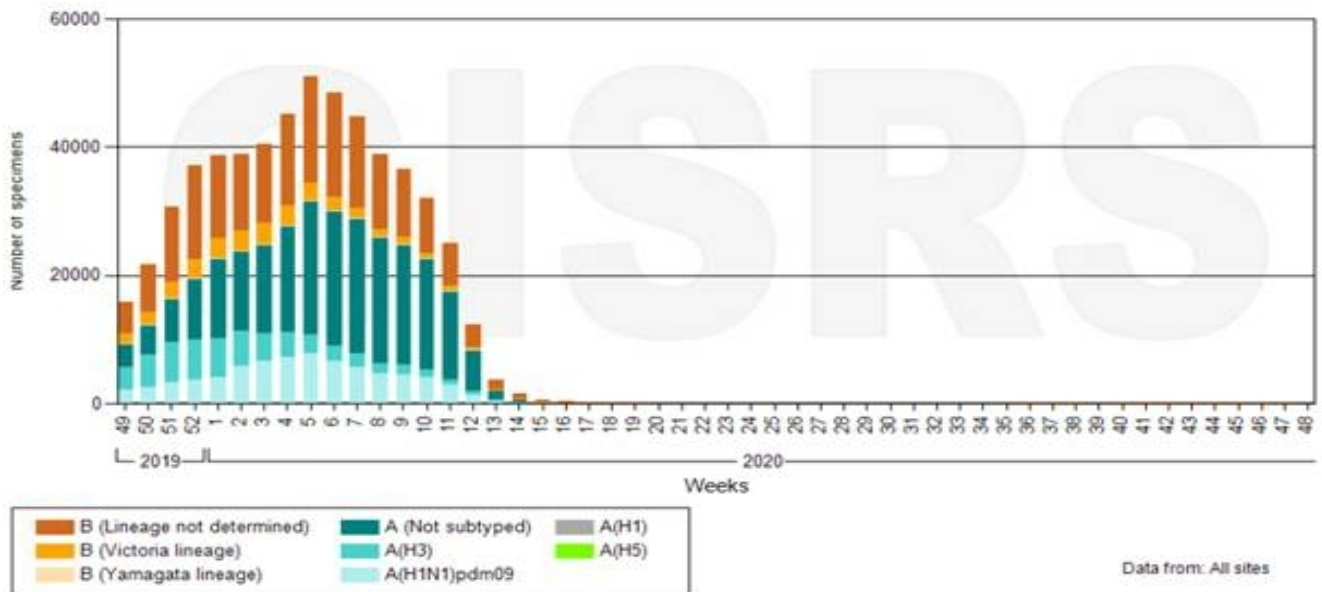
"Il virus non andrà più via. L'influenza fa un'ondata l'anno. Probabilmente sarà così anche per il coronavirus. Diventerà una malattia stagionale autunno-invernale" [2].

Così l'epidemiologo star tv **Pier Luigi Lopalco**, da poco promosso assessore alla sanità della Regione Puglia.

Covid-19: micidiale peste del secolo o robusta sindrome influenzale?

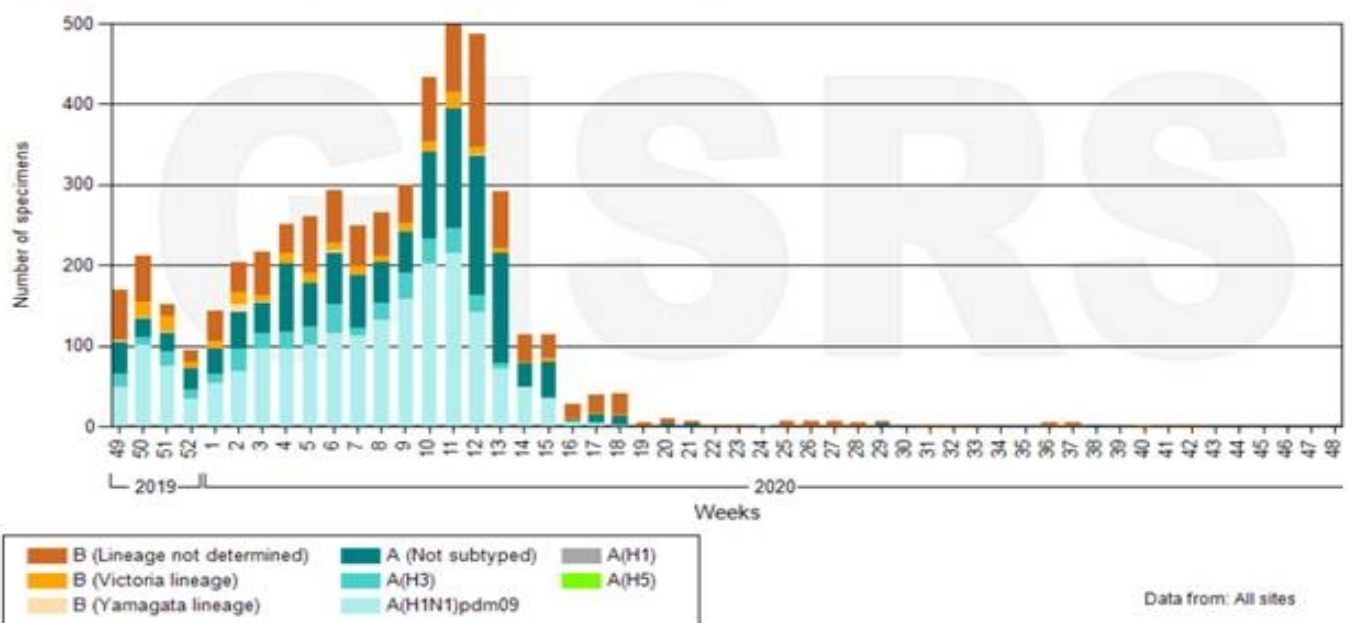
In premessa, teniamo ben a mente ciò che ci mostra l'Organizzazione Mondiale della Sanità (**Oms**): nel 2020, a livello globale, **la circolazione dell'influenza si è completamente esaurita** da metà aprile [3] [Fig. 1,2].

Number of specimens positive for influenza by subtype in the northern hemisphere



Data source: FluNet (www.who.int/toolkits/flunet). Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)
Data generated on 04/12/2020

Number of specimens positive for influenza by subtype in southern hemisphere



Data source: FluNet (www.who.int/toolkits/flunet). Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)
Data generated on 04/12/2020

E' scomparsa. Com'è possibile? Per cercare di comprenderlo analizziamo i dati ufficiali, avendo peraltro già approfondito in precedenza la situazione della Toscana, dove – numeri alla mano – [non c'è ancora mai stata una emergenza Sars-Cov-2](#) (acronimo di *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*): *se hai sintomi influenzali stai a casa*, tuonava l'amministrazione regionale sui manifesti affissi in ogni dove.

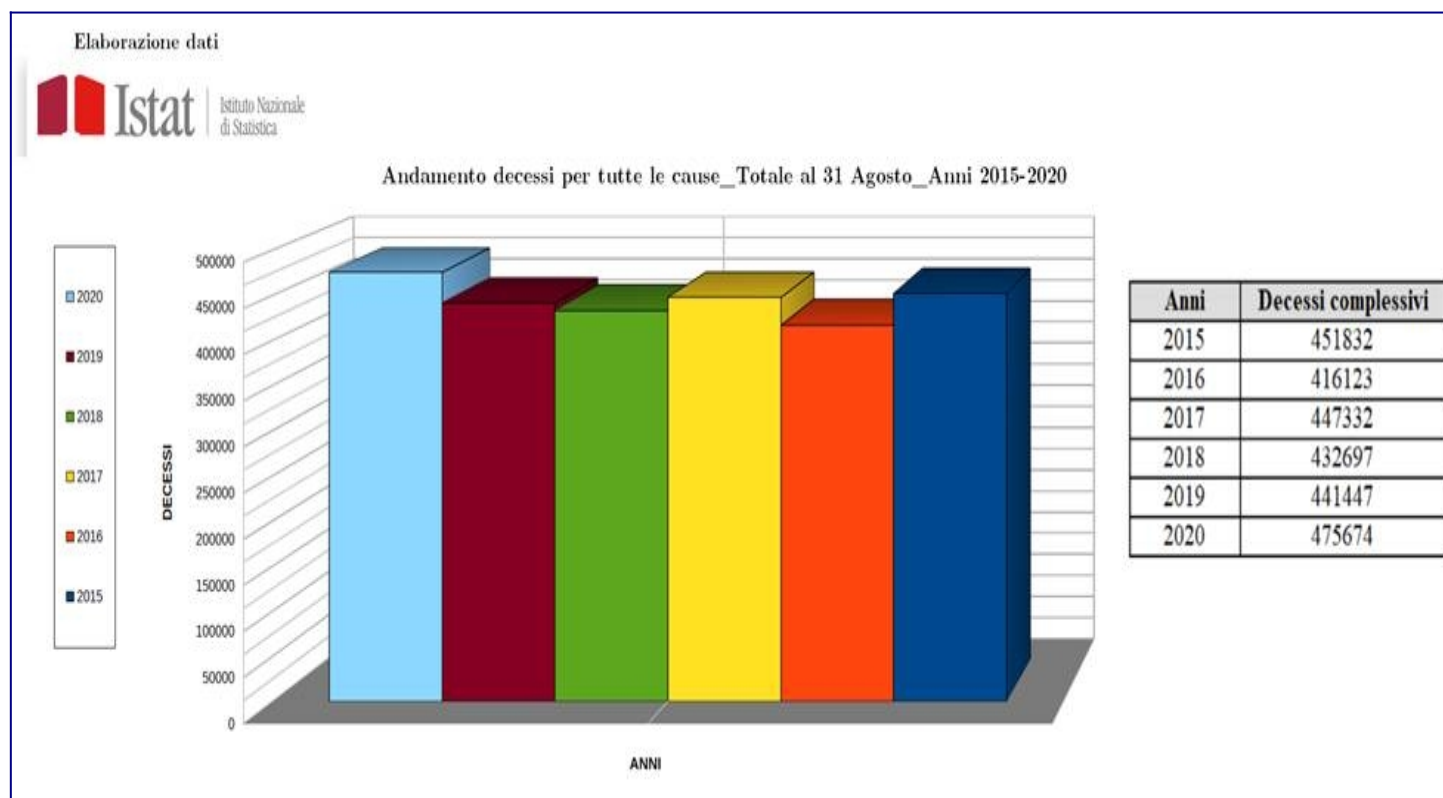
Era la scorsa primavera, tempo di prima ondata e di lockdown generale. Prendiamo adesso in considerazione i **decessi avvenuti per ogni tipo di causa**, al 31 agosto scorso, includendo anche le altre regioni. Ad eccezione delle Marche, tutte le regioni colpite dall'emergenza si trovano a nord: Lombardia, Emilia Romagna e Piemonte [Fig.3].



Regioni	Media 2015-2019	2020	Variazione [%]
Lombardia	67212	92731	37,97
Trentino Alto Adige	6399	7566	18,24
Emilia Romagna	34220	39230	14,64
Valle d'Aosta	1007	1128	12,02
Piemonte	36340	40535	11,54
Liguria	14980	16400	9,48
Marche	12171	13257	8,92
Veneto	33331	35462	6,39
Puglia	27192	28185	3,65
Sardegna	11465	11710	2,14
Toscana	29971	30303	1,11
Friuli Venezia Giulia	10030	10078	0,48
Calabria	14044	13952	-0,66
Abruzzo	10431	10346	-0,81
Umbria	7158	6983	-2,44
Basilicata	4429	4309	-2,71
Sicilia	37033	35870	-3,14
Lazio	40025	38628	-3,49
Campania	37772	36436	-3,54
Molise	2676	2565	-4,15
ITALIA	437886	475674	8,63

Oltre la metà del territorio nazionale non è stata interessata da un incremento della mortalità complessiva; elaborando i dati forniti dall'**Istat** (Istituto nazionale di statistica) [6], possiamo osservare cosa è accaduto, dal **2015** al **2020**, prendendo in considerazione i primi otto mesi dell'anno.

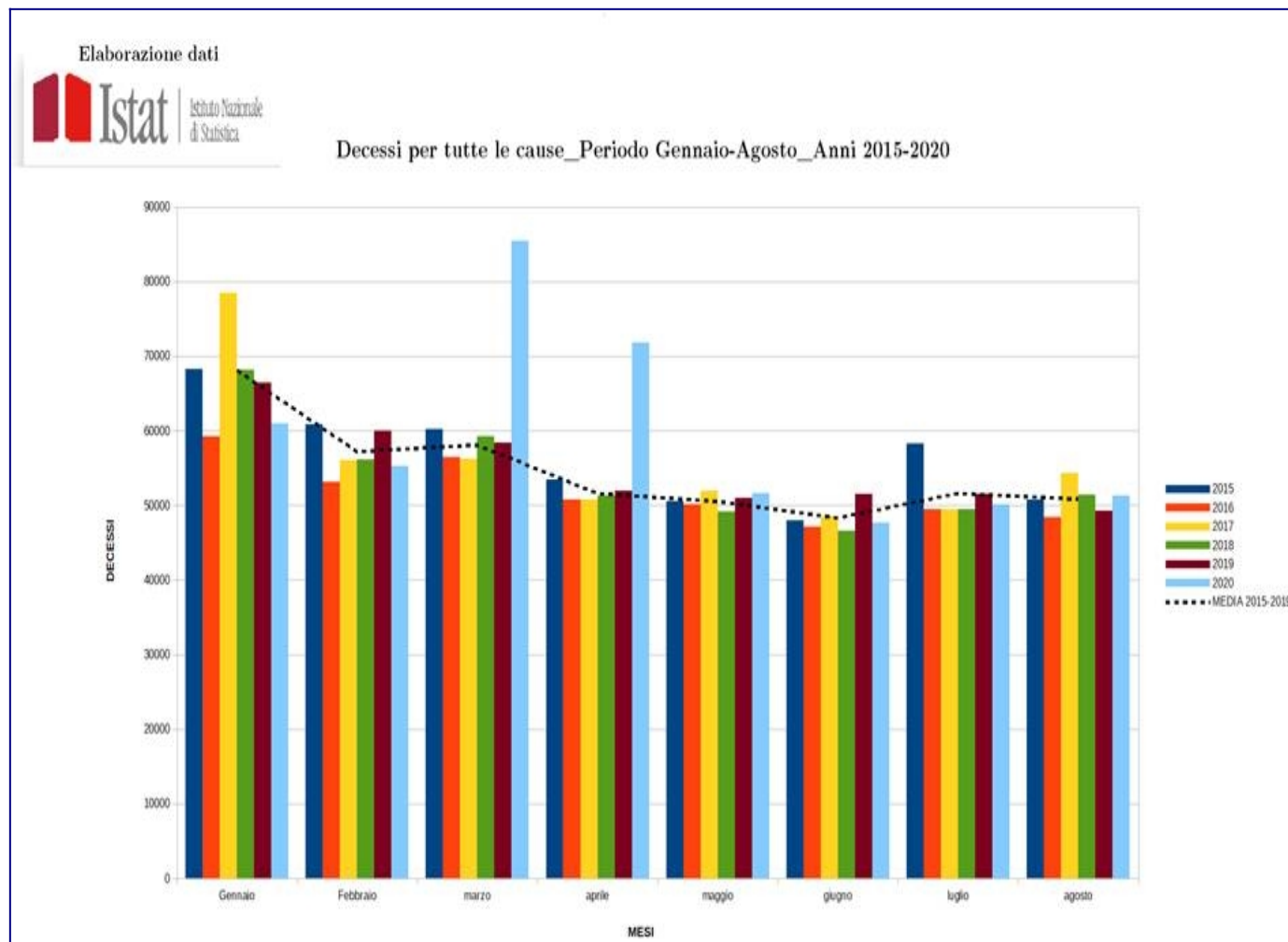
È evidente come, nel 2020, si sia verificato un maggior numero di decessi totali rispetto agli anni precedenti [7]: l'incremento è stato di 37.788 unità (+8,63%) [Fig.4].



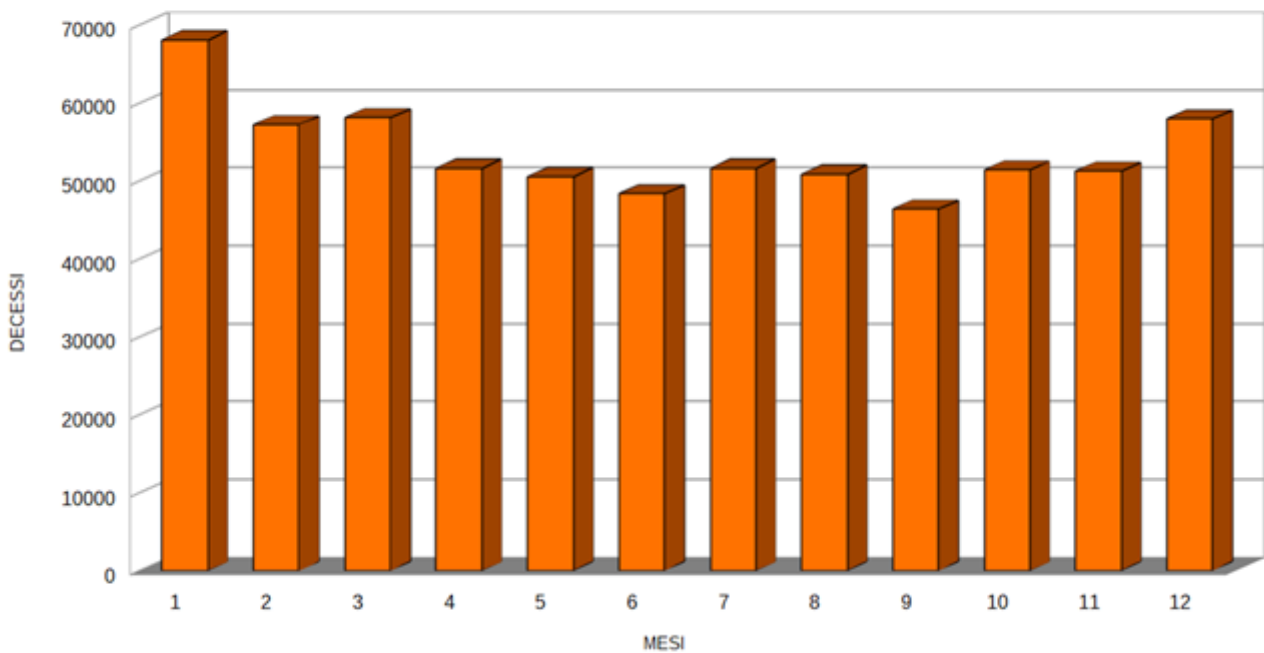
Ad ogni modo, è possibile evidenziare come l'aumento della mortalità, rispetto al 2019 (+34.228), sia paragonabile a ciò che è avvenuto negli anni precedenti [8]:

- 2014/2015 (+39.000)*
- 2016/2017 (+31.209)

Dopo aver valutato quella che è stata la situazione al 31 agosto di ogni anno, andiamo a considerare l'andamento mensile. Dal grafico di Fig.5, possiamo osservare come il numero dei decessi, nei primi mesi del 2020, sia **in linea con quello della media degli anni precedenti**, ad eccezione del netto incremento di marzo e aprile (+27.516 e +20.287), con una marcata flessione avvenuta a gennaio (-7.221).



In genere, nel primo mese dell'anno si raggiunge il maggior numero di decessi, causati dalle consuete **ondate invernali** [Fig. 6].



Dal dossier “COVID-19, la malattia da nuovo coronavirus (SARS-CoV-2)” pubblicato sul sito ufficiale della **Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici**: *“i coronavirus sono un genere di virus a RNA che possono causare diverse malattie nell’uomo, principalmente infezioni del tratto respiratorio superiore e del tratto gastrointestinale. La gravità di queste condizioni è molto variabile, dal momento che i coronavirus sono responsabili sia di una buona parte delle comuni sindromi da raffreddamento sia di sindromi respiratorie gravi come la SARS (sindrome respiratoria acuta grave, Severe Acute Respiratory Syndrome) e la MERS (sindrome respiratoria mediorientale, Middle East Respiratory Syndrome)”* [9].

Quali sono i sintomi più comuni, se non arriviamo a trascurare la malattia? Ce lo spiegava già il 5 marzo scorso Pier Luigi Lopalco, ordinario di Igiene all’Università di Pisa (oggi promosso politico), in piena pandemia: *“Ripeto, [i sintomi, ndr] sono quelli di una condizione simil influenzale: febbre, tosse, rinite (raffreddore), congestione nasale, congiuntivite. Sono quelli di una persona che potrebbe avere un brutto raffreddore. Ma soprattutto bisogna fare attenzione alla comparsa della febbre. Alla prima linea di febbre bisogna starsene a casa, starsene buoni e vedere che cosa sta succedendo. Se tutti seguissero questa semplice precauzione, già abatteremmo il 90% dei contagi* [10].”

Nel nostro Paese, il monitoraggio integrato dell’influenza è condotto dall’Istituto Superiore di Sanità (Iss) e inizia generalmente dal mese di ottobre: *“il sistema di sorveglianza prende in considerazione il numero di decessi per tutte le cause perché **i dati dei decessi per influenza non sono disponibili in tempo reale**. Infatti l’Istat ogni anno codifica tutti i certificati di morte, compresa l’influenza, e ne attribuisce la causa principale, un processo che richiede **per rendere disponibili i dati di mortalità per specifica causa mediamente un periodo di due anni**”* [11]. Per la Covid-19, questo iter procedurale sembra essere stato ampiamente sottovalutato sia dalle maggiori istituzioni preposte, che dai grandi media.

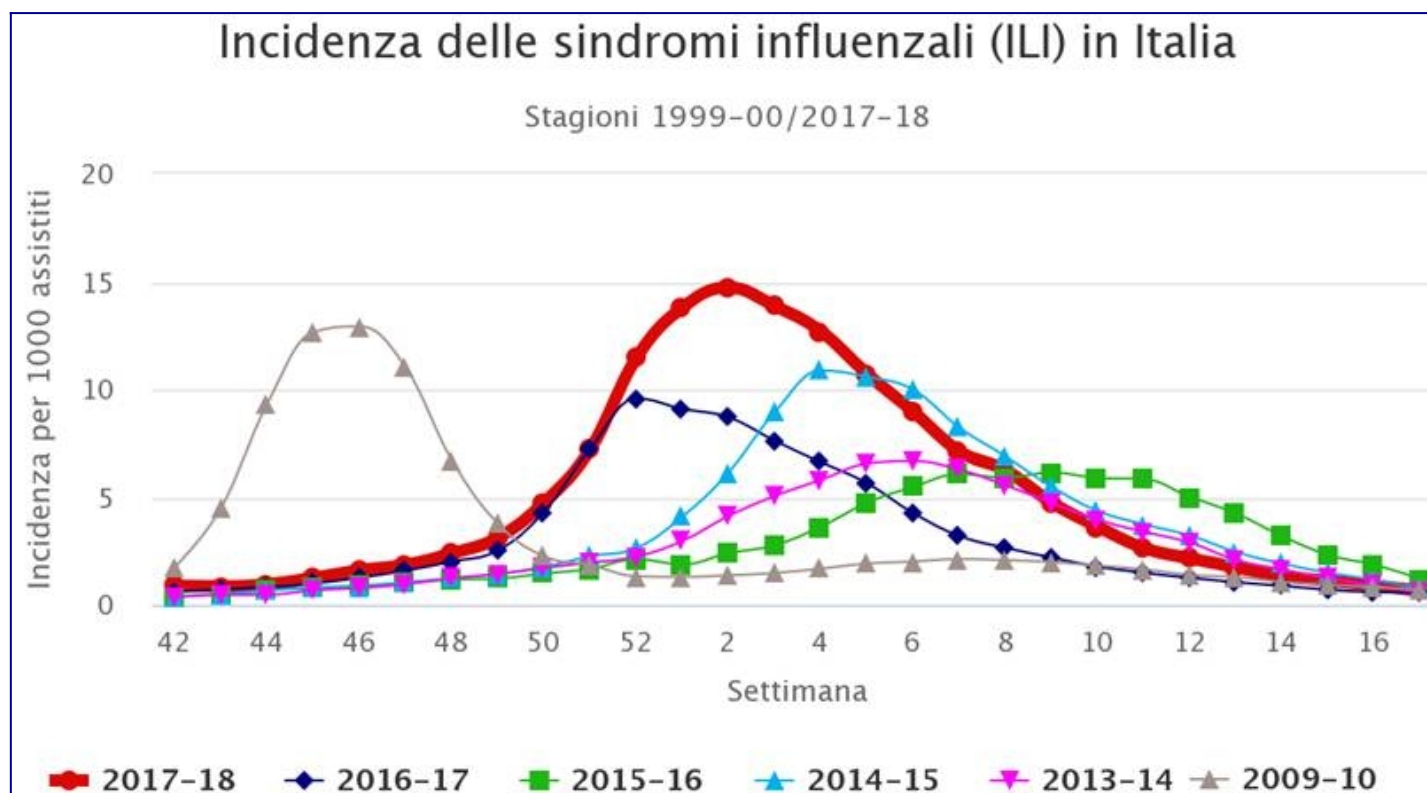
Risulta importante notare come *“ogni anno l’influenza determina un eccesso di mortalità. Se, infatti, osserviamo l’andamento della mortalità totale (cioè per tutte le cause) in un periodo di tempo, notiamo un andamento sinusoidale con dei picchi in corrispondenza dei mesi invernali e degli avvallamenti nei periodi estivi e i picchi si osservano soprattutto tra le persone anziane. Dunque, il rationale della sorveglianza della*

mortalità giornaliera (Sismg) è quello di evidenziare aumenti del numero di decessi osservati che supera il numero atteso in presenza di una stagione influenzale particolarmente aggressiva [12]”.

Sempre l’Istituto Superiore di Sanità, ci fa sapere che **soltanto il 3,1% delle persone decedute positive al Sars-Cov-2, non presentava altre patologie** [13]. In Italia, “il 90% dei morti sono per e non con Covid (...). Mentre da noi tutti coloro che muoiono e risultano positivi al tampone vengono classificati come decessi per Covid, non è così in altri Paesi.” È ciò che ha recentemente dichiarato a “La Stampa” **Graziano Onder**, geriatra dell’Ospedale Gemelli di Roma e responsabile del rapporto sulla mortalità da coronavirus dell’Iss. Perché in Germania si muore di meno? “Devo presupporre che anche loro abbiano un diverso metodo di conteggiare le morti da Covid” [14].

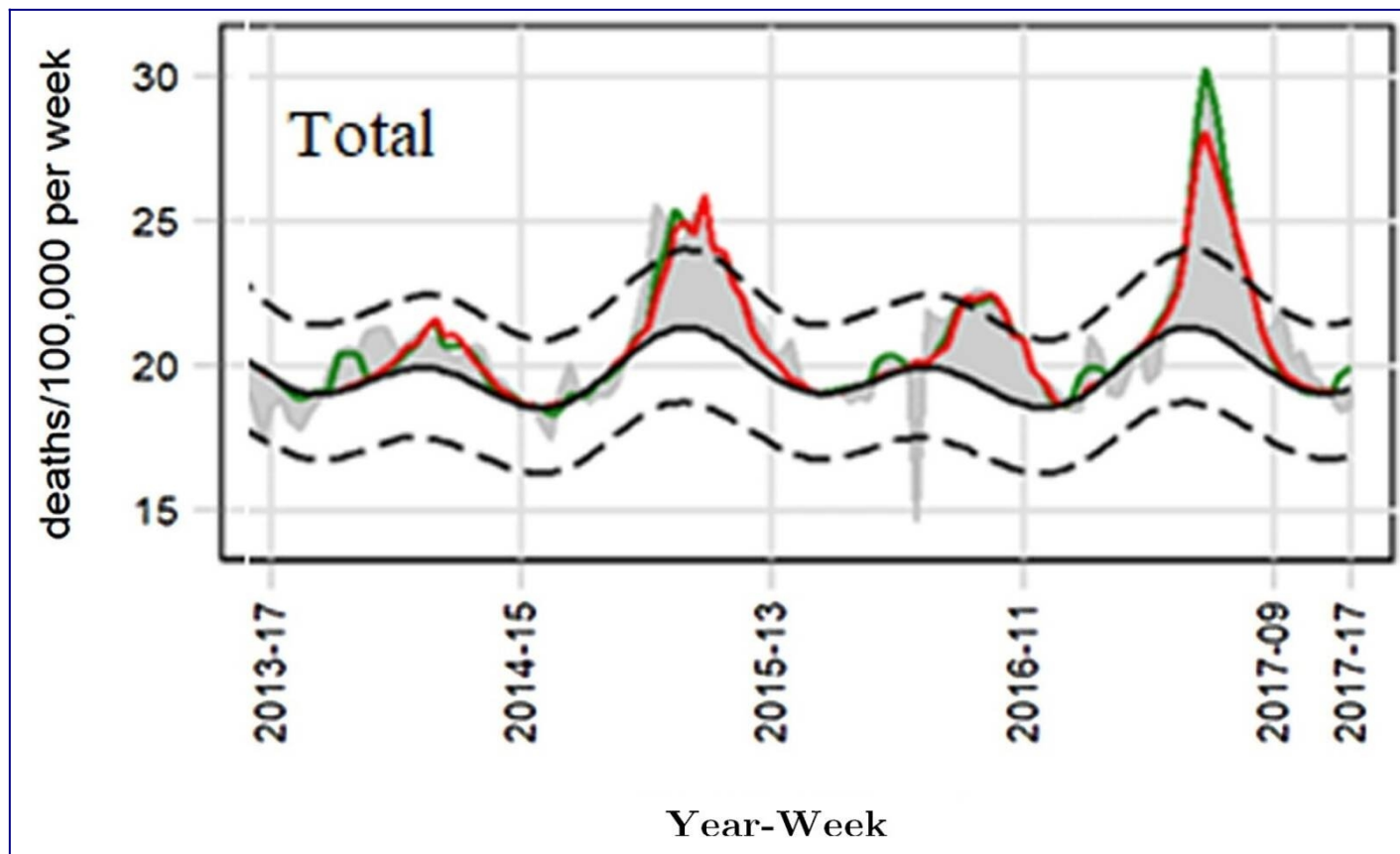
Quindi, **l’Italia sovrastima i morti di Covid**, per cui il nostro indice di letalità ci fa posizionare **al terzo posto nel mondo** dopo Messico e Iran [15] : “siamo la nazione con la maggior percentuale di popolazione anziana in Europa. La media anagrafica dei morti per coronavirus è di 82 anni. Persone di età avanzata e con più patologie” [16], chiarisce **Antonio Clavenna** responsabile dell’unità di farmacoepidemiologia dell’Istituto Mario Negri di Milano.

Ma **cosa ci insegna la storia dell’influenza?** Che, molto banalmente, essa ciclicamente esplose diventando epidemia, per poi via via esaurirsi naturalmente. Questo andamento può essere osservato in Fig.7:



[“EpicentroISS, FluNews17”](#)

La stagione invernale è generalmente la più fertile per la diffusione dei virus influenzali ed una buona parte della popolazione, rischia di ammalarsi. Ciò vale per il 2020, varrà per il 2021 ed è valso anche per gli anni precedenti, come risulta anche dall’importante studio pubblicato sull’**International Journal of Infectious Diseases** nel novembre 2019 [17]: “Osserviamo due picchi, uno per la stagione 2014/2015 e uno per la stagione 2016/2017. Queste due stagioni sono inoltre caratterizzate da una forte incidenza di sindromi simil influenzali, particolarmente alta per le persone sopra i 65 anni” [Fig.8].



INTERNATIONAL JOURNAL OF INFECTIOUS

Purtroppo, riscontriamo ciclicamente una **stretta relazione tra picco di mortalità – per ogni tipo di causa – e decessi da influenza**. “*Influenza, inverno killer: tra gli anziani il 42% dei decessi in più durante il picco rispetto alle attese*”, titolava il *Quotidiano Sanità*. Era il 2017 [18]. Le affinità tra il virus Sars-Cov-2 ed i virus influenzali non sono certo un mistero: “*presto lo Spallanzani (Istituto Nazionale Malattie Infettive, ndr) sperimenterà i test naso-faringei in grado di distinguere tra influenza stagionale (sia di tipo A che di tipo B) dal Covid-19*”. Così dichiarava il 18 ottobre scorso l’assessore regionale alla Sanità del Lazio, **Alessio D’Amato**. “*Uno strumento che se validato sarà preziosissimo questo inverno*” [19].

Da *Il Sole 24 Ore* del 15 dicembre: “*In aiuto dei medici che nei prossimi mesi saranno comunque sempre più chiamati a distinguere tra forme influenzali e Covid è appena arrivato anche un test che riesce a capire con un unico tampone di che virus si tratta, che ha appena ottenuto il marchio Ce. Il test molecolare, spiega la compagnia Abbott che lo ha messo a punto, può rilevare e differenziare tra i virus SARS-CoV-2, influenza A, influenza B e virus respiratorio sinciziale (RSV) [uno degli agenti patogeni responsabili della polmonite virale, ndr]*” [20]. E allora qualche semplice domanda sorge spontanea: **come abbiamo finora identificato la famigerata Covid-19? Come la distinguiamo dall’influenza?**

Il Presidente della Regione Veneto **Luca Zaia**, era stato abbastanza chiaro in una conferenza stampa dello scorso agosto: “*Noi tratteremo tutte le sindromi influenzali come Coronavirus*”, con uno sguardo sempre rivolto al futuro: “*la prossima influenza è da trattare come fosse il Coronavirus*”.

Un altro aspetto da sottolineare è quello relativo ai **decessi dovuti a patologie respiratorie** che, in Italia, annualmente si contano a decine di migliaia: 51.756 nel solo 2018, Fig.9 [dati Istat].

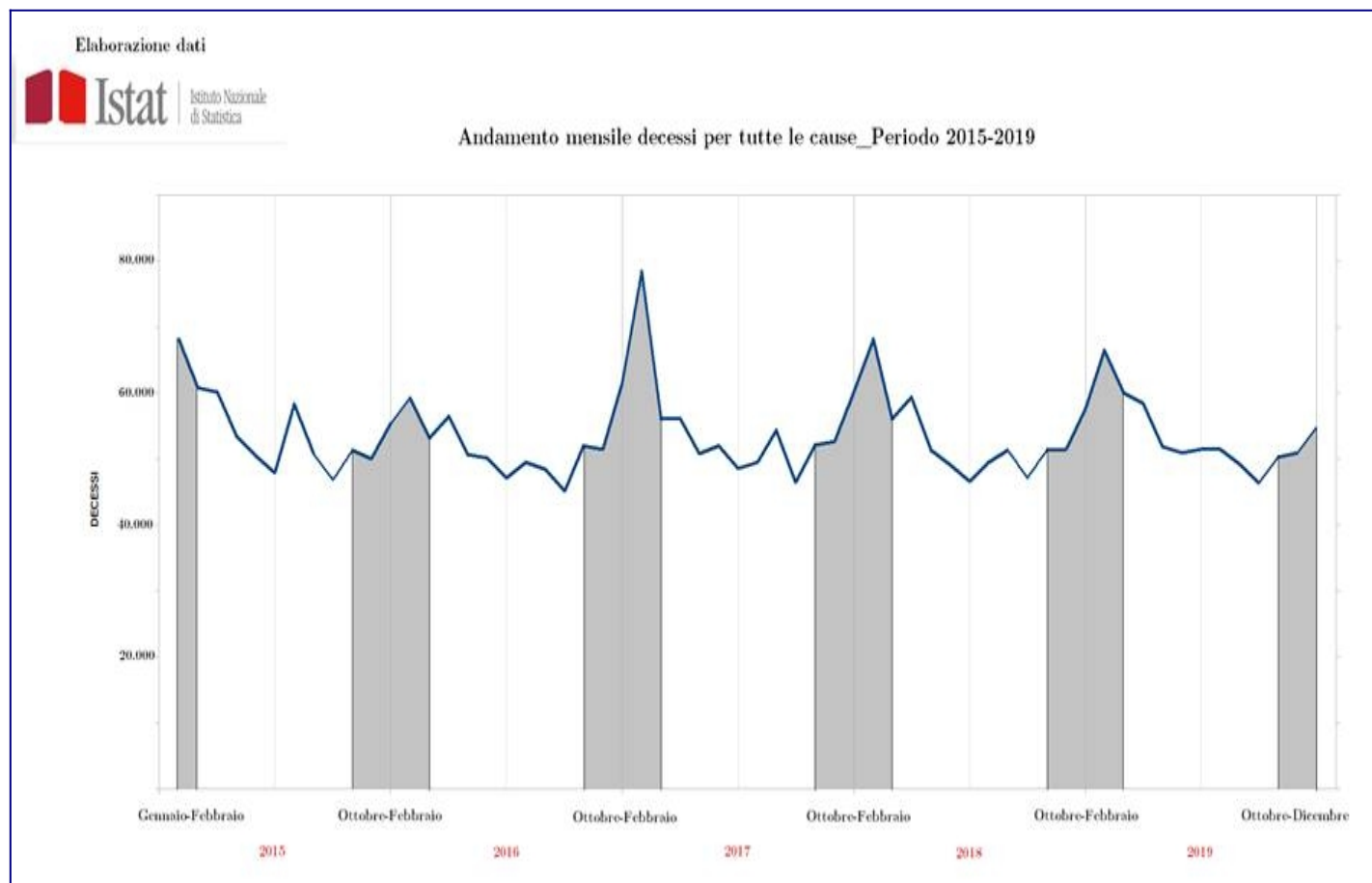
Mortalità per territorio di evento

Personalizza Esporta Grafici La tua interrogazione

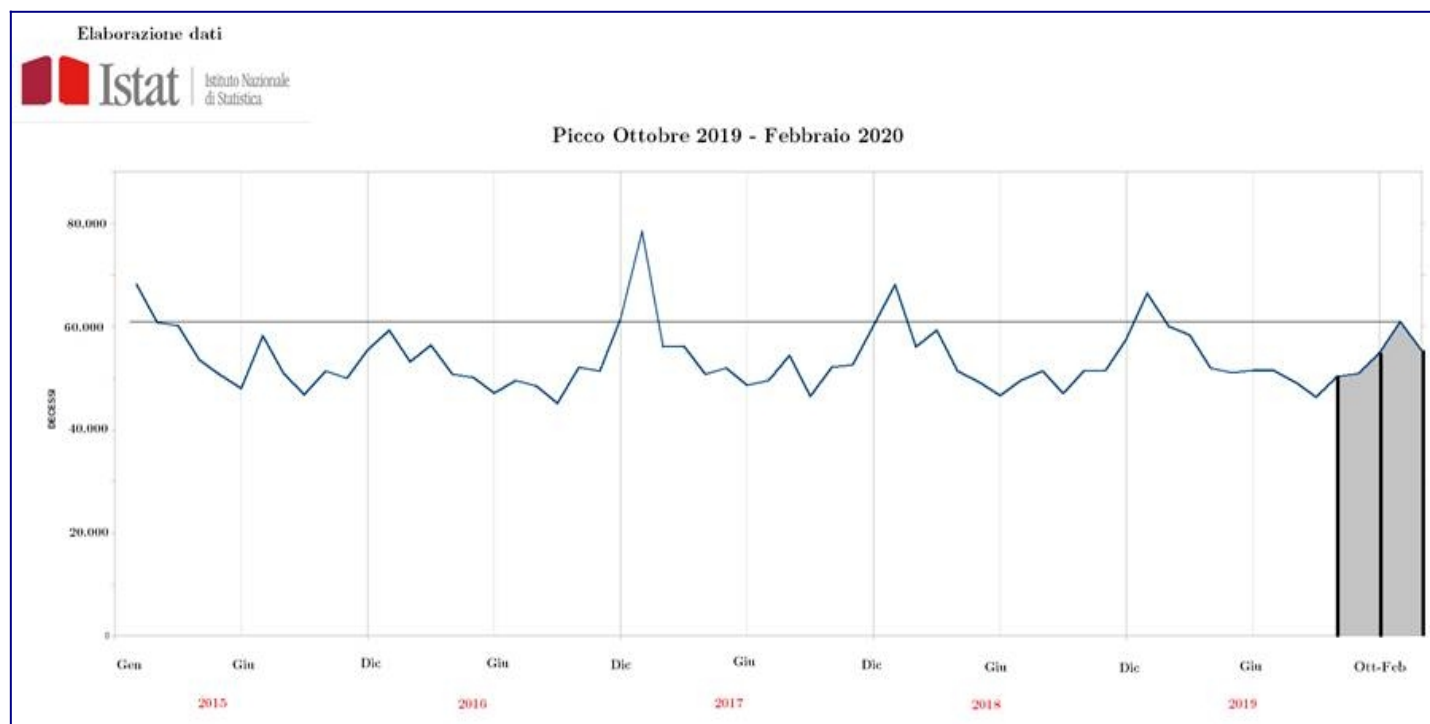
Tipo dato		morti		
Territorio		Italia		
Seleziona periodo		2018		
Sesso		maschi	femmine	totale
		▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼
Causa iniziale di morte - European Short List				
I ISTAT UN PERIODO				
		4 218	3 349	7 567
malattia di alzheimer		3 064	7 927	11 791
altre malattie del sistema nervoso e degli organi di senso		4 855	5 349	10 204
malattie del sistema circolatorio		96 017	124 439	220 456
malattie ischemiche del cuore		32 765	29 669	62 434
di cui infarto miocardico acuto		11 792	8 947	20 739
di cui altre malattie ischemiche del cuore		20 973	20 722	41 695
altre malattie del cuore		22 063	31 038	53 901
malattie cerebrovascolari		22 062	33 372	55 434
altre malattie del sistema circolatorio		18 327	30 360	48 687
malattie del sistema respiratorio		27 010	24 746	51 756

(fonte ISTAT)

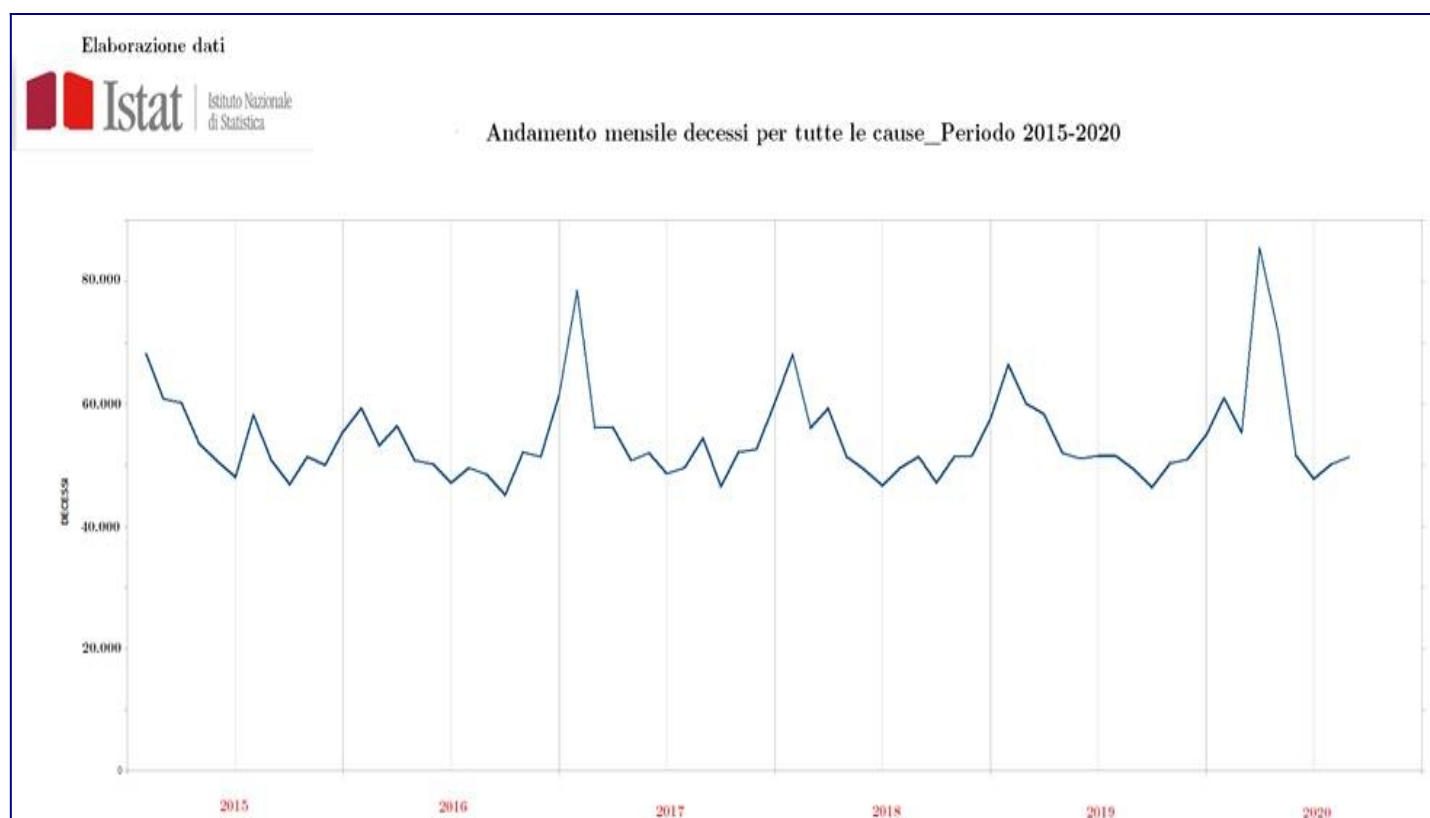
Dal nostro studio, appare chiaro come **il picco dei decessi** (per ogni tipo di causa) venga generalmente raggiunto con l'**ondata di gennaio** [Fig. 10]:



Solitamente, il picco di mortalità invernale dipende dalla tipologia di virus influenzale che si manifesta, certamente correlata ad altri fattori, fra cui: le basse temperature atmosferiche, la mortalità degli anni precedenti, l'età media molto elevata della popolazione. Pur non rappresentando una costante, un'ondata annuale di decessi elevata è ordinariamente succeduta da una più blanda in termini numerici, essendo tali virus maggiormente pericolosi per le persone anziane e/o con patologie pregresse; pertanto è possibile aspettarsi, durante una fase di epidemia influenzale aggressiva – successiva ad una non particolarmente acuta – un **aumento dei decessi** [21]. Come vediamo, **il picco di mortalità verificatosi nell'invernata 2019/2020 risulta inferiore ai valori raggiunti negli anni precedenti** [Fig.11].



E cosa è successo la scorsa primavera? **Il picco dei decessi** (verificatosi tra marzo e aprile) attribuito al virus Sars-Cov-2, è evidente [Fig.12].



Abbiamo realmente assistito ad un fenomeno straordinario ed epocale mai avvenuto prima? Prendendo in considerazione la **mortalità complessiva** (mensile) degli ultimi sei anni, ci rendiamo conto come il picco del 2020 sia **facilmente paragonabile** a quello del dicembre-gennaio 2016-2017.

A marzo di quest'anno, abbiamo registrato complessivamente 85.000 decessi, un numero certamente molto elevato, ma non dissimile dal picco di 78.000 morti del gennaio 2017 [Fig.13].

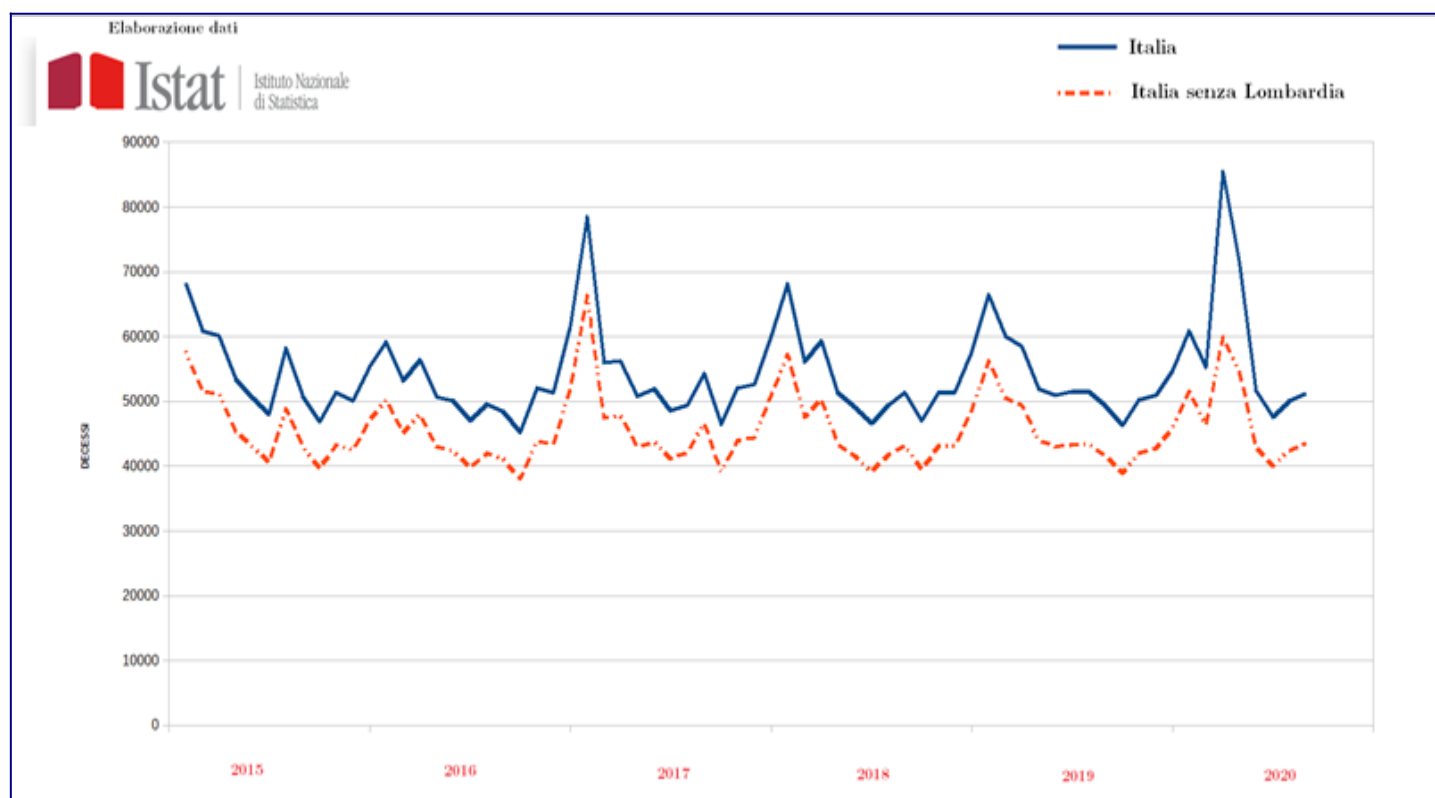
Elaborazione dati



Decessi dicembre-gennaio		Decessi marzo-aprile	
2015-2016	114644	2015	113621
2016-2017	140089	2016	107145
2017-2018	128288	2017	106998
2018-2019	124088	2018	110650
2019-2020	115772	2019	110330
Media 2015-2019	126777	2020	157283
Decremento	-11005	Incremento sulla media	47534

In ultima istanza, è fondamentale porre l'attenzione sulla **distribuzione geografica dei decessi complessivi**. Non è certo un mistero che, in questa annata tragica, la **Lombardia** sia la regione più colpita in assoluto; nei picchi degli **anni precedenti**, l'incidenza della mortalità era mediamente intorno ai 10.000 decessi mensili, ma clamorosamente la scorsa primavera, essa è più che raddoppiata, superando le 25.000 unità.

Paradossalmente, se escludessimo la regione più industrializzata del Paese dal saldo finale, oggi **l'Italia avrebbe un picco inferiore a quello delle stagioni influenzali** 2014/2015 e 2016/2017, e quindi **in linea** con gli altri anni [Fig.14].



Alla luce di quanto emerso, sarebbe naturale provare a sollevare qualche interrogativo alquanto cruciale:

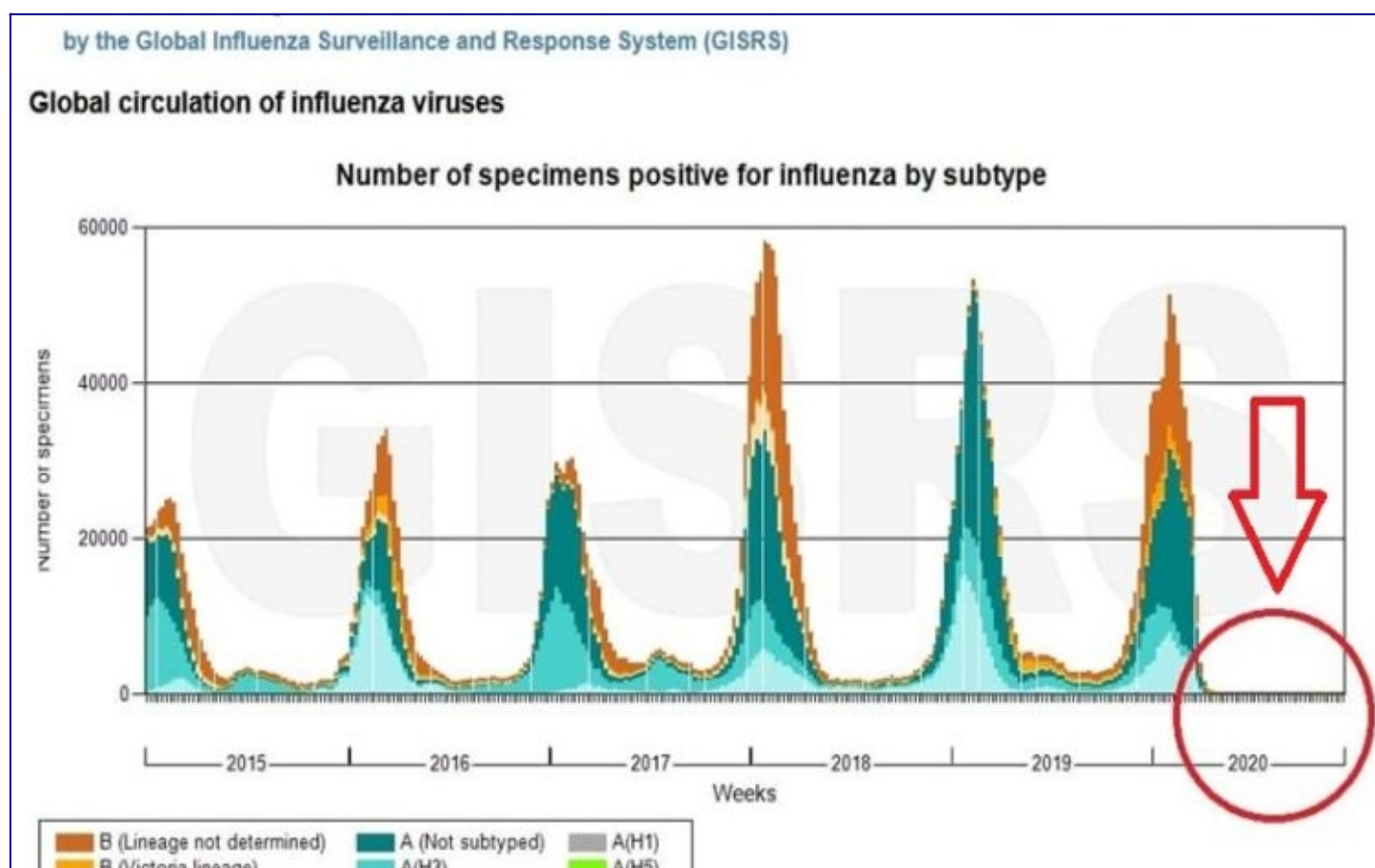
– **Cos'è successo in Lombardia?**

– **Dov'è finita la normale influenza, che – in tutto il mondo – è del tutto scomparsa?**

“Il virus non andrà più via. L'influenza fa un'ondata l'anno. Probabilmente sarà così anche per il coronavirus. Diventerà una malattia stagionale autunno-invernale” [22]. Così l'epidemiologo **Pier Luigi Lopalco**, ormai nelle vesti di politico.

“La terza ondata è certa, avremo il record europeo di morti“, prevede il microbiologo – e star della tv – **Andrea Crisanti**, “ci attende un inverno preoccupante” [23].

Secondo l'ex attore **Walter Ricciardi**, docente di Igiene all'Università Cattolica di Roma nonché attuale consigliere del ministro della Salute: “Siamo entrati in un periodo storico in cui questi virus e queste pandemie saranno sempre più frequenti” [24]. Forse sarebbe più corretto definirle in altro modo. “Bisognerebbe parlare di pandemia di influenza, non di pandemia in generale”[25], parola del Prof. **Enos Bernasconi**, vice primario del reparto di malattie infettive dell'Ospedale Regionale di Lugano. Fu intervistato dalla radiotelevisione svizzera durante il programma “Il fantasma della pandemia”, nel lontano **2010**: l'emergenza del momento si chiamava **A H1N1**, antenato del ben più temibile **Sars-Cov-2**. **E quindi, cos'è questa maledetta e tragica Covid-19 che sta stravolgendo la vita di tutti?** Magari la risposta ce l'ha già data l'Organizzazione Mondiale della Sanità, dati alla mano: da aprile 2020, **la circolazione dell'influenza è letteralmente scomparsa** [Fig.15]. Mentre la **Covid-19**: “ non andrà più via. **L'influenza fa un'ondata l'anno** [26]”.



[fonte WHO \(Oms\), 2020 \[27\]](#)

Ricerca ed elaborazione statistica dati ufficiali: Filippo della Santa, ComeDonChisciotte.org 21.12.2020

Jacopo Brogi. Autore e documentarista; freelance United Photo Press. “La realtà ha bisogno di più testimoni. Per mostrarla e per cambiarla.”

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:

FOGLI DI CALCOLO – [Decessi complessivi 2015-2020 – Comuni italiani \(Comune per Comune\)](#)

FOGLI DI CALCOLO – [Media decessi complessivi 2015 – 2020 – Regioni italiane \(Regione per Regione\)](#)

FONTI PRINCIPALI E SITOGRAFIA:

Sito ufficiale *World Health Organization* (WHO)

EuroMomo – euromomo.eu

FluNews – Europe

Sito ufficiale ISTAT

Sito ufficiale Istituto Superiore di Sanità

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

NOTE

[1] <https://www.la7.it/piazzapulita/video/coronavirus-pierpaolo-sileri-sulla-situazione-negli-ospedali-quello-che-viviamo-oggi-esiste-ogni-19-11-2020-351285>

[2] <https://www.raiplayradio.it/audio/2020/11/Pier-Luigi-Lopalco-a-Un-giorno-da-pecora-81220aeb-0e4d-43b4-9d57-b2dd377dfe41.html>

[3] <https://www.thejournal.ie/winter-flu-cases-ireland-2020-5296226-Dec2020/?fbclid=IwAR0Dgolwpddm8eNriq4fJ71hM8PM5srYxjRk07oFdCwqGk2xmgH0Net-H2s> –

https://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2020_12_07_surveillance_update_382.pdf
<https://flunewseurope.org/>

[4] https://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2020_12_07_surveillance_update_382.pdf

[5] https://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2020_12_07_surveillance_update_382.pdf

[6] <https://www.istat.it/it/archivio/241428#>

[7] al 31 agosto di ogni anno preso in esame

[8] <https://www.ilfattoquotidiano.it/2016/02/10/morti-boom-dei-decessi-in-italia-nel-2015-i-motivi-caldo-grande-guerra-e-influenza/>

– <https://st.ilsole24ore.com/art/notizie/2016-02-24/perche-2015-italia-sono-morte-54mila-persone-piu-9percento-173100.shtml>

[9] https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/03/dossier_coronavirus_def_12-03-2020-compresso.pdf

[10] = <https://iltirreno.gelocal.it/regione/toscana/2020/03/05/news/coronavirus-il-professor-lopalco-a-casa-anche-con-sintomi-lievi-cosi-abbattiamo-il-contagio-del-90-1.38553290>

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

[12] *Ibidem*

[13] <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia> – dati agg. al 5 dicembre 2020[14]

<https://www.lastampa.it/topnews/primo-piano/2020/11/19/news/graziano-onder-viviamo-a-lungo-ma-non-in-salute-ecco-perche-la-mortalita-e-cosi-alta-1.39555884>

[14] <https://www.lastampa.it/topnews/primo-piano/2020/11/19/news/graziano-onder-viviamo-a-lungo-ma-non-in-salute-ecco-perche-la-mortalita-e-cosi-alta-1.39555884>

[15] <https://www.notizie.it/cronaca/2020/11/18/mortalita-covid-italia-terzo-paese-mondo/>

[16] Reitter Floder Patrizia, “*L’Italia sovrastima i morti di Covid*”, La Verità, 20 novembre 2020

[17] “*Investigating the impact of influenza on excess mortality in all ages in Italy during recent seasons (2013/14–2016/17 seasons)*” a cura, tra gli altri, del Dott. **Antonino Bella**, del Dipartimento Malattie infettive dell’**Istituto Superiore di Sanità**, responsabile del bollettino “*FluNews-Italia*” di sorveglianza dell’influenza. [“*We observed two peaks, one for the 2014/15 and one for the 2016/17 season. These two seasons were also characterized by a high ILI incidence, particularly high for people aged 65 years and over*”] – fonte: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(19\)30328-5/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(19)30328-5/fulltext)

- [18] https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=48850
- [19] <https://tg24.sky.it/roma/2020/10/18/coronavirus-test-spallanzani-covid-influenza-roma>
- [20] https://www.ilsole24ore.com/art/influenza-virus-frenata-arrivo-test-che-rileva-differenza-covid-ADWtyQ8?utm_term=Autofeed&utm_medium=TWSole24Ore&utm_source=Twitter#Echobox=1608043400
- [21] istat.it/Indicatori-demografici_2015.pdf
- [22] <https://www.raiplayradio.it/audio/2020/11/Pier-Luigi-Lopalco-a-Un-giorno-da-pecora-81220aeb-0e4d-43b4-9d57-b2dd377dfe41.html>
- [23] https://www.repubblica.it/cronaca/2020/12/08/news/crisanti_la_terza_ondata_e_certa_in_italia_avremo_il_record_europeo_di_morti_-277547027/
- [24] https://www.adnkronos.com/fatti/cronaca/2020/11/14/ricciardi-iniziata-era-pandemie-sempre-piu-frequenti_zappusNJWLEIRU506vWidJ.html?refresh_ce
- [25] <https://www.rsi.ch/la1/programmi/informazione/falo/tutti-i-servizi/Il-fantasma-della-pandemia-1876920.html> – dal min. 34,18
- [26] <https://www.raiplayradio.it/audio/2020/11/Pier-Luigi-Lopalco-a-Un-giorno-da-pecora-81220aeb-0e4d-43b4-9d57-b2dd377dfe41.html>
- [27] <https://apps.who.int/flumart/Default?ReportNo=10>

(*) = periodo 01/01 – 31.07.2017

ULTERIORI FONTI ISTAT:

http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_CMORTE1_EV
https://www.istat.it/it/files/2016/02/Indicatori-demografici_2015.pdf

ALTRI APPROFONDIMENTI:

[ESCLUSIVA CDC: In Toscana mai nessuna emergenza Covid-19, lo studio che lo rivela – 5 ottobre 2020 \(Di Filippo della Santa\) – https://comedonchisciotte.org/esclusiva-cdc-in-toscana-mai-nessuna-emergenza-covid-19-lo-studio-che-lo-rivela/](https://comedonchisciotte.org/esclusiva-cdc-in-toscana-mai-nessuna-emergenza-covid-19-lo-studio-che-lo-rivela/)

Uno schiaffo alla sanità pubblica, briciole alla salute della popolazione

da “NoGrazie – Lettera di informazione periodica” n° 87 – Dicembre 2020

La proposta di Piano Nazionale Ripresa e Resilienza presentata dal Governo riserva agli investimenti per la salute 9 miliardi: appena il 4,6% delle enormi risorse messe a disposizione con Next Generation UE (quasi 200 miliardi). È una scelta che ha dell’incredibile. La pandemia ha mostrato quanto fragile, indebolito dai tagli e impreparato fosse il servizio sanitario italiano e ancor più i servizi sociali. In questi mesi, grazie al sacrificio e al senso etico e professionale di chi lavora nel sistema socio sanitario, si è potuto rispondere a quello che sta succedendo. Lo abbiamo visto nel corso della prima micidiale ondata e ancor più ora con la marea della seconda fase.

- Avevano detto che la pandemia sarebbe stata l’occasione per ripensare a fondo, e rinnovare, la struttura e l’organizzazione del nostro SSN e avevano detto: MAI PIU’ TAGLI.
 - Avevano detto che andava rafforzata la prima linea, quella della prevenzione, delle cure primarie, dell’integrazione tra sociale e sanitario: quella linea che si era subito sfaldata nella prima ondata e che non è stata rafforzata in vista della seconda.
 - Avevano detto che era prioritaria la ricerca finalizzata indipendente, e che la priorità era la risorsa umana, la formazione di una nuova generazione di personale infermieristico e di medici specialisti.
- Avevano dichiarato che per fare tutto ciò ci sarebbero stati anche i 37 miliardi del MES. Poi hanno detto che i soldi del MES non servivano, perché c’erano quelli del Recovery Fund. E invece ai progetti per la Salute sono state riservate le briciole. Ci troviamo di fronte a una scelta politica precisa, uno schiaffo alla sanità pubblica nazionale e ai servizi sociali: la rinuncia a rinnovare e potenziare il nostro SSN, per metterlo in grado di tutelare

per davvero la salute della popolazione e ridurre le sempre più profonde diseguaglianze sociali. Una scelta destinata a trasformare un invidiato sistema di sanità pubblica in uno che sempre più favorirà la medicina privata. La cifra non è definitiva, dicono. E allora ci aspettiamo che il Governo ascolti le richieste del Ministro della Salute al quale chiediamo di fare battaglia per un vero rilancio delle politiche e dei servizi socio sanitari. L'APPELLO, lanciato da una vasta coalizione di associazioni e da Cgil, Cisl, Uil, rivendica almeno 30 miliardi per finanziare un Piano nazionale dedicato al potenziamento dell'assistenza sociale e sanitaria territoriale, presentando precise proposte. Per questo ci ribelliamo di fronte a questo schiaffo al welfare pubblico e chiamiamo alla mobilitazione (primo appuntamento il 19 dicembre) tutti coloro che hanno a cuore il destino, il rilancio e l'innovazione del nostro sistema sociale e sanitario pilastro fondamentale per la tutela della salute. *Salute Diritto Fondamentale; SOS Sanità; saluteinternazionale.info; CoPerSaMM (Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo F. Basaglia); Lisbon Institute of Global Mental Health.* 11 dicembre 2020
Per aderire scrivi a: salutedirittofondamentale@gmail.com, info@sossanita.it, copersamm@gmail.com, redazione@saluteinternazionale.info.

Multe a Big Pharma per attività illegali a cura di Adriano Cattaneo

da "NoGrazie – Lettera di informazione periodica" n° 87 – Dicembre 2020

Un piccolo studio, pubblicato tra le lettere al JAMA, è di grande interesse per i NoGrazie. Gli autori hanno analizzato le multe per attività illegali comminate a ditte farmaceutiche incluse tra le prime 1000 multinazionali globali dalla rivista Fortune. Il periodo studiato va dal 2003 al 2016 e sono state prese in considerazione solo le ditte che apparivano nella lista di Fortune per almeno 7 dei 14 anni studiati. I dati sulle multe sono stati ricavati dagli archivi online del ministero della giustizia e di altri enti governativi USA. Le multe pagate sono state convertite a dollari del 2016, per tenere conto dell'inflazione e sono state poi cumulativamente commisurate alle entrate finanziarie annuali dichiarate dalle ditte stesse. Su 26 ditte analizzate, 22 avevano pagato almeno una multa, per un totale di 33 miliardi (avete letto bene: miliardi) di dollari; 11 ditte hanno superato il miliardo di dollari e, assieme, contano per l'88% del totale (quasi 29 miliardi). Vale la pena elencarle in una tabella che contenga qualche altro dato.

Ditta	Totale pagato (per 1000 \$)	Numero di multe	Multa media (per 1000 \$)	Anni di illegalità
GlaxoSmithKline	9.775.419	27	362.053	7,22
Pfizer	2.910.581	18	161.699	5,67
Johnson & Johnson	2.668.326	15	177.888	6,08
Abbott	2.581.585	11	234.690	6,36
Merck	2.094.026	11	209.403	6,13
Eli Lilly	1.775.031	7	253.576	6,14
Schering-Plough	1.645.186	12	137.099	6,18
Wyeth	1.614.355	7	230.622	8,71
BristolMyersSquibb	1.389.197	12	115.766	5,83
Novartis	1.198.088	11	108.917	6,55
AstraZeneca	1.172.185	10	117.219	8,30

Quattro ditte hanno un totale di multe che supera l'1% delle entrate: Schering-Plough, GlaxoSmithKline, Wyeth e anche Allergan (le cui multe però non raggiungono il miliardo); tutte le altre sono al di sotto dell'1%. Tra quelle multate, le attività illegali più frequenti sono: violazioni delle leggi sui prezzi, marketing off-label e tangenti a scopo di corruzione; ma non mancano violazioni di altre leggi (concorrenza, finanza, ambiente), farmaci adulterati, pubblicità ingannevole. Gli autori non possono non concludere che c'è bisogno di maggiore vigilanza. Ma basterà?

"Variante inglese" e vaccini Pfizer-Moderna. Intervista al Prof. Giulio Tarro

di Francesco Santoianni

l'AntiDiplomatico

22/12/20

Approvato dall'EMA il vaccino della Pfizer (con la machiavellica [dichiarazione](#) "Al momento non ci sono indicazioni che il vaccino non funzionerà contro la variante del Covid"), mentre in Gran Bretagna, per il dilagare della "nuova versione, D614G" del virus Sars-CoV-2 (presente già a settembre nel nord Europa e oggi [anche in Italia](#)), si decreta un super-lockdown che vieta gli ospiti per la cena di Natale. Su cosa possa comportare questa situazione alcune domande al Prof. Giulio Tarro (le sue precedenti interviste all'Antidiplomatico [le potete leggere qui](#)).

Intanto, cosa si sa di questo D614G?

"Essendo un coronavirus, il Sars-Cov-2 è soggetto a continue mutazioni; il D614G, sequenziato per la prima volta in Gran Bretagna a settembre, nasce dopo 17 mutazioni e nessuna di queste evidenzia una sua maggiore pericolosità anche se parrebbe essere molto più contagioso del suo "progenitore" destinato, quindi, ad esserne soppiantato."

Si, ma la domanda che già si stanno ponendo tutti è: la vaccinazione Pfizer- BioNTech in corso in Gran Bretagna (e che, da noi, dovrebbe cominciare a gennaio) può proteggerci da questo virus?

"Per saperlo, ipotizzando che anche questo virus abbia un periodo di incubazione che può arrivare a quindici giorni, bisognerà aspettare almeno un mese per verificare se le persone vaccinate in questi giorni in Gran Bretagna (le quali – è bene ricordarlo - non hanno ancora subito la seconda dose che dovrebbe consolidare l'efficacia del vaccino) saranno infettate da questa variante del virus."

E se, malauguratamente, questo avvenisse?

"Se questo malauguratamente avvenisse, ammesso che l'Aifa, con questa situazione, autorizzi il vaccino della Pfizer-BioNTech, spero non passi la logica del "visto che le abbiamo pagate, intanto, vacciniamoci con le dosi del vecchio vaccino e poi con il vaccino che ci proteggerà anche dal D614G".

E perché?

"Soprattutto per la specificità del prodotto della Pfizer-BioNTech che per affrontare il Sars-Cov-2 ha realizzato, non un classico "vaccino" ma una terapia genica, basata su mRNA (RNA messaggero) che contiene le istruzioni per la sintesi nell'organismo umano di nuove proteine le quali dovrebbero permettere di meglio resistere all'attacco del virus Sars-Cov-2. I fautori di questa terapia fanno notare che le cellule umane già processano, normalmente, più di 5000 diversi RNA messaggeri, che sono tutti temporanei, possedendo l'mRNA nel nostro organismo una emivita media di circa 5 minuti. Il prodotto della Pfizer-BioNTech, quindi, non rappresenterebbe un rischio significativo. I critici, dal canto loro, fanno notare che la terapia, genica (oggi ancora in fase sperimentale e utilizzata solo contro gravissime malattie genetiche, non infettive, per le quali non esiste una cura, come distrofia muscolare di Duchenne, adrenoleucodistrofia cerebrale, Mucopolisaccaridosi...) potrebbe, invece, scompaginare il nostro sistema immunitario, impedendogli, così, di continuare a neutralizzare gli innumerevoli virus con i quali conviviamo da millenni. Ed, essendo il Covid una malattia infettiva, potrebbe far dilagare una epidemia enormemente più grave di quella che stiamo subendo. Un rischio, quindi, significativo che raddoppierebbe se, oltre al primo "vaccino" contro il virus Sars-Cov-2 si aggiungesse quello contro la nuova versione D614G."

Quindi?

"Quindi, considerata la, non inaspettata, significativa mutazione del virus Sars-Cov-2 sarebbe il caso, quantomeno, di mettere da parte "vaccini" a terapia genica come quelli prodotti da Pfizer-BioNTech e Moderna. Sulla opportunità, poi, di ricorrere - contro un virus asintomatico nel 95% dei casi, pericoloso quasi esclusivamente negli iper-anziani e per il quale già esistono efficaci cure - ad una vaccinazione di massa, basata su altri vaccini che non garantiscono una immunità permanente e che non impediscono il perpetuarsi del contagio abbiamo già detto."

L'OMS (infine) ammette che i test PCR creano falsi positivi 23/12/20 comedonchisciotte.org
Il 14 dicembre l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato un promemoria guida che avverte che soglie di ciclo elevate nei test PCR daranno luogo a falsi positivi.

Le avvertenze relative all'elevato valore della TC dei test sono arrivate con mesi di ritardo... perché appaiono ora? La potenziale spiegazione è sorprendentemente cinica.

Se da un lato queste informazioni sono accurate, dall'altro sono disponibili da mesi, quindi dobbiamo chiederci: perché le segnalano ora? Per far sembrare che il vaccino funzioni?

I test "gold standard" Sars-Cov-2 si basano sulla reazione a catena della polimerasi (PCR). La PCR funziona prendendo i nucleotidi - minuscoli frammenti di DNA o RNA - e replicandoli fino a quando non diventano qualcosa di abbastanza grande da identificare. La replicazione avviene in cicli, raddoppiando ad ogni ciclo la quantità di materiale genetico. Il numero di cicli necessari per produrre qualcosa di identificabile è noto come "soglia del ciclo" o "valore CT". Più alto è il valore CT, meno probabilità ci sono di rilevare qualcosa di significativo. Questo nuovo promemoria dell'OMS afferma che l'utilizzo di un valore CT elevato per testare la presenza di Sars-Cov-2 porterà a risultati falsi positivi. Per citare le loro stesse parole:

*Gli utilizzatori di reagenti RT-PCR devono leggere attentamente le IFU (istruzioni per l'uso, n.d.t.) per determinare se è necessaria una regolazione manuale della soglia di positività della PCR per tener conto di eventuali rumori di fondo che **possono portare ad interpretare come risultato positivo un campione con un valore di soglia di ciclo elevato (Ct)**. Continuano a spiegare:*

*Il principio di progettazione della RT-PCR significa che per i pazienti con alti livelli di virus in circolazione (carica virale), saranno necessari relativamente pochi cicli per rilevare il virus e quindi il valore Ct sarà basso. Al contrario, quando i campioni restituiscono un valore Ct elevato, significa che sono stati necessari molti cicli per rilevare il virus. **In alcune circostanze, la distinzione tra rumore di fondo e presenza effettiva del virus bersaglio è difficile da accertare.***

Naturalmente, nulla di tutto questo è una novità per chiunque abbia prestato attenzione. Il fatto che i test PCR siano stati facilmente manipolati e potenzialmente altamente imprecisi è stato uno dei gridi di battaglia più volte ripetuti da chi di noi si oppone alla narrazione della "pandemia", e alle politiche che viene usata per propinarcela. Molti articoli sono stati scritti a riguardo, da molti esperti del settore, giornalisti medici e altri ricercatori. Da mesi ormai è risaputo che qualsiasi test con un valore di CT superiore a 35 è potenzialmente privo di significato. Il dottor Kary Mullis, che ha vinto il premio Nobel per aver inventato il processo di PCR, ha detto chiaramente che non era inteso come strumento diagnostico: **"... con il test PCR, se lo fai bene, puoi trovare quasi tutto in chiunque"**. E, commentando le soglie del ciclo, una volta detto: **"Se si devono effettuare più di 40 cicli per amplificare un gene a copia singola, c'è qualcosa di gravemente sbagliato nella PCR"**.

Le linee guida MIQE per lo stato di utilizzo della PCR: **"Valori Cq superiori a 40 sono sospetti a causa della bassa efficienza implicita e generalmente non dovrebbero essere segnalati"**.

Tutto questo è stato di dominio pubblico fin dall'inizio dell'isolamento. Il sito web del governo australiano ha ammesso che i test erano difettosi, e un tribunale in Portogallo ha stabilito che non erano adatti allo scopo. Anche il dottor Anthony Fauci ha ammesso pubblicamente che una soglia di ciclo superiore ai 35 rileva

“**nucleotidi morti**“, non un virus vivente. Nonostante tutto questo, è noto che molti laboratori in tutto il mondo hanno utilizzato test PCR con valori di CT oltre i 35, anche fino a 40. Allora perché l’OMS ha finalmente deciso di dire che questo è sbagliato? Che motivo potrebbero avere per scegliere finalmente di riconoscere questa semplice realtà? La risposta è potenzialmente terribilmente cinica: **ora abbiamo un vaccino. Non abbiamo più bisogno di falsi positivi.** A livello nozionale, il sistema ha prodotto la sua cura miracolosa. Così, dopo che tutti saranno stati vaccinati, tutti i test PCR in corso saranno eseguiti “**secondo le nuove linee guida dell’OMS**“, e con soli 25-30 cicli invece di 35+. Ecco, il numero di “casi positivi” precipiterà, e avremo la conferma che il nostro vaccino miracoloso funziona. Dopo mesi di inondazioni di falsi positivi nel pool di dati, il conteggio dei decessi “per caso”, l’aggiunta di “morte legata a Covid19” ad ogni altro certificato di morte... possono fermarsi. La macchina del “creare-una-pandemia” può essere fermata... a patto che tutti noi facciamo quello che ci viene detto. Qualsiasi segno di dissenso – masse di persone che rifiutano il vaccino, per esempio – e il valore della CT può ricominciare a salire, e ritorna la loro malattia magica.

Link: <http://tapnewswire.com/2020/12/who-finally-admits-pcr-tests-create-false-positives/>. Traduzione di Arrigo de Angeli per ComeDonChisciotte, su segnalazione di un nostro affezionato lettore che ringraziamo.

Il tradimento degli intellettuali di Francesco Benozzo 23/12/20 comedonchisciotte.org

Supineria, complicità e sconfitta dell’Università all’epoca della narrazione pandemica

Premessa obbligatoria. Sono un professore universitario. Insegno filologia a Bologna, nella più antica università del mondo occidentale. Sono il coordinatore di un dottorato di ricerca presso la stessa Università. Dirigo tre riviste scientifiche internazionali classificate in classe A dall’ANVUR (l’Agenzia Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca del Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca). Ho fatto parte e faccio parte di commissioni di valutazione ministeriale. Sono il responsabile di quattro progetti interuniversitari internazionali – uno patrocinato UNESCO – che vedono coinvolte, oltre alla mia Università, quelle di Bonn, Londra, Los Angeles, Toronto, Calgary, Valencia, Istanbul, Cairo, Brest (Bretagna), Blida (Algeria), Shahid Beheshti (Tehran) Rabat (Marocco).

Coordino insieme ad altri colleghi dei centri internazionali di ricerca e dei progetti di cooperazione tra università e mondo extra-universitario. Ho partecipato su invito a circa 300 convegni scientifici internazionali, e sono stato il relatore plenario (keynote speaker) a 15 di essi. Sono il direttore di alcune collane accademiche, tra cui una collegata al centro delle Medical Humanities dell’Università di Bologna, di cui sono membro. Faccio parte del comitato editoriale di diverse riviste e collane scientifiche in Italia e all’estero. Ho all’attivo circa 700 pubblicazioni scientifiche. In breve: quando parlo di università non lo faccio come un giornalista che si è bene o male informato sui fatti. Ma ne parlo dall’interno, conoscendo ciò di cui parlo.

Nel marzo del 2020, quando tutto ciò che stiamo vivendo ebbe inizio, ho espresso pubblicamente alcune perplessità sulla narrazione univoca della pandemia, ricevendo come conseguenza – oltre a diverse attestazioni di ringraziamento e di solidarietà – insulti, minacce nonché moniti da parte di colleghi più potenti. A cadenza più o meno regolare, negli scorsi mesi, ho continuato a dire come la penso relativamente alla dittatura scientocratica in atto, difendendo – con consapevolezza – un’idea di scienza come arte del dubbio e del confronto. L’autoritarismo politico cresciuto in seno alla narrazione pandemica è nel frattempo, come previsto, peggiorato, con una situazione che è precipitata in barba a ogni garanzia costituzionale, con la totale complicità di ogni forma residuale delle opposizioni nelle post-democrazie dell’Occidente in sfacelo, e con una lobotomizzazione ormai generalizzata dei cittadini, diventati nel frattempo anche aggressivi, intolleranti, giudicanti.

Generalmente, in situazioni simili, a provare a salvare qualcosa incarnando un punto di vista alternativo, sono i cosiddetti “intellettuali”, o sono le forze del pensiero creativo. Niente di tutto questo: addirittura gli ex-ribelli che hanno fatto la loro fortuna annunciando che avrebbero spaccato il mondo per difendere le libertà (qui da noi mi viene in mente il conterraneo appenninico Vasco Rossi, ma tra i minori spiccano ex-ribelli come

l'onnipresente Cisco – al secolo Stefano Bellotti – e tutta la schiera di coloro che, meno noti di lui, continuano a cantare contro il sistema infarciti di concetti d'accatto di partigianesimo e Resistenza) si sono mostrati inermi, incapaci, grezzi. Personaggi addomesticati e definitivamente squallidi che si sono anche prestati per spot governativi su come indossare le mascherine e come salvare il paese con comportamenti virtuosi: Fedez, altri rapper più undergorund che dovevano guidare la rivolta, e gli epigoni degli epigoni (l'unica eccezione in cui mi è capitato di imbartermi: il sempre lucido ed eversivo Giorgio Canali).

(Cito ora volentieri il monumentale Eric Clapton, sotto attacco mediatico proprio in queste ore per il pezzo anti-lockdown Stand and Deliver, firmato da Van Morrison: un brano pubblicato online proprio mentre questo mio articolo era già in pubblicazione).

Gli altri? Più zelanti dello zelo, più zerbini del concetto di zerbino. Nemmeno mi ricordo i nomi (a parte i soliti, tra le migliaia di quelli à la page che sgomitano per emergere nelle loro gare di fighetteria nazional-popolare: Michele Serra, Severgnini, Gramellini, Daria Bignardi).

Ma vengo all'Università. Dove va registrato, per le aspettative che si sarebbero potute avere, il punto nevralgico del decadimento. I Dipartimenti dell'Alma Mater/Università di Bologna, dove io lavoro, sembrano oggi bracci isolati di Alcatraz o San Quentin. Via tutte le sedie. Seguire il flusso indicato dalle frecce. Disinfettarsi. Indossare sempre le mascherine. Divieto di conversare. Biblioteche inaccessibili. Monitoraggio dei buoni comportamenti. Invito a segnalare comportamenti non consoni. QR code su ogni porta che si valica.

Sto parlando dell'Università, della sede del libero pensiero. Ho letto con attenzione Agamben, qualche mese fa, quando paragonava noi universitari che accettiamo queste limitazioni sproporzionate a quelli (il 99 per cento) che non si rifiutarono di aderire al Fascismo cent'anni fa. L'ho letto e mi ha messo in crisi. La penso come lui. Ho parlato con alcuni colleghi della possibilità di licenziarmi, ho argomentato le ragioni per rifiutarci di prendere parte a questo scempio. Mi hanno dissuaso, fundamentalmente per amicizia. Ne ho parlato ai miei studenti del primo semestre dell'anno accademico 2020-2021. Ho detto loro, senza mezzi termini e fin dalla prima lezione, che a parlare loro davanti a quello schermo c'era un vigliacco (tutte le mie lezioni sono registrate e accessibili).

Confesso di essere un vigliacco. Penso che chi ha una vaga coscienza della sproporzione delle misure adottate dovrebbe rifiutarsi di essere parte di questo scempio. Io dico la mia nei Consigli di Dipartimento e di Corso di Laurea. Ho sempre detto come la penso. Alcuni colleghi e alcune colleghe mi scrivono privatamente per confessare che la pensano come me. Ma quando si tratta di decidere (didattica mista, didattica a distanza, misure di questo o quel tipo) non intervengono mai. Come a dire che a esprimere un'opinione, a esercitare il primo diritto che dovrebbe governare il pensiero universitario – quello alla dissidenza consapevole – deve essere sempre e solo qualcuno. Sputo nel piatto in cui mangio? Sì. È proprio così, perché non ho avuto la forza di licenziarmi. Ho conosciuto quest'anno la mia vera vigliaccheria. Mi sono scoperto senza altre forze che quelle, inefficaci, di ribadire dei principi, di rilasciare interviste, di scrivere sull'argomento, di esprimere il mio punto di vista con gli studenti e le studentesse. Di non dire mai loro quello che mi dicono di dire loro. Sono deluso da me stesso. E sono deluso dai Rettori, dai Direttori di Dipartimento, dai colleghi e delle colleghe, che avrebbero avuto un'opportunità storica per ribadire i principi dell'autonomia del pensiero critico. O almeno per discutere. E che invece sono tutti complici. Tutti traditori. Io più di loro, perché sento diversamente da loro e mi allineo fatalmente a quanto viene deciso.

A Bologna, e anche altrove, eravamo in piazza per gridare davanti alle telecamere “Libertà! Libertà!” per il nostro studente Patrick Zaki – che qualche dio ti protegga, coraggioso ragazzo! – e siamo stati tutti zitti e complici, negli stessi giorni, davanti all'orrore mononarrativo della pandemia. Quelli che hanno organizzato e promosso ai piani alti le manifestazioni di noi accademici per farci portavoce della difesa della libertà di pensiero sono gli stessi che hanno censurato le mie parole, in siti aperti al presunto dibattito dell'Università, non consentendo alla mia libertà di pensiero di esprimersi.

L'Università non si risolleverà da questo disastro. In termini di breve e media durata, le strategie finto-emergenziali messe in atto (dai milioni di euro spesi per i patetici set cinematografici ora presenti nelle nostre aule, che naturalmente non verranno smantellati dopo la presunta emergenza, al potenziamento della tecnologia per la didattica a distanza) resteranno come un fiore all'occhiello dell'efficienza accademica e istituzionale, compresa la finta didattica in presenza che alla fine sembra inquietantemente solo un escamotage messo in atto per non diminuire le tasse degli iscritti; ma in termini di lunga durata il giudizio su questa supinità acritica ai dettami ministeriali-sanitari peserà come un giudizio senza scampo.

Io nel mio piccolo ho fallito e mi sento un fallito. Ho tradito me stesso e i miei principi. E ho tradito gli studenti e le studentesse a cui, invece di spiegare come la penso e di avviare dibattiti durante le mie lezioni per discutere in modo critico su questi argomenti, avrei dovuto più semplicemente dare l'esempio concreto e senza fraintendimenti di una persona che se ne va via. Questa mia confessione di vigliaccheria è rivolta specialmente a loro. Non sono stato quello che ho insegnato, non sono quello che insegno. Ho perso ogni diritto di rivolgermi a loro con le parole di Enrico V ad Agincourt: "We few, we happy few, we band of brothers". Non sono riuscito a barattare niente, ragazzi. Non ho incitato alla battaglia nel giorno di San Crispino. Siate voi meglio di come vi sono apparso e di come vi appaio in questi mesi. Chissà, forse, riuscirò a stupirvi un giorno in altri modi. Ma sarà solo un piccolo riscatto di fronte a ciò che non sono stato capace di essere oggi.

Prendere parola di Monica Quirico - Gianfranco Ragona - Roberto Salerno

23/12/20 Il Lavoro Culturale (www.lavoroculturale.org)

La pandemia di Covid19 è un fenomeno epocale, rispetto al quale è opportuno porre domande adeguate più che proporre risposte nette.

Viviamo un tempo di gravi difficoltà, di disaccordi, incertezze e paure diffuse. Su un punto, però, crediamo si possa trovare una convergenza di opinione: l'anno 2020 con la pandemia di Covid19 rappresenta davvero una «svolta epocale».

Negli ultimi trent'anni si è forse abusato di questa espressione. Si potrebbe ipotizzare, non senza fondamento, che in occidente abbiamo sviluppato (o recuperato) una tendenza alla drammatizzazione, che in realtà cela un processo di normalizzazione dell'emergenza: un aspetto di cui tener conto, nel valutare l'impatto della pandemia. Essa, certo, si connota come un evento spartiacque, capace di distinguere nella storia, con grande nettezza, un prima e un dopo. E su scala planetaria.

Proprio la propagazione capillare del virus costituisce il carattere peculiare dell'evento, ancor più dei numeri. Questi ultimi, infatti, nella loro vaghezza sembra svolgano la funzione di portarci rapidamente dal tormento (se consideriamo l'elevato numero di morti attribuibili al virus) al cinismo, (se rapportiamo lo stesso numero ad altre malattie o alla popolazione complessiva).

La diffusione dell'ingiustizia

È stato opportunamente osservato che la pandemia colpisce più severamente le fasce povere delle popolazioni, (ri)portando alla luce – se ce ne fosse ancora bisogno – un terreno sociale fortemente polarizzato, con le diseguaglianze in progressivo aumento in tutto il mondo: non soltanto quelle economiche, o non da sole, perché spesso intersecate con le diseguaglianze di genere e di razza e di età. Al virus della diseguaglianza, che di per sé miete molte vittime ogni anno su scala planetaria, si aggiunge pertanto il "nostro" coronavirus. Pure qui, i numeri precisi direbbero poco, anche se li avessimo (e bisognerebbe tenere in maggiore considerazione che invece non sono a disposizione o sono parziali): tuttavia, chiunque può concordare sul fatto che il nutrimento adeguato, l'accesso a cure opportune e tempestive, la possibilità di "isolarsi" in caso di infezione, la garanzia di un reddito sufficiente nell'evenienza di non poter lavorare per un periodo di tempo prolungato, siano condizioni che possono rendere l'impatto del virus meno drammatico. A scanso di equivoci: non già evitare l'impatto, ma renderlo meno drammatico.

Per contro: non poter fare a meno di lavorare o di cercare un lavoro o di procacciarsi un reddito quotidiano; vivere in condizioni di affollamento abitativo; trovarsi nell'impossibilità di accedere a cure adeguate e tempestive, sono tutte condizioni avverse, che favoriscono la diffusione e l'impatto drammatico del virus. Potremmo aggiungere, visto che il tema è oggi di particolare interesse, che anche il livello d'istruzione e di cultura generale è da considerare un fattore in grado di influire sull'impatto della malattia tra le popolazioni. Sicché, la chiusura delle scuole – e delle università – accrescendo la frattura sociale, con le sue diseguaglianze, consolida quel terreno sul quale si è innestata la pandemia, con tutte le sue gravi conseguenze. Basti pensare al significato molto diverso della didattica a distanza per chi vive in abitazioni piccole o grandi, affollate o meno, con genitori o parenti colti oppure incolti. O ai ritardi, difficilmente recuperabili o non recuperabili, accumulati nei fanciulli in difficoltà, per esempio i portatori di autismo, con la differenza che comporta vivere con questi problemi in famiglie facoltose oppure povere.

Ma l'elenco sarebbe lungo. Ovviamente questo virus non è né democratico né antidemocratico; non risponde a criteri di giustizia: ma sta svelando con una certa chiarezza il carattere ingiusto del mondo che abbiamo costruito. Ognuno dirà: "lo sappiamo". Bene: è ora di trarne delle conseguenze, riconoscendo in ciò il carattere epocale del passaggio storico che viviamo. È da questo che bisogna partire, perché chi pensa che le diseguaglianze siano il destino del mondo o è un disperato o è un privilegiato.

Intellettuali, esperti e quaquaraquà

Qualche mese fa, durante il primo lockdown, un gruppo di intellettuali prese la penna per redigere un appello in difesa del governo: "Basta con gli agguati!". Apparve sul Manifesto, il "giornale comunista", ed era firmato da persone molto diverse tra loro, personalità apprezzate e apprezzabili; non tutte, ma la maggior parte di "sinistra". Vennero criticate, come è normale quando ci si schiera, anche se qualcuno non la prese benissimo, e la (breve) discussione si polarizzò intorno a una sorta di polemica generazionale: gli "anziani" che difendevano l'etica della responsabilità (le chiusure, cioè il male minore); i "giovani" posseduti dall'etica della convinzione (allarmati per il vulnus alla democrazia parlamentare). Si trattava di una contrapposizione mal fondata, che però metteva in luce un problema importate: la faglia creata, in quel mondo tristo che è la "sinistra", tra due modi di concepire la figura dell'intellettuale (termine che noi accogliamo in un'accezione molto ampia).

La figura dell'intellettuale che appartiene agli anni Settanta, che là si è formato, con la classe compatta e rigida, i sindacati, i partiti del movimento operaio, socialista, comunista, democratico, le forze "extraparlamentari", è inattuale. Quell'intellettuale, alla fin fine, era "colui" che decideva del male minore, perché il tempo giocava a favore del socialismo, della democrazia, dei processi di emancipazione. E tanto per recuperare il mito del buon tempo andato, possiamo aggiungere che tale compito veniva assolto nel seno di una società civile ricca e problematica, curiosa e frizzante, che si organizzava in un vasto reticolo di associazioni, strutture e forme politiche alquanto stabili, soprattutto se paragonate a quelle attuali.

Quell'intellettuale ha attraversato il deserto degli anni Ottanta, perdendo un po' di quella fiducia nel progresso, ma trovando – spesso nelle aule universitarie – materia umana su cui lavorare negli anni successivi. Da Palermo a Torino, molti sono diventati dei punti di riferimento per quella generazione che ha incontrato la politica con la Pantera: una generazione che è stata poi massacrata dallo Stato nel 2001, prima a Napoli (presidente del consiglio: Giuliano Amato), e poi, in grande stile, a Genova (capo del governo: Silvio Berlusconi). Il massacro non fu solo metaforico. E gran parte della nuova generazione capì bene che non esisteva alcun "male minore", fuori dalle paludate aule universitarie, fondazioni o centri di ricerca. Non ci sembra un aspetto secondario della contrapposizione, forse anche dell'incomprensione, che sembra esserci tra i due "tipi" di intellettuale che si sono confrontati recentemente. Anche questo va detto con chiarezza: chi oggi insiste sul punto non comprende il carattere inedito della situazione che viviamo.

L'espressione male minore è ormai priva di senso: se pensiamo di affrontare il mondo della pandemia e quello che ne seguirà con questa logica, abbiamo già fallito. È quella logica che ha creato le condizioni della sua diffusione tragica ed è quella logica che ne rende complesso il contrasto.

Il fatto che anche a sinistra chi esprime dei dubbi sulla gestione della pandemia (e non perché gli sia mancata la mezz'ora di jogging o la cena al ristorante!) sia zittito in nome delle migliaia di morti e tacciato di spregio per la vita umana è indice di soggezione culturale e perfino psicologica. Non è di chi si pone delle domande la responsabilità di non aver evitato la morte di migliaia di persone.

A tutti noi, di qualunque generazione, tocca un compito diverso: cercare la verità e provare a esprimerla, per quanto possibile, con le parole adatte, con un linguaggio adeguato. Nulla di più, ma nulla di meno. Si tratta di questioni elementari, dalle quali bisogna partire per ripensare la funzione intellettuale nel mondo attuale: e prima di tutto bisogna prendere le distanze da quella "politica" che agli intellettuali preferisce gli "esperti" (col paradosso poi che un virologo viene trasformato d'incanto in esperto di policies, un biologo in un improvvisato sociologo, e così via) e da quel mondo dell'informazione che alla riflessione seria preferisce gli strepiti dei quaquaraquà: statistici, fisici, esperti di numeri e curve che, indifferenti a un approccio olistico alla pandemia, si sono lanciati nella "modellistica", propinando scenari da incubo a persone spaventate e fisse su qualche post di facebook.

Non si tratta della distinzione tra scienze dure e scienze sociali, perché il problema, ovunque, è la débâcle del pensiero critico. Questo, certo, si è sposato con la delegittimazione di alcune figure specifiche: di fronte a un evento epocale come la pandemia, filosofi, antropologi, storici, politologi, sociologi, geografi, urbanisti, e compagnia, avrebbero dovuto parlare, discutere, proporre, invece di cedere al silenzio, chiusi nelle proprie case in compagnia di un pc, specchio deformante di sé, degli interlocutori, dei referenti. Detto altrimenti, una crisi come quella che viviamo si sarebbe dovuta affrontare mobilitando tutte le risorse disponibili, e non ultime quelle degli scienziati sociali, il cui silenzio è sintomo di una crisi forse irreversibile di una parte consistente del sapere accademico.

Pensare altrimenti

Chiudere le scuole non è un male minore. Nonostante un certo accordo nella letteratura internazionale sul rischio relativamente più basso che si corre negli istituti scolastici, in Italia la stampa mainstream ha dato ampio spazio ad alcune interpretazioni tra il dilettantesco e l'ottuso che hanno come fine tenere alta la tensione. Del resto anche tra gli interpreti dei grafici ci sono coloro che si innamorano di una tesi ("chiudere, chiudere") e vedono ovunque solo prove a sostegno, gli occhi allucinati e il cuore pulsante. Nessun dubbio, naturalmente, perché gli dei non mentono e ai numeri possiamo fare dire di tutto. Ma come ha scritto Valentina Pazé: «Posto che il "rischio-zero" non esiste, che cosa va tenuto aperto il più possibile, salvo il verificarsi di un vero e proprio stato di necessità?». Già: le priorità, le scelte, le visioni del mondo, un'etica. Abbiamo bisogno di ragionamenti, non di atti di fede.

Che insieme alla scuola si siano chiusi teatri e cinema, che si siano annientate tutte le possibilità conviviali, dai concerti alla semplice possibilità di fare sport, anche in questo caso con nessun legame con le modalità di diffusione dell'epidemia, rivela più che una ragionevole preoccupazione per la pandemia una visione del mondo delle classi dirigenti. La stessa modalità di definirle, attività non essenziali ci dice meglio di tanti discorsi quali sarebbero le occupazioni serie di una collettività: lavorare e consumare, in uno scenario ormai anche fisicamente spettrale. Calata la notte, le città italiane sono deserte, in quella che forse è la migliore rappresentazione della «guerra» in corso, con le parole più tipiche che sempre l'accompagnano; è stato necessario, infatti, riesumare il lessico di un "passato maledetto": assembramento, coprifuoco erano parole di fascisti e questurini, e provoca un certo sgomento sentirle usare oggi, con leggiadra superficialità, da intellettuali terrorizzati.

Cosa si può fare? Ragionare in prima istanza e in maniera disincantata sulle condizioni che hanno permesso o favorito o drammatizzato la pandemia; uscire dalla delirante colpevolizzazione degli atteggiamenti dei singoli individui che cercano di sopravvivere nella paura (non solo ragazzini irresponsabili ma anche anziani a rischio hanno preferito sfidare il contagio piuttosto che isolarsi, privandosi degli affetti più cari); riflettere sulle enormi responsabilità politiche nascoste dal mantra del "meno peggio", responsabilità politiche indicibili perché dietro l'angolo si staglia il terribile ghigno della beccera destra italiana; affrontare i dilemmi dell'ora, ammettendo che

l'alternativa "chiudere o non chiudere" è stata del tutto illogica (al limite: cosa, come e quando chiudere?); immaginare le conseguenze di lungo periodo della serrata delle scuole, del sovraccarico delle strutture sanitarie e del burnout del personale; quindi collegare pratiche di alternativa: discorsi, esperienze, sperimentazioni in una visione coraggiosa di discontinuità che ruoti intorno all'etica della cura (non alla legge del profitto), ossia ponendo al centro il bisogno, anziché le gerarchie per classe, genere, etnia ed età.

La pandemia ci sta insegnando una cosa basilare: dopo, se non si è ricchi, abbastanza ricchi, da soli non ci si salverà; il che mal si acconcia con gli effetti di lungo periodo del cosiddetto "distanziamento sociale", che si traduce appunto in isolamento. È necessario individuare strade diverse, all'insegna della prudenza, ma non della paura irrazionale dell'altro. In basso, la paura accompagna la disperazione, che in alto si specchia nel disprezzo classista: verso chi non capisce, non sta a casa, non obbedisce, non crede ai nuovi idoli.

Bisogna individuare altre vie, e se non ci sono, progettarne di nuove. Ma prima, se non è troppo tardi, bisogna accordarsi sulla direzione da prendere e per far ciò prendere parola. Auspichiamo quindi che una prima discussione pubblica possa scaturire da queste nostro contributo.

Vaccino Pfizer-BioNTech

27/12/20 Ippocrate.org

La Dott.ssa Mariagiovanna Scarpa, Coordinatrice di IppocrateOrg per il Regno Unito, ha sintetizzato [nel suo scritto](#) – che vi invito a leggere – la posizione del Movimento Ippocrate in relazione al vaccino Pfizer. Le considerazioni espresse sono state elaborate sulla base delle conoscenze che ci sono concesse: sia da quanto dichiarato dal produttore del vaccino, da una parte, sia da quanto oggi la scienza può oggettivamente concludere in base ai dati in possesso, dall'altra. Pertanto le valutazioni prodotte non sono da considerarsi come espressione di conclusioni scientifiche definitive ma soltanto quale momento di riflessione da arricchire con successivi auspicati contributi. Quando parlo di ulteriori contributi intendo l'approfondimento di ambiti quali:

- la corsa alla messa a punto del vaccino con i rischi potenziali (sia nel breve ma soprattutto nel medio/lungo periodo) connessi alla drastica riduzione dei tempi di sperimentazione;
- il campo ancora in gran parte inesplorato dei vaccini genici;
- l'efficacia e sicurezza di vaccini proteici alternativi a quelli genici di cui conosciamo la sicurezza;
- la possibile inutilità di un vaccino somministrato ad una popolazione che si sta avviando verso l'immunità di gregge;
- se sia eticamente accettabile che alcune informazioni sul vaccino di proprietà dell'Azienda Produttrice rimangano tali quando sono necessarie per valutarne la sua pericolosità;
- ...e altro.

Esiste un protocollo terapeutico consolidato fin da marzo scorso che, laddove applicato a livello precoce, ha dato una mortalità molto prossima allo ZERO per cento. L'umanità non è al sicuro quando viene preferita la scorciatoia di un vaccino che presenta lati oscuri ad una cura esistente risolutiva della patologia.

Vi prego di diffondere ai vostri contatti.

Buona lettura.

Mauro Rango

[VACCINO PFIZER-BIONTECH \(BNT-162B2\): COSA SAPPIAMO SULLA SUA COMPOSIZIONE, MECCANISMO D'AZIONE, EFFICACIA E SICUREZZA](#)

Mortalità' per infarto triplicata – Nonsolocovid

Raffaele Varvara

28/12/20 comedonchisciotte.org

È triplicata la mortalità per infarto in Italia, secondo uno studio condotto dalla Società Italiana di Cardiologia (SIC), illustrato da Ciro Indolfi Ordinario di Cardiologia Università Magna Graecia di Catanzaro, condotto in 54 ospedali italiani e in corso di pubblicazione sulla prestigiosa rivista European Heart Journal. La mortalità, tre

volte maggiore rispetto allo stesso periodo del 2019, è passata al 13.7% dal 4.1 %. Gli esperti avvertono: abbassare la guardia sulle malattie cardiovascolari, responsabili di circa 260 mila decessi ogni anno, e non ricostruire la rete dell'emergenza cardiologica, potrebbe causare più morti che per Covid-19. Secondo Indolfi, "l'attenzione della sanità su Covid-19 e la paura del contagio rischiano di vanificare i risultati ottenuti in Italia con le terapie più innovative per l'infarto e gli sforzi per la prevenzione degli ultimi 20 anni".

Il cattedratico sottolinea che "l'organizzazione degli Ospedali e del 118 in questa fase è stata dedicata quasi esclusivamente al Covid-19 e molti reparti cardiologici sono stati utilizzati per i malati infettivi. Inoltre, per timore del contagio i pazienti ritardano l'accesso al pronto soccorso e arrivano in ospedale in condizioni sempre più gravi, spesso con complicazioni aritmiche o funzionali, che rendono molto meno efficaci le terapie che hanno dimostrato di essere salvavita come l'angioplastica primaria". Indolfi avverte che "se questa tendenza dovesse persistere e la rete cardiologica non sarà ripristinata, ora che è passata questa prima fase di emergenza, avremo più morti per infarto che di Covid-19". Lo studio multicentrico nazionale, è stato condotto per valutare i pazienti acuti ricoverati nelle Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC), nella settimana 12/19 marzo, durante la pandemia di Covid-19, confrontandola con quella dello stesso periodo dello scorso anno.

La ricerca, durante il periodo Covid, ha registrato una mortalità tre volte maggiore rispetto allo stesso periodo del 2019: è passata al 13.7% dal 4.1 %. Carmen Spaccarotella, coautrice dello studio, sostiene che l'aumento è "dovuto nella maggior parte dei casi a un infarto non trattato o trattato tardivamente. Infatti, il tempo tra l'inizio dei sintomi e la riapertura della coronaria durante il periodo Covid è aumentato del 39%".

"Questo ritardo è spesso fatale perché nel trattamento dell'infarto il tempo è un fattore cruciale", sottolinea Spaccarotella. L'età media di questi pazienti infartuati è stata di 65 anni. All'aumento della mortalità è associata una "sorprendente" riduzione dei ricoveri per infarto superiore al 60%. "Il calo più evidente ha riguardato gli infarti con occlusione parziale della coronaria ma è stato osservato anche in ben il 26,5% dei pazienti con una forma più grave d'infarto – afferma Salvatore De Rosa, coautore dello studio –. La riduzione dei ricoveri per infarto è stata maggiore nelle donne rispetto agli uomini e non solo i pazienti con infarto si sono ricoverati meno ma quelli che lo hanno fatto si sono ricoverati più tardi".

Nonostante la pandemia Covid 19 si sia concentrata nel Nord Italia, la riduzione dei ricoveri per infarto è stata registrata in modo omogeneo in tutto il Paese: Nord e Sud 52,1% e 59,3% al Centro. "Questo dato ci colpisce perché mentre al Nord era logico attendersi una riduzione dei ricoveri, al Sud, dove la percentuale dei contagi è stata significativamente più bassa, la paura di accedere ai servizi sanitari risulta meno coerente in quanto i letti erano disponibili e rimasti non utilizzati", aggiunge De Rosa. Una riduzione simile a quella dei ricoveri per infarto è stata registrata anche per lo scompenso cardiaco, con un calo del 47% nel periodo Covid rispetto al precedente anno. Pasquale Perrone Filardi, presidente eletto della SIC, sottolinea che "la riduzione dei ricoveri per scompenso cardiaco è stata simile tra gli uomini e le donne. Una riduzione sostanziale dei ricoveri – prosegue Filardi – è stata osservata anche per la fibrillazione atriale con una diminuzione di oltre il 53 % rispetto alla settimana equivalente del 2019, così come è stata registrata una riduzione del 29,4% di ricoveri per malfunzione di pace-makers, defibrillatori impiantabili e per embolia polmonare".

Dati che spingono la SIC a mobilitarsi. "È necessario ora – avverte Ciro Indolfi – ricostruire la rete dell'emergenza per tutte le patologie cardiovascolari tempo-dipendenti, ripristinare i letti e gli ambulatori di cardiologia utilizzati in questo periodo per Covid-19 e soprattutto non sottovalutare i sintomi, come ad esempio il dolore di tipo costrittivo al petto o difficoltà respiratorie e rivolgersi subito al 118. È anche fondamentale non abbassare mai la guardia e, anzi, aumentare l'attenzione sulle malattie cardiovascolari responsabili di circa 260.000 decessi ogni anno", conclude. A parere di chi riporta questa notizia, il virus e le cardiopatie aumentano intrinsecamente la loro mortalità ove incontrano un SSN distrutto dai tagli lineari imposti dal sistema neoliberista. Il popolo soffre. Unica terapia: ritorno ad uno stato di diritto, distruzione dell'impero europeo, piena applicazione della Costituzione del '48.

NOTE: <https://www.agi.it/cronaca/news/2020-05-09/coronavirus-triplicata-mortalit-infarto-8563227/?fbclid=IwAR3h7aO0NjEFLl6XtbPNQsDDr0jf-XcsHTnigOXEPRX9cOTP9xS4A7m6Yr4>.

Professore di infermieristica sul vaccino: “Riduce il rischio di contrarre il covid dello 0,87%”

Emanuele Canta 29/12/20 ByoBlu

Un professore di Infermieristica dell'Università di Firenze ha sollevato diversi dubbi sull'efficacia e sulla sicurezza del vaccino Pfizer. Con una scrupolosa analisi dei dati affidata ad un post pubblicato sul suo profilo Facebook, il professore Filippo Festini è giunto alla conclusione che questo tipo di vaccino “riduce il rischio di contrarre il Covid dello 0,87%, cioè meno dell'1%”. Il docente ha sottolineato inoltre i molti dubbi sulla sua sicurezza: “Lo capite che è impossibile sperimentare e mettere a punto un farmaco in sette mesi? Lo capite – ha scritto ancora – che, a meno di essere dei veggenti, in sette mesi non è possibile sapere nulla di attendibile riguardo alla sua efficacia, alla sua sicurezza ed agli effetti indesiderati?”

Naturalmente, come accade ormai sempre più di frequente in questi casi, sollevare dubbi e scetticismo sull'efficienza e sulla sicurezza di un vaccino messo a punto in pochi mesi ha scatenato la reazione di chi è pronto a bollare chiunque come no vax e negazionista. E il professore ha voluto rispondere anche a loro: “Sono insulti alla mia onorabilità e chi userà questi termini può già contare sulla mia querela”, ha scritto specificando tra l'altro il principale motivo per il quale ha deciso di non sottoporsi al vaccino anti Covid: “Non lo farò perché nel 1995 ho avuto una patologia neurologica seria a seguito della vaccinazione antinfluenzale di quella stagione, i medici mi hanno detto di evitare vaccinazioni future”.

“È un farmaco ancora in fase sperimentale”

Il docente, che per molti anni ha lavorato anche presso il “Meyer” di Firenze, è poi tornato sull'analisi dei dati sottolineando che lo studio del vaccino Pfizer in realtà non è ancora terminato: siamo in fase sperimentale, manca il 20% dei dati per cui occorre prudenza.

In Toscana circa il 18% degli operatori sanitari non ha aderito alla campagna di vaccinazione, ma ciò che colpisce è sempre la stessa cosa: voler approfondire, volerne capire di più, sollevare dubbi e scetticismi su un farmaco di fatto ancora sperimentale sembra ormai essere diventato un peccato mortale.

"Ero convinto a fare il vaccino. Poi ho aperto un giornale"

di Andrea Zhok

29/12/20 l'Antidiplomatico

Personalmente, cercando di informarmi sulle caratteristiche del vaccino finora autorizzato, mi stavo convincendo dell'opportunità di farlo. Poi ho aperto un giornale.

In prima pagina troviamo la sottosegretaria Zampa che furoreggia, spiegando come sia giusto imporre l'obbligo vaccinale ai dipendenti pubblici. Subito sotto Burioni che burioneggia da par suo tuonando sull'irresponsabilità di chi ha dubbi, e chiedendo a gran voce l'intervento della forza pubblica per obbligare i refrattari. Altre tre righe sotto ed è la volta di Pietro Ichino, l'uomo che rinasce dalle bende in cui è mummificato solo quando sente la magica parola "licenziamento", che ci spiega come sia legalmente sacrosanto licenziare chi rifiuta di vaccinarsi. La chicca qui è che l'ineffabile Ichino ti spiega anche come tu sia assolutamente LIBERO di non vaccinarti, salvo poi venire licenziato. Il che chiarisce bene il concetto di libertà dei liberisti: "O la borsa o la vita" è per loro un classico esempio di libera scelta.

Eh, niente, a pagina finita tutti i dubbi che avevo rimosso sono tornati, insieme all'irrefrenabile impulso a mettere sacchetti di sabbia alle finestre e sbarrare la porta. E come reagire altrimenti davanti ad una batteria di aspiranti dittatorelli, privi di qualsivoglia competenza in merito, e che comunque nel merito non pensano proprio di entrare, che smaniano per vedere la gente vaccinata con TSO e il supporto dei carabinieri.

E sono gli stessi, proprio gli stessi, che si riempiono la bocca di democrazia, che fanno i cazziatoni sui diritti umani violati in giro per il mondo, e che magari poi chiederanno il consenso al popolo sovrano nelle urne. Ciò che traspare qui è l'illimitato grado di arroganza, protervia, e ignoranza mista a spocchia di un'intera classe dirigente. Gente che pensa di essere autorizzata a trattare chiunque non siano loro stessi e la cerchia di

illuminati cui si autoiscrivono, come stupido bestiame. Gente che non dovrebbe avere la responsabilità neanche della questua in chiesa o del giornalino di classe, altro che di guidare un paese.

Vaccini Covid, la sorprendente dichiarazione di Soumya Swaminathan (capo scienziato OMS)

Francesco Santoianni 29/12/20 l'Antidiplomatico

Dichiarazioni sempre più sconvolgenti sull'utilità del vaccino anti-Covid. Da parte di qualche imperterrito "NO-VAX"? No, da parte di [Soumya Swaminathan](#), Chief Scientist presso l'Organizzazione mondiale della sanità che in una videoconferenza diffusa su [Twitter](#), afferma: *"Non credo che abbiamo le prove su nessuno dei vaccini per essere sicuri che impediranno alle persone di contrarre effettivamente l'infezione e quindi di essere in grado di trasmetterla"*. Ancora più clamorose le dichiarazioni di David Heymann, presidente del gruppo di consulenza strategica e tecnica dell'OMS per i rischi infettivi, secondo il quale, in una intervista a [The Guardian](#), nonostante l'avvio delle vaccinazioni, *"il destino del virus è quello di diventare endemico (poiché continuerà a mutare man mano che si riprodurrà nelle cellule umane)"*.

Ne avete saputo qualcosa dalla TV o dai giornali. Crediamo di no, considerato che oggi, al più, vi illuminano su [Pietro Ichino](#) che inneggia al licenziamento per chi oserà rifiutare il vaccino. E su tante altre dichiarazioni, sempre più tracotanti, che lasciano trapelare la paura che già serpeggia di fronte al crescente rifiuto a vaccinarsi da parte, addirittura, degli [operatori sanitari](#).

Fuorvianti e semplicistici. Il Fact Checking psicologico e comunicativo della campagna vaccinazioni

Sara Reginella 29/12/20 l'Antidiplomatico

Con l'arrivo delle dosi del vaccino anticovid per l'Italia, è partita la campagna vaccinazioni dallo slogan "l'Italia rinasce con un fiore", in cui una primula è utilizzata come simbolo di nuova rinascita dopo mesi di gelido isolamento dovuto alla pandemia. Da un punto di vista comunicativo e psicologico, quel che si coglie dallo spot della campagna vaccinazioni, è in primis una massiccia semplificazione del messaggio che si vorrebbe veicolare. Nel video, infatti, la sequenza di fotogrammi delle città deserte, unita alla musica emozionale, è seguita dall'immagine di un uomo che si libera della mascherina chirurgica, associata a quella di mani che iniettano la dose del vaccino. L'esito è la trasmissione di un messaggio in parte fuorviante: alla vaccinazione seguirà un'automatica rinascita connessa anche alla fine dell'uso dei dispositivi di prevenzione. Tale aspetto ovviamente non risponde al vero, è infatti la stessa [Agenzia Italiana del Farmaco](#) che mette in guardia su due punti importanti.

Primo: è necessario più tempo per ottenere dati significativi che dimostrino se i vaccinati si possano infettare in modo asintomatico e contagiare altre persone.

Secondo: sebbene sia plausibile che la vaccinazione protegga dall'infezione, i vaccinati e le persone che sono in contatto con loro dovranno continuare ad adottare le misure di protezione anti covid-19.

Dunque uno spot che vuole dare una buona novella, ma che tende a semplificare eccessivamente la complessità del fenomeno. Tale semplificazione è connessa a ovvi motivi di propaganda, in quanto lo spot è rivolto a una popolazione ampia e variegata e per ottenere l'effetto desiderato, si struttura su un linguaggio estremamente semplice e intuitivo.

Eppure lo slogan in oggetto non è tra i peggiori, se paragonato ai precedenti partoriti dall'inizio della pandemia e volti a condurre la popolazione da posizioni che andavano dalla cieca speranza di #andràtuttobene, alla solerte autodisciplina di #iorestoacasa, fino alla recente ingiunzione di #oratoccavoi.

Pertanto, al di là di banalizzazioni complottiste, di promesse di rinascita, d'inviti alla speranza, al sacrificio e al comportamento diligente, quel che colpisce è che dopo quasi un anno dall'inizio della diffusione del covid-19,

sono davvero rari gli “hashtag” che, a fronte dello sfacelo in cui è precipito inesorabilmente il sistema sanitario nazionale, sempre più privatizzato e ridicolizzato, invitino a una presa di posizione consapevole e dissidente. In questa tabula rasa, uno dei motti che colpisce e che si è visto rimbalzare nel web nell’arco dei mesi è stato #piùospedalimenomilitari.

L’hashtag in questione nasce in Sardegna dall’ondata di proteste da parte della popolazione che in questi mesi, anziché sperare, ha dissentito e, appena possibile, è scesa in Piazza per gridare e denunciare le contraddizioni di un paese che, a fronte d’investimenti in campo militare, ha continuato ad attuare scellerate manovre politiche in campo sanitario. In tale contesto, la campagna “Più ospedali, meno militari” si è conclusa a Cagliari a fine dicembre, dopo il lancio di aprile, a inizio pandemia, avvenuto su iniziativa del movimento sardo “A Foras” che si batte da anni per la chiusura e lo smantellamento delle basi e dei poligoni militari in Sardegna.

La campagna, che ha raccolto i contributi di centinaia di persone, ha raccontato i drammi del sistema sanitario nazionale, amplificati dalla pandemia e iscritti in un contesto specifico, quello sardo, in cui si osservano nel microsistema le contraddizioni dell’intero paese, con continui investimenti in campo militare e tagli al sistema sanitario nazionale. Sul territorio sardo, nello specifico, si trovano tra le principali basi belliche del Mediterraneo. Gli Stati Uniti e la NATO hanno infatti trasformato l’isola in una vera e propria colonia militare con basi, poligoni e fabbriche di ordigni per l’esportazione di guerre imperialiste in paesi come lo Yemen, la Libia e la Palestina. La popolazione sarda ha quindi manifestato per denunciare gli investimenti in campo militare oltre che “la nomina di manager strapagati per dirigere aziende ospedaliere e il flusso monetario continuo verso ospedali privati per tamponi, organizzazione di reparti covid e di reparti di terapie intensive pagati a caro prezzo”.

Così, mentre in molti si anestetizzavano la mente con i colori dell’arcobaleno e con slogan per bambini, in Sardegna, è il caso di raccontarlo, non si è smesso di gridare contro la vergogna e l’ipocrisia degli investimenti in campo bellico e dei tagli alla sanità, in una terra in cui, va ricordato, le basi NATO hanno contribuito alla distruzione di settori dell’economia quali il turismo, l’allevamento e l’agricoltura, provocando una spaventosa devastazione dell’isola. Dunque è fuorviante ritenere che il tanto atteso vaccino anticovid sia l’unica soluzione a tutti i mali. Di fatto, alla luce delle scelte politiche sopra menzionate, non andrà tutto bene se ci si limiterà a sperare, se ci si limiterà ad attendere decisioni dall’alto.

Non andrà tutto bene, ma la situazione migliorerà se si smetterà di sperare e si ricomincerà a lottare, perché non servono slogan, ma grida di battaglia.

Libertà e socialdemocrazia. A proposito del modello svedese di fronte al Sars-Cov-2

Giulio Gisondi 29/12/20 La Fionda

Appare oggi particolarmente complesso parlare della Svezia e delle misure adottate dal Paese scandinavo nel fronteggiare l’epidemia di Sars-Cov-2, senza rendersi consapevolmente o inconsapevolmente portavoce di una posizione ideologica, di una forma di propaganda e di una polarizzazione sempre più marcata: una divisione tra quelli che potremmo definire, da un lato, i tutto-chiuditisti, sostenitori a tutti i costi di generalizzate chiusure e limitazioni delle libertà personali; dall’altro, degli apri-tuttisti, coloro per i quali non andrebbe adottata alcuna misura di chiusura o di limitazione per evitare il diffondersi del contagio, né tantomeno, alcuna misura di protezione individuale e collettiva. Questa discussione, che da giorni e mesi si sta consumando su tv, giornali, blog e social, non sembra portare a grandi risultati, né sul piano della conoscenza e comprensione di un fenomeno, né tantomeno su quello dell’analisi, ma è funzionale alla creazione di un falso dibattito tra opposte tifoserie che, se da un lato garantisce un alto livello di audience, dall’altro esclude ogni possibilità di reale approfondimento e lucida riflessione.

Come per altri temi di attualità legati alla diffusione dell’epidemia e alle misure di contrasto, dalla scelta delle terapie farmacologiche all’opposizione vaccinisti/anti-vaccinisti, mask/no-mask, fino alle limitazioni delle libertà, la polarizzazione del dibattito sulle scelte sanitarie e politiche del governo e delle autorità svedesi segna

una divisione mediaticamente orientata tra buoni e cattivi, tra quanti pensano e si muovono nel campo del politicamente corretto e dell'accettabilità pubblica, e quanti, invece, rientrano nella dimensione del politicamente e mediaticamente censurabile o del cosiddetto complottismo. Come osservava nella sua rassegna settimanale l'epidemiologo francese Didier Raoult, «tra la totale naïveté e il complottismo, vi è spazio per la lucidità»[\[1\]](#), ovvero per una riflessione razionale e sperimentale, che non si autocensuri nell'osservare le incongruenze e le contraddizioni di una rappresentazione mediatica spesso dogmatica, acritica e presuntamente scientifica della realtà, senza per questo scadere in una visione altrettanto semplificata e riduzionista. Entrambi i poli di questa divisione, quello scienziato e quello complottista, finiscono, dunque, con l'escludere la razionalità dal dibattito pubblico.

Vorremmo qui analizzare il caso Svezia senza cadere in questa polarizzazione, ma osservando le scelte assunte dal governo guidato dal primo ministro Stefan Löfven, alla luce delle ragioni politico-culturali, e dei principi socialdemocratici di tutela dei diritti sociali e delle libertà fondamentali sanciti dalla Costituzione svedese[\[2\]](#). Sin dal diffondersi dell'epidemia durante il marzo 2020, il governo svedese, su suggerimento dell'epidemiologo consulente di Stato, Anders Tegnell, non ha adottato alcun lockdown, a differenza degli altri Paesi europei, né tantomeno alcuna chiusura delle attività produttive e commerciali, delle scuole, fino ai 16 anni di età, dei luoghi di culto, dei ristoranti e dei bar, nessuna limitazione della libertà di spostamento dei propri cittadini, né l'obbligo d'indossare mascherine.

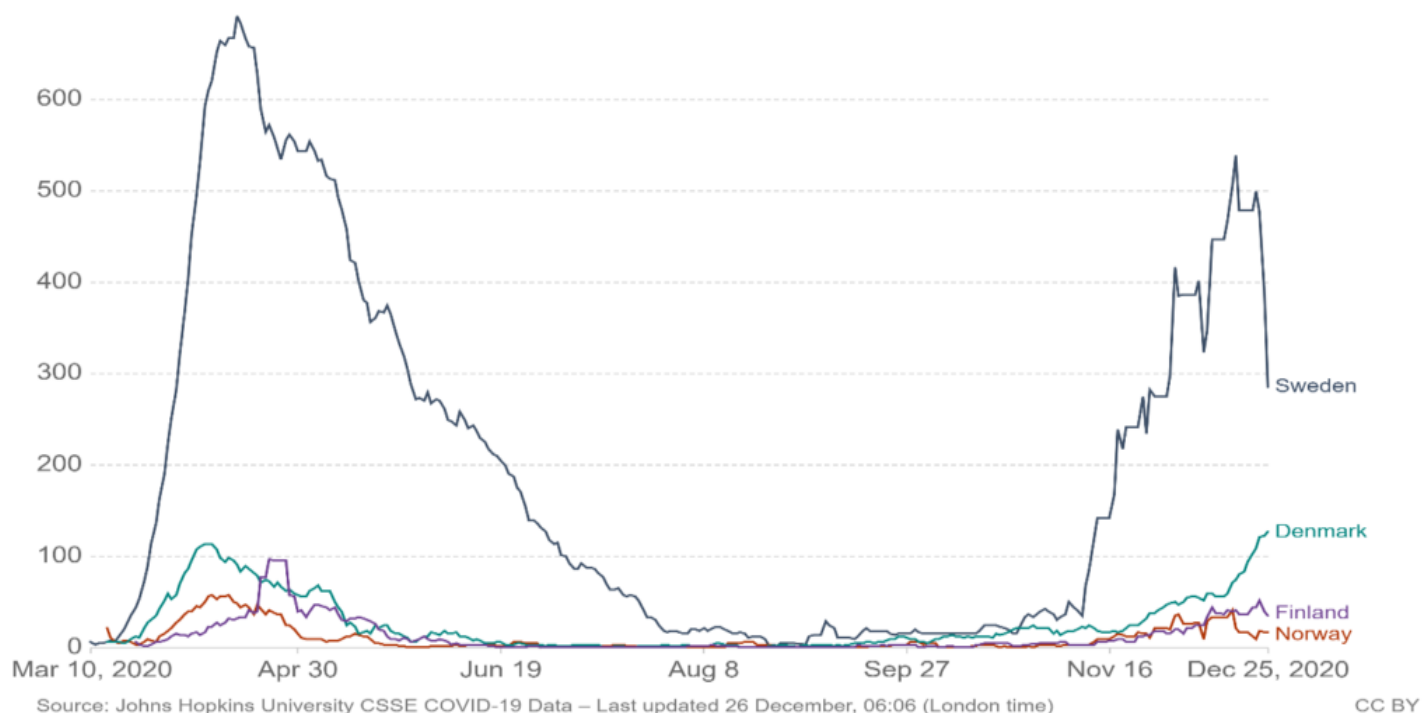
Piuttosto che ricorrere a divieti e imposizioni, il governo si è limitato a raccomandare comportamenti prudenti, facendo affidamento sulla responsabilità dei cittadini, focalizzandosi in particolare sull'igiene, sul telelavoro e sul distanziamento, vietando gli assembramenti con più di 50 persone e le visite agli anziani nelle case di riposo, consigliando l'autoisolamento alle persone di età superiore ai 70 anni e alle categorie a rischio[\[3\]](#). L'adozione di misure meno rigide e a tutela delle libertà non ha, tuttavia, significato un convivere con l'epidemia come se questa non esistesse, un atteggiamento di normale quotidianità e di vita sociale. L'autoisolamento delle categorie a rischio, il distanziamento e il telelavoro hanno, in effetti, alleggerito il numero delle persone nelle strade, nei mezzi e nei luoghi pubblici dove maggiore era la possibilità di contagio. Alla fine di settembre, la Svezia registrava all'incirca 5.850 decessi, con una media di 573 decessi ogni milione di abitanti[\[4\]](#), per un totale di 10,23 milioni di abitanti.

La scelta di non adottare rigide chiusure e limitazioni delle libertà personali ha caratterizzato la prassi del governo e delle autorità svedesi anche tra ottobre e dicembre 2020[\[5\]](#). Tuttavia, di fronte alla previsione del picco di diffusione dell'epidemia e dei contagi alla metà di dicembre[\[6\]](#), e alla saturazione dei posti di terapia intensiva negli ospedali[\[7\]](#), il governo svedese ha applicato misure più rigide, fino ad allora non praticate: dalla chiusura delle scuole alla didattica a distanza fino al 24 gennaio, a una limitazione negli accessi alle attività commerciali, alle palestre e ai ristoranti, dalla chiusura delle piscine, dei musei e delle biblioteche, a un invito a incrementare il telelavoro e al suggerire l'uso delle mascherine sui mezzi pubblici. Il numero dei decessi è salito fino a toccare quota 8.279, con una media di 817 decessi ogni milione di abitanti[\[8\]](#).

Nel confronto con gli altri Paesi scandinavi, Norvegia, Finlandia e Danimarca, che hanno applicato parziali e più severe misure di chiusura, nonché un numero maggiore di test e di attività di prevenzione e isolamento dei casi, la Svezia è quello che registra il maggior numero di casi positivi e di decessi. Rispetto ai suoi oltre 8000 decessi, la Danimarca ne registra un totale di 1,153 con una media di 199 ogni milione di abitanti, la Finlandia un totale di 524 con una media di 59 per milione di abitanti e, infine, la Norvegia con un totale di 421 e una media di 77 per milione di abitanti[\[9\]](#). Al di là dell'omogeneità delle condizioni climatiche e socio-demografiche tra questi Paesi, occorre tener conto che la Svezia è quello con il maggior numero di abitanti, circa 10 milioni e mezzo, a fronte degli altri tre che si aggirano tra i 5 e i 5 milioni e mezzo.

Weekly confirmed COVID-19 deaths

Weekly confirmed deaths refer to the cumulative number of confirmed deaths over the previous week.



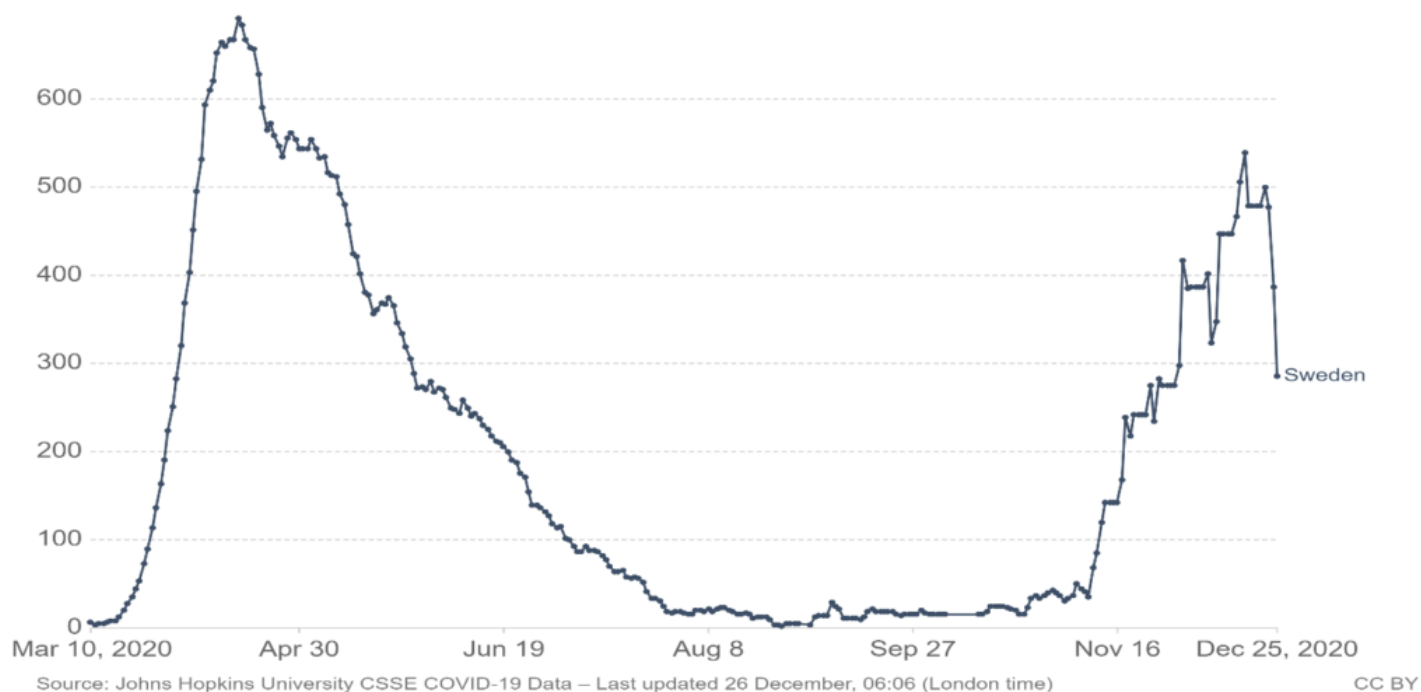
Come già nel marzo scorso, rispetto alla decisione del governo svedese di non applicare un lockdown, così anche ora, le poco severe limitazioni, l'aumento dei contagi, dei ricoveri e dei decessi giornalieri, ha attirato non poche critiche da parte dei media internazionali e di riviste scientifiche tra cui *The Lancet*^[10]. Tuttavia, l'articolo a firma di Mariam Claeson e Stefan Hanson apparso sulla prestigiosa rivista, già protagonista nel maggio scorso della ritrattazione di un articolo contro l'uso dell'idrossiclorochina nel trattamento del Covid-19, rivelatosi poi basato su dati falsati^[11], non pone alcun effettivo argomento di critica scientifica alla strategia del governo e delle autorità svedesi, se non l'imputarne la scelta di non aver applicato le direttive dell'OMS, né alcuna rigida misura di chiusura e limitazione delle libertà personali.

L'articolo apparso su *The Lancet* era stato preceduto dalle parole dello stesso re Carlo XVI Gustavo di Svezia, il quale in una recente intervista aveva sostenuto il fallimento della strategia del Paese, ovvero del governo, contro il coronavirus^[12]. Una dichiarazione, questa, particolarmente insolita da parte di un capo di Stato che, nel suo ruolo di neutralità avrebbe dovuto garantire imparzialità, astenendosi dal giudizio sull'operato del governo nazionale.

Nonostante la comunicazione e la rappresentazione mediatica e di una parte politica, i numeri effettivi registrati dalla Svezia non sembrano testimoniare della catastrofe annunciata da tv, giornali e blog. Confrontando il numero dei decessi nella primavera del 2020 con quelli dell'autunno, emerge, da un lato, una profonda discrepanza rispetto alla comunicazione mediatica, dall'altro, come i decessi registrati nel primo semestre dell'anno – 5.768 al 15 agosto – siano superiori a quelli del secondo – 2.511^[13]:

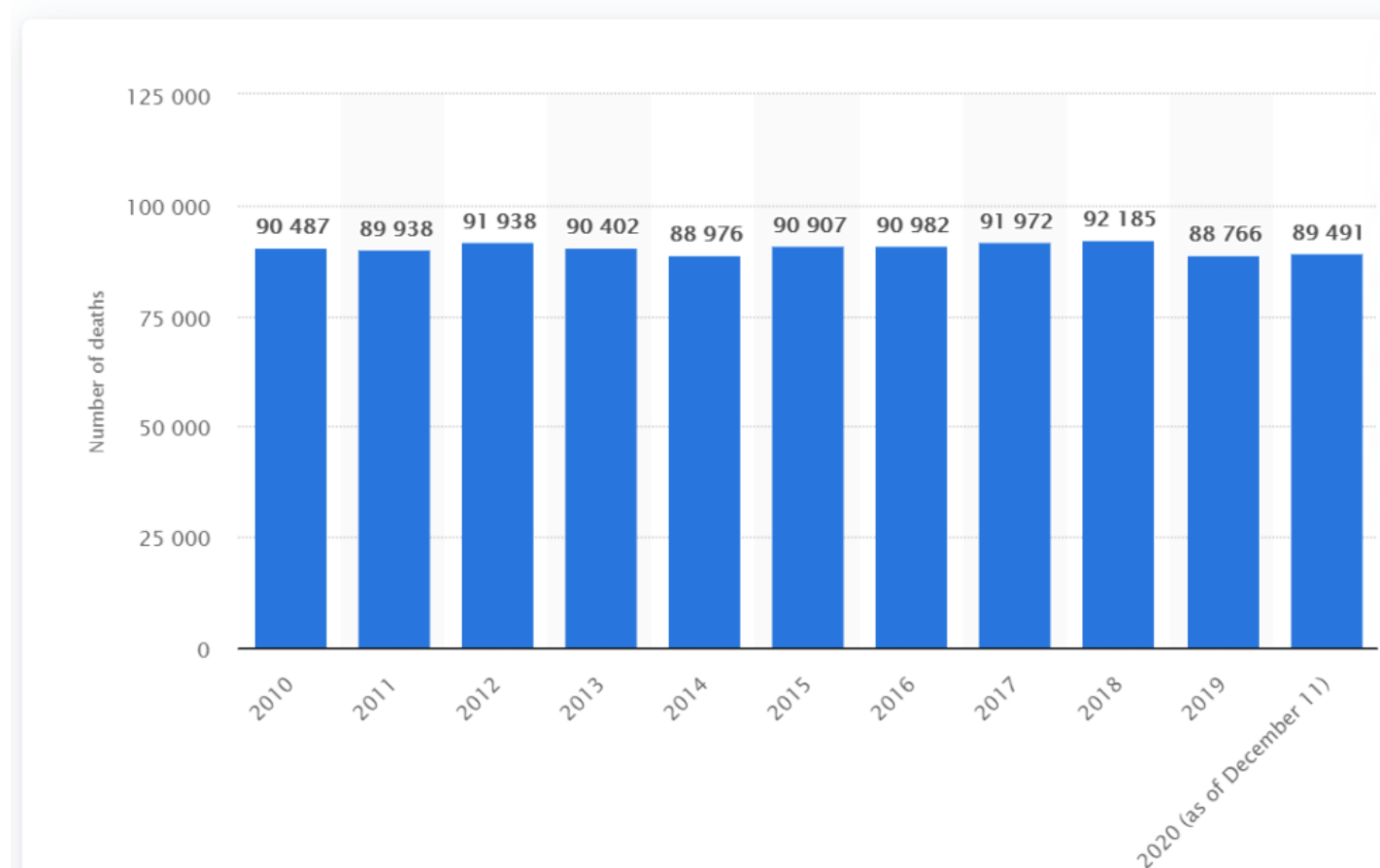
Weekly confirmed COVID-19 deaths

Weekly confirmed deaths refer to the cumulative number of confirmed deaths over the previous week.



Allo stesso modo, il numero dei decessi accertati in Svezia per Covid-19 non sembra aver fatto schizzare in alto il numero dei decessi totali registrati fino all'11 dicembre 2020, ma questi appaiono in linea e nella media, se non inferiori, ai dati sulla mortalità nel Paese tra il 2010 e il 2020^[14].

Number of deaths in Sweden from 2010 to 2020



La rinuncia all'applicazione delle misure di confinamento, di lockdown, di coprifuoco e controllo o limitazione degli spostamenti, nel tentativo di tutelare sia il diritto alla salute, sia i diritti, le libertà personali e la vita economica del Paese, ha rappresentato una scelta fondata su ragioni non soltanto sanitarie o di ordine pubblico, ma culturali e antropologiche, come ha affermato lo stesso responsabile della strategia sanitaria svedese, Tegnell, in un'intervista dell'ottobre scorso al Corriere della Sera[15].

Essa rispecchia, cioè, un orientamento politico e culturale dei singoli Paesi: un orientamento fondato, nel caso svedese, sulla necessità di tutelare i diritti sociali e, insieme, le libertà fondamentali degli individui, all'interno del quale le autorità nazionali non agiscono per imporre decisioni che possano contraddire lo spirito della Costituzione del Paese, ma nella salvaguardia del diritto alla salute che non esclude quello al lavoro. Allo stesso tempo, quest'orientamento tende a responsabilizzare i cittadini e a porli come in grado di autodisciplinarsi, senza la necessità da parte delle autorità sanitarie e delle istituzioni politiche d'imporre delle sanzioni e delle misure coercitive. Un orientamento, questo, profondamente in linea con il sostrato culturale, religioso e antropologico tipico del protestantesimo scandinavo. Allo stesso tempo, l'orientamento svedese manifesta la profonda differenza e la distanza rispetto all'approccio paternalistico, tendente al disciplinare e al sanzionare i propri cittadini, messo in campo dalle autorità sanitarie e dal governo italiano, in cui è possibile rintracciare elementi di matrice cattolica, storicamente radicatisi nella collettività.

Vi è, dunque, nella scelta svedese, una forte ragione antropologica e culturale, tendente a tutelare un'idea di libertà non liberista, ma profondamente socialdemocratica, in cui lo Stato è il soggetto garante, a ogni livello, sia dei diritti sociali fondamentali dei suoi cittadini, dall'accesso alle cure al lavoro, dalla casa all'istruzione, dalla pensione alle tutele per i disoccupati, sia delle libertà fondamentali di movimento, di culto, di opinione, di parola, di espressione, di stampa e di manifestazione.

Se questo stesso modello socialdemocratico, tendente a tutelare legandoli insieme sia i diritti sociali che le libertà civili, è valido anche nell'assetto costituzionale italiano, non lo è poi né nella pratica, né nella rappresentazione del Paese da parte delle autorità politiche. È significativo, ad esempio, che nell'ultima conferenza stampa del 18 dicembre 2020 del Presidente del Consiglio Giuseppe Conte, nell'illustrare le restrizioni e le limitazioni alla libertà di spostamento e le sanzioni imposte per le festività natalizie, l'Italia sia stata definita non come una socialdemocrazia, qual è il modello espresso dalla sua Costituzione, ma come un «sistema liberal-democratico»[16]. Ciò appare come il sintomo, forse inconsapevole, dello scollamento in atto in Italia, da oramai lungo tempo, delle libertà civili dalla solida base dei diritti sociali, e che sembra aver determinato l'aleatorietà dei primi, vale a dire la possibilità di una loro sospensione in uno stato emergenziale o di eccezione. Se la sospensione o l'ibernazione delle libertà civili sperimentata durante l'epidemia è una possibilità offerta dagli ordinamenti dei singoli Paesi, ciò costituisce, tuttavia, una misura meno pericolosa per la tenuta di una società e di uno Stato, laddove siano garantiti i diritti sociali fondamentali come l'occupazione, la casa, la salute, la pensione, l'istruzione, qual appunto è il caso svedese[17]. Dove, invece, i diritti sociali siano già venuti meno, la sospensione dei diritti civili, l'introduzione di limitazioni alla libertà di spostamento, di assembramento e di manifestazione, i coprifuoco, la chiusura obbligatoria di attività commerciali e professionali, determinano un pericoloso precedente che avvia quel Paese lungo un crinale in cui le limitazioni imposte ai propri cittadini possono imporsi come una pratica di governo non più solo ed esclusivamente emergenziale.

La scelta di non applicare rigide misure restrittive delle libertà personali non ha caratterizzato soltanto la Svezia, ma anche, tra gli altri, il Giappone, la Corea del Sud e, in parte, la Svizzera. Anche per questi Paesi, la scelta di non adottare chiusure e restrizioni ha attirato critiche diffuse da parte del mondo mainstream, come se la non applicazione del lockdown e le misure di confinamento e le limitazioni dei diritti e delle libertà individuali, costituissero una mancata tutela sanitaria della popolazione. Occorre sgomberare il campo da equivoci: come abbiamo potuto sperimentare in Italia in questi mesi, i lockdown, le limitazioni alla libertà di spostamento, i coprifuoco, non costituiscono una misura direttamente sanitaria, ma un provvedimento di ordine pubblico e di pubblica sicurezza che si rende necessario in assenza di un sistema sanitario nazionale adeguato.

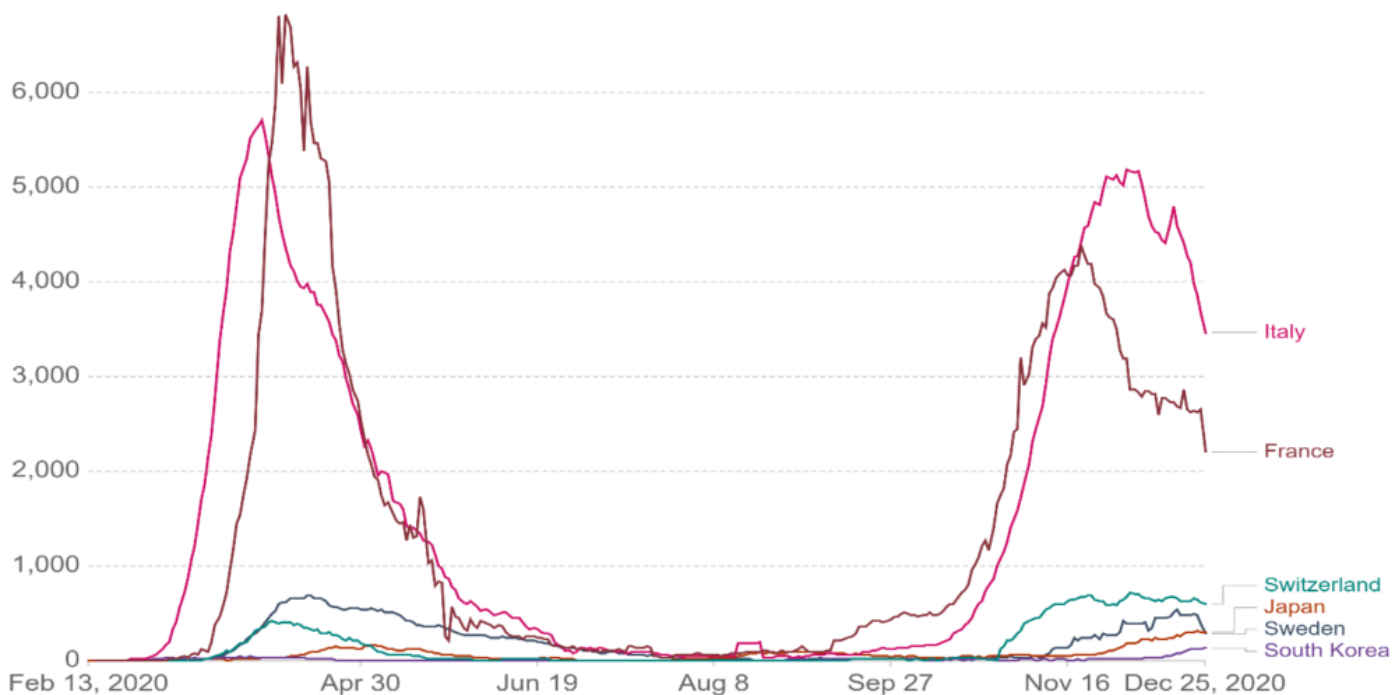
La limitazione delle libertà personali tramite un lockdown si rende, cioè, necessaria laddove in un Paese vi sia carenza di posti letto e di personale medico-ospedaliero in strutture pubbliche, di terapie farmacologiche, di personale medico di base, mancanza di edifici e di personale scolastico sufficienti ad alleggerire il numero massimo di alunni per classe, carenza di mezzi di trasporto pubblico, a cui si aggiungono l'impreparazione e la poca lucidità delle istituzioni politiche e delle autorità sanitarie a fronteggiare un'emergenza epidemiologica. Le cause di queste mancanze sono da rintracciarsi nelle politiche di tagli alla spesa pubblica e di sotto finanziamento perseguite in Unione Europea negli ultimi trent'anni.

In altre parole, il lockdown, con le conseguenze che esso comporta sul piano dell'aumento delle disuguaglianze economiche e sociali, della povertà, sull'aumento della disoccupazione, dei suicidi, dei rischi per la salute fisica e psicologica delle persone, è una misura di pubblica sicurezza che si rende necessaria laddove vi siano delle carenze da parte di uno Stato nella tutela e nella salvaguardia dei diritti sociali e delle libertà fondamentali dei propri cittadini. In altre parole, la strategia del lockdown costituisce il mascheramento di un fallimento sanitario e sociale di uno Stato, nel perseguimento di un agenda politica ed economica liberista di tagli alla spesa, non certo una strategia lungimirante ispirata a un responsabile principio di protezione sociale.

Non è forse un caso se i Paesi che hanno applicato chiusure e limitazioni meno rigide, registrando un numero minore di decessi, siano stati quelli in cui sono state applicate politiche di tagli al sistema sociale meno invasive, senza depotenziare il sistema sanitario nazionale e l'accesso alle cure. Osservando i dati sulla mortalità di Corea del Sud, Giappone, Svezia e Svizzera, in rapporto a quei Paesi che hanno applicato le restrizione tra le più rigide, come Italia e Francia, emerge come questi ultimi abbiano raggiunto inquietanti risultati, venendo meno sia alla tutela della salute pubblica, che dell'economia nazionale e delle libertà. Rispetto ai 793 decessi della Corea del Sud e ai 15 per milione di abitanti (popolazione totale 51,64 milioni), ai 3.155 decessi del Giappone e ai 25 per milione di abitanti (popolazione totale 126,5 milioni), agli 8.279 decessi della Svezia con 817 per milione di abitanti (popolazione totale 10,23 milioni), ai 7.191 decessi della Svizzera con 828 per milione di abitanti (popolazione totale 8,57 milioni), la Francia registra 62.427 decessi con una media di 955 per milione di abitanti (popolazione totale 66,99 milioni), e l'Italia 71.620 decessi con la quinta media più alta di 1.185 morti per milione di abitanti (popolazione totale 60,36 milioni).

Weekly confirmed COVID-19 deaths

Weekly confirmed deaths refer to the cumulative number of confirmed deaths over the previous week.



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data – Last updated 26 December, 06:06 (London time)

CC BY

Quello che possiamo osservare dall'analisi del caso Svezia, in relazione sia ai Paesi che come lei non hanno applicato lockdown o ne hanno applicati solo parzialmente, sia a quelli che ne hanno applicati tra i più rigidi, è che, laddove nel lungo periodo siano stati saldamente salvaguardati diritti sociali e libertà civili, senza adottare politiche economiche anti-welfariste di tagli alla spesa pubblica, tutelando un'idea di libertà intesa come libertà dal bisogno, i rischi in un momento di emergenza, sia per la salute pubblica, sia per la vita economica e democratica del Paese, siano stati minori. Credere che i lockdown e le limitazioni delle libertà civili costituiscano l'unica soluzione possibile per fronteggiare l'epidemia, e non la scelta di un nuovo paradigma politico-economico che porti al necessario incremento della spesa pubblica e al ripristino dei diritti sociali, appare come l'espressione di una falsa coscienza sempre più radicata. Sotto la spinta di un dibattito pubblico e mediatico falsato, che attacca con campagne di delegittimazione e di criminalizzazione quei Paesi che hanno scelto di non adottare misure restrittive delle libertà personali, questa nuova falsa coscienza, apparentemente progressista, ma profondamente liberista, non permette di comprendere la regressione in atto in Paesi come l'Italia e la Francia, incapaci di salvaguardare non soltanto i diritti sociali riconosciuti dalle loro costituzioni, ma anche le libertà civili.

[1] D. Raoult, *Le travail de terrain plus utile que le travail de bureau*, rassegna settimanale dell'IHU Méditerranée-Infection, 2 dicembre 2020, https://www.youtube.com/watch?v=WifGwz484_s.

[2] Cfr. Svezia. *Legge sulla forma di governo*, si veda in particolare, cap. I, *I principi fondamentali della Costituzione*, art. 2-3; cap. II, *I diritti e le libertà fondamentali*, art. 1, 3, 6, 7, , 8, 12-14, cap. VIII, *Leggi ed altre disposizioni*, art. 1, <http://www.astrid-online.it/static/upload/protected/SVEZ/SVEZIA.pdf>.

[3] Maddy Savage, *Coronavirus: Has Sweden got its science right?*, in *BBC News*, 25 aprile 2020, <https://www.bbc.com/news/world-europe-52395866>; Karolina Modig e Saphora Smith, *Sweden defies lockdown trend, bets on residents acting responsibly*, in *NBC News*, 1° aprile 2020, <https://www.nbcnews.com/news/world/sweden-defies-lockdown-trend-bets-citizens-acting-responsibly-n1172781>.

[4] Fonte dati: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

[5] Ansa, *Covid: premier svedese, la nostra strategia non è cambiata*, 22 dicembre 2020 https://www.ansa.it/sito/notizie/topnews/2020/12/22/covid-premier-svedese-la-nostra-strategia-non-e-cambiata_83568395-86c5-4d93-bdcf-116889ee67af.html.

[6] Ansa, *Covid: Svezia, picco atteso a metà dicembre*, 26 novembre 2020, https://www.ansa.it/sito/notizie/mondo/europa/2020/11/26/covid-svezia-picco-atteso-a-meta-dicembre_9050e61f-6c77-4110-8d0b-2006ba5a2551.html.

[7] Cfr. S. Rushworth, *Update on the Swedish covid response*, <https://sebastianrushworth.com/2020/12/19/update-on-the-swedish-covid-response/>.

[8] Fonte dati: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

[9] Fonte dati: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

[10] M. Claeson, S. Hanson, *COVID-19 and the Swedish enigma*, in «The Lancet», December 22, 2020, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32750_1/fulltext?fbclid=IwAR2ENtb8_cl4LigqXWT1kGISpQeD2II0vWihaHpD1Va87yfitLv1Rhlyjc%#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32750_1/fulltext?fbclid=IwAR2ENtb8_cl4LigqXWT1kGISpQeD2II0vWihaHpD1Va87yfitLv1Rhlyjc%#%20).

[11] M. R. Mehra, S. S. Desai, F. Ruschitzka, A. N. Patel, *RETRACTED: Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis*, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31180-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31180-6/fulltext)

[12] <https://www.agi.it/estero/news/2020-12-17/re-di-svezia-accusa-governo-gestione-covid-10717005/>.

[13] Fonte dati: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

[14] Fonte dati: <https://www.statista.com/statistics/525353/sweden-number-of-deaths/>.

[15] G. M. Alari, *Coronavirus in Svezia, parla il regista della strategia di Stoccolma: «Da noi niente lockdown e ora non c'è la seconda ondata»*, *Corriere della Sera*, 18 ottobre 2020, <https://video.corriere.it/esteri/coronavirus-svezia-parla-regista-strategia-stoccolma-da-noi-niente-lockdown-ora-non-c-seconda-ondata/93329cfc-1080-11eb-bf58-6564bb782bca>; cfr. S. Orlando, *Coronavirus, la Svezia ha lasciato «tutto aperto»: «Inutile chiudere, meglio il contagio graduale»*, *Corriere della sera*, 2 aprile 2020, https://www.corriere.it/esteri/20_aprile_02/coronavirus-svezia-ha-lasciato-tutto-aperto-inutile-chiudere-meglio-contagio-graduale-90d2ce40-7419-11ea-b181-d5820c4838fa.shtml.

[16] G. Conte, *Coronavirus, conferenza stampa del Presidente Conte*, 18 dicembre 2020 <https://www.youtube.com/watch?v=Xq9D0awZA-w>.

La posizione della Rete Sostenibilità e Salute sui nuovi vaccini antiCovid-19

Redazione AsSIS | 31 Dic 2020

I governi europei e molti altri, a partire da quelli delle due maggiori potenze mondiali USA e Cina, stanno investendo somme imponenti nell’acquisto dei vaccini anti Covid-19 per attuare enormi campagne di vaccinazione, con straordinario impiego di risorse finanziarie e umane. Praticamente tutta la produzione di vaccini pianificata (2 miliardi di dosi nel 2021) è stata già acquistata dai Paesi più ricchi, dove vive meno di un sesto della popolazione mondiale, e in quasi 70 Paesi a basso reddito [la maggior parte della popolazione rischia di non poterne avere accesso](#). Questo percorso di ricerca e sperimentazione senza precedenti aiuterà a contrastare la pandemia, ma discuterne i limiti e ragionare sui presupposti scientifici e operativi può aiutare una corretta gestione, istituzionale e nelle azioni dei singoli.

Un clima di fiducia e collaborazione sarà [possibile se le istituzioni](#) baseranno le decisioni di salute pubblica su trasparenza, assenza di conflitti di interessi, vigilanza post-vaccinale capillare, efficace e attendibile, precedute da un’ampia disponibilità al confronto anche con chi esprime critiche e avanza proposte in modo scientificamente motivato. I nuovi vaccini hanno/avranno un’autorizzazione al commercio in [procedura d’emergenza](#).

Lo hanno fatto la FDA (Food and Drug Administration) negli USA e l’EMA (Agenzia europea per i medicinali) in Europa. Solo in seguito vi sarà l’approvazione di EMA e FDA. Rispetto agli standard dei vecchi vaccini, le sperimentazioni per i vaccini antiCovid-19 si sono svolte con tempi molto brevi giustificati dall’urgenza e dalla gravità della pandemia, dalle nuove tecnologie utilizzate e dall’enorme erogazione di fondi pubblici. L’EMA ha ridotto di 10 volte i tempi generali di istruttoria per esprimere un parere (delibera Ema/213341/2020), a partire dalla richiesta delle case farmaceutiche di formale autorizzazione, e ha dato una ‘autorizzazione condizionata’ (regolamento CE 507/2006) per un anno, consentita – non solo per i vaccini – anche se i dati scientifici presentati sono incompleti, purché i produttori li forniscano in seguito e si impegnino a una ‘farmaco vigilanza’. L’EMA ha per altro criticato l’MHRA (Agenzia regolatoria del Regno Unito) per la velocizzazione eccessiva della procedura impiegata per autorizzare l’uso su larga scala del vaccino.

Ad oggi, decine di candidati vaccini COVID-19 sono in fase di sviluppo clinico e molti di più in sviluppo preclinico, [a ritmi senza precedenti](#), con alcuni che hanno iniziato gli studi di fase 3 entro 4 mesi dall’inizio dello sviluppo del vaccino. Gli obiettivi di questi programmi vaccinali (ad esempio eradicazione, eliminazione, contenimento della patologia) non sono ad oggi ben definibili per le [conoscenze ancora incomplete delle caratteristiche di questo virus](#).

Un vaccino contro il SARS-CoV-2 dovrebbe tra l’altro impedirne la trasmissione, ma non tutti gli studi hanno sinora valutato questo aspetto, anche se la 1a dose del vaccino Moderna pare riduca del 63% le infezioni asintomatiche, e il vaccino di AstraZeneca/Oxford (se con 1a dose bassa) le [ridurrebbe del 59%](#). Dunque almeno alcuni dei vaccini ridurrebbero le infezioni asintomatiche, ma senza evitarle, e una quota di vaccinati [possono continuare a trasmettere il virus](#) (come è dimostrato per altre infezioni, ad es. nella [pertosse](#), in cui il vaccino attenua o evita la malattia in chi lo fa, ma [non evita la](#) colonizzazione e trasmissione).

AIFA ha [ricordato](#) che

“ancora non sappiamo in maniera definitiva se la vaccinazione impedisce solo la manifestazione della malattia o anche il trasmettersi dell’infezione”

e inoltre

“vi sarà sempre una porzione di vaccinati che non svilupperà la difesa immunitaria”.

A oggi non si può dunque sostenere che la vaccinazione produrrà immunità di gregge e, già per questo, le proposte di renderla obbligatoria confliggerebbero con la sentenza n. 258/94 della Corte Costituzionale che

afferma, come primo requisito per leggi sull'obbligo di vaccinazioni, che ci sarebbe compatibilità con l'art. 32 della Costituzione "se il trattamento sia diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri", oltre che "... non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato", salvo che per sole conseguenze temporanee e di scarsa entità.

In tema di effetti avversi, però, conosciamo solo alcuni di quelli rari, e quelli a breve termine. Nello studio di fase 2 per il vaccino Moderna, con soli 40 soggetti adulti e quindi precisione molto bassa, nei primi 7 giorni gli eventi gravi sistemici sono stati il 10% (con intervallo di confidenza 0,3%-44,5%), i gravi locali il 6,7% (0,2%-31,9%), come si legge nella Table S2.

La sorveglianza attiva in atto per le prime somministrazioni nel Regno Unito con il vaccino Pfizer riporta invece il 2,8% circa di eventi gravi, definiti da temporanea inabilità a svolgere le normali attività giornaliere, a lavorare, con richiesta di assistenza da un medico od operatore sanitario. Le conoscenze attuali, dunque, non soddisfano appieno due vincoli posti dalla Corte Costituzionale.

Quand'anche li soddisfacessero, resta che la somministrazione di un nuovo vaccino alla popolazione è la cosiddetta fase 4 della sperimentazione, legittima se soddisfa anche l'eticità, il cui primo formale requisito è la partecipazione volontaria (senza forzature o penalità per chi non intendesse partecipare). Bene fa dunque il Governo a non prevedere un obbligo vaccinale. Un vaccino contro il SARS-CoV-2 dovrebbe offrire protezione contro gravi complicanze e decessi, non facili da rilevare nelle coorti arruolate negli studi (decine di migliaia di persone, ma per pochi mesi).

Gli studi randomizzati controllati (RCT) sinora presentati indicano importanti riduzioni di malattia tra i vaccinati rispetto ai gruppi di controllo, ma l'esito primario di efficacia è su casi di Covid-19 di qualsiasi gravità, non sulla riduzione dei decessi (anche se alcuni mostrano già una significativa riduzione di ricoveri). La protezione da malattie gravi e mortalità si osserverà soprattutto se i vaccini sono efficaci anche in anziani, con patologie croniche o immunodepressi, gruppi con dati d'efficacia ancora carenti, e assenti quelli su adolescenti e donne in gravidanza e allattamento.

Non è scontato che i dati di efficacia e sicurezza noti si estendano a tutta la popolazione. Allo stato delle conoscenze è opportuna la scelta di iniziare con vaccinazioni mirate alle categorie a maggior rischio di gravi conseguenze in caso di malattia.

La durata della protezione è oggi sconosciuta: sono previste due dosi per il ciclo primario, ma non si sa se, quando, e con che frequenza serviranno iniezioni di richiamo.

Le mutazioni di SARS-CoV-2 sembrano modeste, ma c'è allarme per una variante britannica, e la pressione selettiva di una vaccinazione di massa potrebbe indurre mutazioni più importanti e ridurre l'efficacia; è un problema da sottoporre a stretto monitoraggio per eventuali modifiche dei vaccini.

Le nostre richieste e proposte:

1. Chiediamo al governo italiano di condurre il negoziato con le case farmaceutiche coinvolte nella ricerca e sviluppo dei vaccini con criteri di **trasparenza** nella selezione dei negozianti, e chiediamo conto delle condizioni che l'Italia intende porre, a fronte delle erogazioni finanziarie già avvenute.
2. Chiediamo all'Italia di sostenere le proposte di paesi asiatici e africani all'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC) di **sospendere i diritti di proprietà intellettuale** (brevetti, dati clinici, procedure, tecnologie...) durante la pandemia. Ciò faciliterebbe l'accesso alle conoscenze per le comunità scientifiche e i potenziali produttori di generici nel mondo.

Rete Sostenibilità e Salute

Le nostre richieste ...

- **Attenta e prolungata sorveglianza attiva di effetti sia attesi, sia sconosciuti.**
- **Non prevedere vaccinazioni per chi ha già contratto Covid-19 o comunque infezione documentata (anche asintomatica).**
- **Non prevedere obblighi**

assis

La misura vale anche per prodotti farmaceutici e medicali efficaci per controllare il virus e tutelare le fasce di popolazione più esposte. Una deroga ai diritti di proprietà intellettuale (IP Waiver) è prevista dal Trattato di Marrakesh costitutivo dell'OMC, e oggi sostenuta da oltre 100 paesi, ma non da Commissione Europea, USA, Giappone e Australia. Un' [iniziativa internazionale](#) (ICE) in corso è sostenuta anche da firmatari di questo documento.

3. Data l'alta reattogenicità a breve termine dei nuovi vaccini e la possibilità di effetti avversi meno comuni o a lungo termine, sarà necessaria un'attenta e prolungata sorveglianza attiva di effetti sia attesi, sia sconosciuti. È noto che la sorveglianza passiva, anche nel primo mese, può rilevare effetti avversi [centinaia di volte inferiori](#) (anche nel [caso di effetti classificati gravi](#) in base all'algoritmo OMS). Comunque andrebbe sottolineato anche l'**obbligo di segnalazione** di sospette reazioni avverse ai nuovi vaccini da parte del personale sanitario. **Bene ha fatto in proposito l'AIFA a istituire con eminenti personalità un Comitato scientifico per la sorveglianza dei vaccini Covid-19.** Come pratica generale per simili Comitati, si chiede di rendere pubbliche le dichiarazioni di esperti e osservatori in merito a possibili conflitti di interessi.
4. **Non prevedere vaccinazioni per chi ha già contratto Covid-19** o comunque infezione documentata (anche asintomatica). Infezioni naturali e malattie infettive anche con altri patogeni conferiscono spesso protezioni prolungate, in genere più durature dei vaccini. Non sono solo legate al livello di anticorpi circolanti, che può decadere in mesi, ma alla [memoria immunitaria nei linfociti](#), risultata con Sars-CoV-2 ancora forte e [stabile a 6-8 mesi da infezioni anche asintomatiche](#), nel 90% dei casi. Su 1.460 ospedalieri lombardi ed emiliani già infettati nella 1a ondata, [solo l'1,8% ha avuto reinfezioni](#) nella 2a, e in 2/3 dei casi in forma asintomatica. Con altri coronavirus, come nella SARS, la protezione può durare molti anni e, nel caso dell'influenza spagnola, gli adolescenti sopravvissuti nel 1918 avevano [ancora protezione dopo i 90 anni](#). Anche per Sars-CoV-2 i casi descritti di reinfezione sono pochi e meno frequenti delle infezioni verificatesi in 2 mesi nei vaccinati (la protezione vaccinale dichiarata dai produttori non è assoluta: del 95% da Pfizer e Moderna, del 70% da AstraZeneca. Anche parte dei vaccinati, dunque, si può presto reinfettare). In ogni caso, in attesa di elementi più sicuri, chi ha già contratto la Covid-19 non è certo soggetto da vaccinare con priorità (quando sarà il suo turno, potrà nel caso richiedere la vaccinazione).
5. Comunque **non prevedere obblighi (né penalizzazioni)**, per i motivi già esposti: l'adesione a sperimentazioni, anche di popolazione, è comunque volontaria, previa informazione completa e indipendente da interessi commerciali. Inoltre allo stato delle conoscenze non è sostenibile un 'dovere etico' di proteggere gli altri, perché se permane/residua un'ampia possibilità di colonizzazione/trasmissione, come sembra dai dati attuali, non è chiaro se il vaccinato che sopprime i suoi sintomi di Covid-19, divenendo meno individuabile, sia meno (o più) rischioso per altri rispetto a chi manifesta sintomi clinici. Pertanto, parlare in questo caso di 'immunità di gregge' non avrebbe fondamento.
6. Ben venga dunque **l'offerta gratuita** di vaccini per protezione individuale di soggetti ad alto rischio, o anche a basso rischio che vogliano comunque riceverli. Va altrettanto civilmente rispettata la scelta di chi non intendesse riceverli, allo stato delle conoscenze o in generale.
7. A questo proposito, le Associazioni firmatarie di questo documento hanno deciso – presa atto della disponibilità di alcuni loro membri che allo stato attuale ritengono per i più diversi motivi di non vaccinarsi – di offrire un contributo all'avanzamento delle conoscenze scientifiche costituendo una coorte che parteciperà a un progetto dimostrativo (da strutturare), rendendo disponibili per un lungo follow-up i propri dati sanitari, in modo da consentire a un Comitato Scientifico indipendente di attuare confronti di esiti a lungo termine, se possibile con coorti di vaccinati appaite per caratteristiche fondamentali. In base all'evoluzione delle conoscenze i

partecipanti a tale progetto potranno comunque sempre decidere di uscire dal relativo monitoraggio e di vaccinarsi.

8. Infine, come sostenitori dell'approccio scientifico e della Medicina basata sulle Prove (EBM), segnaliamo l'**occasione straordinaria di effettuare una ricerca randomizzata controllata (RCT)** superando le obiezioni dei Comitati etici (che “non si potrebbe privare il gruppo di controllo dei benefici di un vaccino antiCovid-19...”), reclutando chi restasse comunque esitante dopo aver ricevuto informazioni esaurienti su vantaggi e svantaggi noti di queste vaccinazioni e sulle perduranti incertezze. Ci riferiamo a chi non sa proprio decidere se vaccinarsi o no, spontaneamente esita molto, ma non è contrario. A costoro, [in Italia forse tra il 20% e il 30% della popolazione](#), si potrebbe proporre di diventare una risorsa per la comunità, partecipando a una grande ricerca controllata pragmatica, con ricercatori indipendenti da conflitti di interessi, per far avanzare la scienza. Su milioni di esitanti, è possibile che varie migliaia accettino: alcuni grandi gruppi sarebbero randomizzati a ciascuno dei vaccini sul mercato, sapendo che lo ricevono; al gruppo di controllo non si dovrebbe fare nulla (dunque non un'iniezione “placebo”). Si avrebbero risposte sugli effetti comparativi (sia noti che oggi ignoti) a breve-medio termine, e per ogni gruppo si potrebbero registrare in modo attivo e a lungo termine malattie insorte o evitate, eventuali complicanze ed effetti benefici e avversi, durata della protezione, necessità di richiami... Alla fine si potrebbe tracciare un bilancio serio, individuando le alternative migliori, di interesse universale per tanti anni a venire.

Questa Rete, con propri rappresentanti, è a disposizione per approfondire quanto sopra accennato, in particolare negli ultimi due punti, con la Direzione Generale e Presidenza AIFA, oltre che con istituzioni scientifiche nazionali (ISS, CSS e/o CTS).

Qui [La posizione della Rete Sostenibilità e Salute sui nuovi vaccini antiCovid-19 in pdf con l'elenco dei sottoscrittori](#).

Peggio di un complotto di Leonardo Mazzei

Published: 31 December 2020 Created: 29 December 2020 (sinistrainrete.info – sollevazione.it)

Covid e Grande Reset viaggiano in coppia, proprio come i carabinieri. Senza il virus, il violento piano di ristrutturazione (e distruzione) sociale della cupola oligarchica sarebbe evidentemente improponibile. Perlomeno oggi, quantomeno nei termini desiderati da l'orsignori. Questo è un fatto. Con il virus ciò che era improponibile diventa all'improvviso altamente probabile, per molti addirittura inevitabile, per i non pochi ultras del “nulla sarà come prima” addirittura auspicabile. E questo è un altro fatto. Che ad oggi i più vedano solo il virus e non ancora l'orribile disegno sociale che gli si staglia dietro è un terzo fatto, che certo non possiamo negare. Questo è anzi lo snodo decisivo, perché l'epidemia svolge la duplice funzione di cortina fumogena e di nave rompighiaccio, quella che deve aprirsi la strada verso il “nuovo mondo” distopico del Grande Reset.

Secondo alcuni questi tre fatti sarebbero la prova di un vero e proprio complotto. Una cospirazione che avrebbe avuto come prima mossa la deliberata diffusione del virus stesso. Possiamo escludere a priori una tale ipotesi? Assolutamente no. Chi scrive è lontano mille miglia dalla *forma mentis* del complottista, tuttavia anche i complotti esistono e – pur non spiegandola nei suoi flussi profondi – possono talvolta contribuire a fare la storia. Ma qui avanziamo un'altra ipotesi, per molti aspetti peggiore, di sicuro più inquietante di quella del “semplice” complotto. Un'ipotesi che il complotto non lo esclude del tutto, ma che da esso è comunque indipendente.

“Ma è possibile che tutto il mondo sia caduto nella trappola?”

Quando contestiamo la narrazione dominante sul Covid, i nostri critici ci fanno subito una domanda: “ma è possibile che tutto il mondo sia caduto nella trappola che voi dite?”. A questa domanda non si può né si deve sfuggire. E' vero che il nostro Paese brilla come caposcuola della linea emergenzialista e della chiusura facile,

ma sbaglieremmo a non vedere come l'Italia sia tutt'altro che sola su questa impostazione. Né si può pensare che l'obiettivo di un disegno così complesso, come quello che si sta delineando, possa essere soltanto l'Italia. Ci sono semmai due precisazioni da fare. La prima è che non si dovrebbe parlare di "tutto il mondo", bensì fondamentalmente dell'occidente, perché è qui che la narrazione pandemica si è sviluppata fino al parossismo. La seconda è che anche nell'occidente il pensiero unico mono-pandemico ha trovato alcuni punti di resistenza, dalla Svezia fino all'America trumpista. Ciò detto, la domanda che ci viene fatta mantiene comunque il suo senso, perché sembrerebbe davvero difficile da spiegare un atteggiamento così simile in tanti diversissimi paesi: possibile che tutti abbiano accolto all'unisono gli input derivanti dal disegno di una ristrettissima congrega? Possibile che siano tutti ridotti al ruolo o di complici o di burattini? Purtroppo è possibile, questa è almeno la mia modestissima convinzione.

Ma è possibile solo perché la situazione era già gravida del mostro che si vorrebbe ora partorire. Per provare a capirlo dobbiamo lasciare da parte ogni spiegazione uni-lineare, dall'alto verso il basso, dedicandoci invece ad un tentativo di comprensione multi-livello. E' chiaro che c'è un "alto" che ha un suo progetto, così come c'è un "basso" che a quel disegno è chiamato non solo a piegarsi, ma perfino ad aderire. Ma in mezzo ci sono altre cose, tutt'altro che secondarie. E solo analizzando nello specifico tutti questi livelli, e più ancora le loro interconnessioni, possiamo forse spiegarci ciò che sta avvenendo.

Alla fine scopriremo tre cose: 1) che il disegno della cupola oligarchica c'è eccome, ma di questo non dubitavamo proprio; 2) che esso si dipana attraverso una serie di semi-automatismi propri di ciascun livello, connessi quanto relativamente indipendenti tra di loro; 3) che la forza (dunque la pericolosità) del disegno oligarchico non sta nel semplice dominio, quanto nel suo collocarsi dentro ad un più complessivo sviluppo sistemico. Senza nessuna pretesa di completezza, cinque mi sembrano i livelli decisivi, quelli che qui prenderemo in esame: 1) la cupola oligarchica, 2) i media, 3) la scienza, 4) la politica, 5) la società. Ma proprio perché vogliamo sfuggire da un'esposizione uni-lineare, non partiremo né dall'alto né dal basso, bensì da quel che sta in mezzo, cominciando da una tessera decisiva del puzzle: i media.

1. L'orgia di sangue dei media

Sappiamo quanto i media siano importanti. Non per quanto informano, ma per quanto riescono a disinformare. Proprio per questa loro specifica potenza di fuoco i media non hanno mai un padrone purchessia. Essi – parliamo qui evidentemente di quelli che contano – hanno sempre un padrone che sta nella ristrettissima cerchia della cupola dominante, meglio se pure membro della cosca di volta in volta vincente.

Ma i media hanno anche una loro specifica legge di funzionamento. Si tratta della legge delle 3S: sangue, sesso, sport. Tutte e tre queste "esse" hanno il loro peso nel tenere la gente incollata al video, ma la prima "esse", quella di "sangue", è di gran lunga la più importante. Allenati dalla rincorsa di ogni particolare sanguinolento della cronaca nera, avvezzi a trasformare ogni problema in catastrofe, figuriamoci se i media potevano fallire sull'epidemia!

Dal loro punto di vista, e qui prescindendo da ogni input arrivatogli dall'alto, il virus è stato una vera manna. Pagine e pagine, ma più ancora ore ed intere giornate tv, riempite senza sforzo alcuno e con il massimo dell'audience. Perché a tale scopo basta un solo ingrediente, la paura. E con un solo ingrediente, purché sia quello giusto, anche il cuoco più sciatto può sempre fare la sua figura. Dunque, che l'epidemia duri, che nessuno osi abbassare i toni, che l'allarme sia sempre vivo, che per ogni notizia buona ce ne siano cento cattive, che nessuno osi respirare. Paura, paura, paura. Sangue, sangue, sangue. Del resto, Covid a parte, non è forse questo lo standard di mille programmi televisivi dedicati all'ultimo omicidio in grado di attrarre schiere di telespettatori?

Di emergenzialismo si nutre anzitutto la politica, ma l'emergenzialismo nasce prima nelle redazioni che nei palazzi istituzionali. E vi nasce in automatico, da lì riversandosi verso il grande pubblico, per meccanismi propri legati all'audience, al business, al potere della funzione svolta. Ovvio come tali meccanismi risultino ancor meglio oliati se tra media e politica si instaura il rapporto osmotico che ben conosciamo.

2. La politica debole in cerca di puntelli

Osmosi è in effetti la parola giusta. Ma nel nostro mondo, che non è quello delle dittature classiche del passato, il flusso destinato a creare e consolidare le “verità” sistemiche non va generalmente dalla politica ai media, bensì in senso inverso. Ne consegue che i moderni padroni del vapore – ciò che qui chiamiamo cupola oligarchica – non controllano i media tramite la politica, ma controllano la politica grazie al possesso dei media. Naturalmente questa non è una novità dell’oggi. Tuttavia, se adesso questo meccanismo è particolarmente efficiente, ciò è dovuto non solo alla concentrazione monopolistica dei media (che pure c’è), ma soprattutto – ecco la vera novità dei tempi nostri – alla straordinaria debolezza della politica partorita da un quarantennio di neoliberalismo dispiegato. Questa debolezza è particolarmente evidente in un Paese disgraziato come il nostro, ma sbaglieremmo a pensare che essa sia confinata solo a sud delle Alpi. In realtà, ciò che chiamiamo politica – partiti, parlamenti, governi ai vari livelli, eccetera – si è indebolito in tutto l’occidente. Guardando all’Europa, si pensi per esempio alle pittoresche figure di alcuni degli ultimi presidenti francesi con il relativo sconquasso dei partiti storici ad essi collegati, ma pure ad una classe dirigente inglese che ha messo anni a trovare il bandolo della matassa della Brexit. Se poi passiamo l’Atlantico, lo spettacolo risulta ancora più evidente. Nell’ultima campagna elettorale americana non è stato il potere politico a censurare i media, bensì i media – nella particolarissima ma potentissima forma dei cosiddetti “social media” – a censurare ripetutamente Donald Trump, cioè la massima espressione della politica nazionale e non solo. Ce n’è abbastanza per capire come funziona il potere oggi. In Italia, Paese paradigmatico di questo modello, le cose non potrebbero essere più chiare. Dopo che i partiti storici sono caduti, uno dopo l’altro, nella decisiva fase di passaggio alla seconda repubblica (1992-94), quel che ne è rimasto è andato indebolendosi sempre più nei decenni successivi. Qui il discorso si farebbe vasto ed interessante, ma non è il caso di dilungarsi in questa sede. Basta che ci ricordiamo dei tanti governi “tecnici” o similari, di un parlamento ballerino e trasformista come quello attuale, di un presidente del consiglio pescato non si sa bene dove, di un’opposizione senza idee e senza proposte che aspira a diventare maggioranza solo per continuare a fare le stesse cose di chi governa oggi. Ma le “stesse cose” di cui sopra sono esattamente quelle che qualcuno – la cupola oligarchica che ha il potere reale – vuole. E che le impone, molto spesso, attraverso la potenza dei media. Quegli stessi media che hanno poi la decisiva funzione di promuovere in una determinata fase il personaggio x, a danno magari del personaggio y, nel frattempo divenuto inutile od inadatto allo scopo. Sta di fatto che queste promozioni e bocciature mediatiche, che riescono frequentemente (anche se non sempre) a determinare gli stessi risultati elettorali – sono in genere senza appello. Quel che risulta da questo quadro è chiaro: una politica debole, come l’attuale, non può andare davvero controcorrente rispetto ai media. Tantomeno può farlo su un tema che è diventato pervasivo, come quello della sicurezza. Figuriamoci su quella forma particolare, e particolarmente penetrante, che è la sicurezza sanitaria, vera o presunta che sia. Siamo così tornati al Covid. Alla politica, cioè al governo ma non solo, non è parso vero di poter blindare la situazione con tanto di “stato d’emergenza”, lockdown, Dpcm, eccetera. Così facendo una politica in crisi, peraltro la stessa che ha devastato la sanità nazionale negli ultimi decenni, si è potuta presentare come “buona”, come attenta alla salute dei cittadini, come non più responsabile del disastro economico che il Paese vive dal 2008. Vi sembra poco? Per l’attuale politica non poteva esserci di meglio. Da qui la piena simbiosi con il catastrofismo mediatico. L’emergenza deve infatti pur basarsi su qualcosa. E se questo qualcosa non è sufficiente allo scopo, se la sproporzione tra il male ed una “cura” che fa più danni del male stesso rischia di emergere, ecco che i media possono sempre chiudere questo iato. Basta un titolone sulle terapie intensive o sulla “variante inglese” ed il gioco è fatto. Ogni misura claustrale verrà non solo giustificata, ma pure premiata. Alla fine della fiera i risultati concreti di questo meccanismo sono chiari, basti pensare ad una nullità come il ministro Speranza, elevato dai sondaggi a politico col maggior consenso popolare del momento. La connessione tra media e politica è dunque strettissima. Ma con il Covid la politica ha trovato un altro decisivo puntello: la scienza. Ora qui dovrebbe aprirsi il discorso su quel che è oggi la scienza. E piuttosto che di scienza, dovremmo parlare più correttamente di scientismo da un lato e di scienza-spettacolo dall’altro, ma per il 99% delle persone tutto ciò non farebbe differenza. I media hanno deciso che Burioni è uno scienziato e così dev’essere, idem per tutti gli altri. Che più terrorizzano e più stanno sul palcoscenico, che se hanno un

intoppo (vedi Crisanti sui vaccini) devono subito recuperare punti raddoppiando l'allarmismo sulla terza ondata, e così via. Ad ogni modo non ci vuol molto per capire che per la politica l'alleanza con la "scienza" è un'altra manna caduta dal cielo. Ecco perché non si sono risparmiati posti agli "scienziati" nelle decine di task force create per il Covid. Davvero tutto ciò è servito a contrastare meglio l'epidemia? Viste le contraddizioni, i litigi, i primadonnismi, ma soprattutto i pessimi risultati ottenuti, dubitarne è più che lecito. Ma quel che probabilmente non è servito a nulla a livello sanitario, è stato invece utilissimo a livello politico. Gli stessi intollerabili Dpcm, con le loro norme spesso incomprensibili oltre che assurde, sono apparsi più accettabili proprio perché sempre benedetti dal Cts (Comitato tecnico scientifico), un nome non a caso sempre sulle labbra di Conte nelle sue insopportabili comunicazioni serali agli italiani.

3. La "scienza" oggi, ovvero il trionfo dello scientismo e la sconfitta della ragione

Della scienza in astratto non saprei dire, ma dei concreti "scienziati" che popolano il palcoscenico da mesi è fin troppo facile parlare. Anche per costoro l'epidemia è stata una manna. Certamente affermati nel loro campo, ma da sempre sconosciuti al grande pubblico, per molti di loro è arrivato l'insperato salto verso il palcoscenico televisivo. Con tutte le conseguenze del caso... Che per seguire certe dinamiche della scienza, intesa qui come uno dei campi concreti del potere e degli interessi che gli ruotano attorno, si debba seguire anzitutto il flusso dei soldi, è cosa fin troppo nota. E tuttavia giova sempre ricordarla. Tanto più nel momento della sua sacralizzazione come fonte della verità assoluta. Del resto ci sono molti modi di fare scienza, e soprattutto di raccontarla. Una cosa è se dico che siamo in presenza di un virus sconosciuto che sta generando un'epidemia catastrofica che farà milioni di morti; altra cosa è se affermo che siamo di fronte ad un'epidemia influenzale più grave, assimilabile magari all'Asiatica ma di certo non alla Spagnola. Alla fine i morti ci saranno comunque, ma nel secondo caso si sarà fornita una realistica cornice in cui sviluppare il ragionamento tanto sulle misure da prendere, quanto su tutto il resto. Nel primo caso invece si sarà semplicemente arato il campo per far germogliare tutte le forme possibili e immaginabili di quel catastrofismo irrazionale che si vuole imporre a tutti i costi. Quale di questi due racconti è stato di gran lunga prevalente (diciamo al 99,9%) in questi mesi? Ecco una domanda alla quale saprebbe rispondere chiunque. Ma poteva andare diversamente? Assolutamente no, perché qualora la ragione avesse prevalso sull'irrazionalità scienziata, sarebbe venuto meno non solo il palcoscenico (che per sua natura alla ragione raramente si sposa), ma pure i [giganteschi interessi](#) di quell'industria dell'emergenza che tanti soldi ha fatto in questi mesi, ma che ha soprattutto i mezzi per promuovere o bocciare questo o quell'indirizzo della ricerca scientifica. Perché, ricordiamolo sempre ai signori della certezza scientifica, la scienza da loro idealizzata proprio non esiste, mentre esiste invece la "scienza reale", quella che sforna sì ricerche e soluzioni a tanti problemi della vita umana, ma che non lo fa però disinteressatamente, bensì seguendo precisi obiettivi indicati dal committente. In termini marxisti, il prodotto scientifico – chiamiamolo così per intenderci – possiede al contempo tanto un valore d'uso (relativo alla sua utilità sociale), quanto un valore di scambio. Al capitalista è quest'ultimo che interessa, ma esso non potrebbe esistere ove non coesistesse al tempo stesso anche il valore d'uso. Tutto questo è pacifico e arcinoto. E tuttavia potrebbe portarci fuori strada. Facciamo ad esempio il caso del vaccino. Possiamo negare che il vaccino possa in qualche modo contribuire a contrastare l'epidemia? Possiamo cioè negare in assoluto il suo valore d'uso? Evidentemente no. Possiamo, e con mille ragioni, dubitare della sua sicurezza. Così come possiamo dubitare ragionevolmente della sua sensatezza, visto che avrà forse un'efficacia temporale molto limitata, o considerato comunque che l'epidemia si esaurirà probabilmente da sola in un biennio, come ci ha ricordato il 24 dicembre lo stesso presidente dell'Aifa – Agenzia italiana del farmaco – [Giorgio Palù](#). Ma, ci direbbe subito il vaccinista di turno, si può per questo negare che il vaccino possa avere un ruolo, magari marginale, nel salvare un certo numero di vite umane? Ecco, è a questo punto del discorso che si imporrebbe – beninteso, per entrambe le parti – il passaggio dalla tifoseria al ragionamento. Certo che il vaccino potrebbe salvare un certo numero di vite umane, ma quante altre potrebbe metterne a rischio a causa di una sperimentazione del tutto insufficiente? Vale davvero la pena adottare una "soluzione" forse peggiore del male? Ora, che una simile discussione non possa trovare una sponda riflessiva nei potentati di Big Pharma è fin troppo ovvio. E che la politica segua il mondo

del business non è certo una novità. Ma se la scienza fosse quella che si vorrebbe far credere, ci si dovrebbe allora aspettare qualcosa di diverso. Ma quel qualcosa di diverso – il ragionamento, il dubbio, il confronto tra diverse opinioni e possibilità – proprio non c'è. E se non c'è una ragione ci sarà. E la ragione è che la “scienza reale” del nostro tempo è solo uno dei campi in cui si esercita il potere dei dominanti. Un campo fondamentale, non solo per ciò che produce in termini concreti, ma perché la cosiddetta “verità scientifica” è rimasta l'ultima religione di legittimazione dell'attuale sistema di dominio. Ecco perché il vaccino – ma questo è solo un esempio – ci viene presentato non tanto come “utile”, quanto soprattutto come sacro. E chi nega il sacro è un profanatore sacrilego. Uno col quale non si discute, uno semplicemente da ostracizzare. Un negazionistaaaaa! Quanto sia comoda alla cupola oligarchica una scienza del genere lo si può ben capire. Ma lo stesso discorso vale per i media, che possono così dilettersi nella caccia all'untore. Altrettanto comodo pure per la politica, che può in questo modo cancellare le sue enormi responsabilità nel campo sanitario, facendosi ora paladina dell'arrivo e della rapida distribuzione del miracoloso vaccino. Le immagini sul primo [furgone della Pfizer](#) che ha valicato il Brennero nel giorno di Natale, scortato dalle forze di polizia come se contenesse i lingotti d'oro di Bankitalia, parlano da sole. Questo vaccino non è un semplice farmaco, è il simbolo di un nuovo potere che si va costituendo grazie al Covid. In quel potere la “scienza” – questa “scienza” – avrà (ed ha già) un bel posto a tavola. Poteva la “scienza reale” del nostro tempo sottrarsi a questo invito al banchetto dei vincitori? Solo un ingenuo potrebbe rispondere di sì.

4. La (non) società del distanziamento (a)sociale

Esaminato, sia pure sommariamente, quel che sta in mezzo (i media, la politica, la scienza), è ora il momento di occuparci della base della piramide, cioè della società. Ovvio come parlare indistintamente della società nel suo insieme si presti a diversi rilievi, visto che la società è fatta di classi, ceti e gruppi sociali. Qui non affronteremo però il tema della spaccatura sociale – andando con l'accetta, quella tra “garantiti” e “non garantiti” – prodotta dalla criminale gestione sistemica dell'epidemia. Dal punto di vista dell'azione politica, questo è in realtà il tema dei temi. Ma, avendone già parlato in tanti articoli, diamo qui per scontata (almeno all'ingrosso) la consapevolezza di ciò che sta accadendo su quel piano. Scopo del presente articolo è invece quello di provare a capire le ragioni della scarsa resistenza che sta trovando per ora – sottolineiamo il per ora – il disegno di profonda ristrutturazione sociale portato avanti dalla cupola oligarchica. Ed è su questo che ci vogliamo concentrare. Ripartiamo allora dalla già ricordata domanda che ci viene rivolta ogni volta che contestiamo la narrazione ufficiale sul Covid: “è possibile che tutto il mondo sia caduto nella trappola che voi dite?”. Abbiamo già visto come tutto ciò sia non solo possibile, ma assolutamente conforme alle concrete modalità di funzionamento dei media, della politica e della scienza. Ma, parlando della società, la domanda dovrebbe essere così riformulata: “è possibile che tutte le persone siano cadute nella trappola che voi dite?”. Ora, se dire “tutte” sarebbe assolutamente inaccettabile – molti nel mondo si stanno ribellando sia in forma collettiva che individuale, e questo inizio di ribellione ha un valore inestimabile – quel che non si può negare è che, nonostante le sue palesi incongruenze, una larga maggioranza della popolazione ha realmente accettato la narrazione dominante. Di fronte al bombardamento mediatico h24, davanti ad una situazione assolutamente inedita come l'attuale, tutto questo non deve stupire. In certi passaggi della storia la verità ha bisogno di lotte, di tempo, e generalmente anche di sacrifici e talvolta di martiri, per iniziare a farsi strada.

Sbaglieremmo però a limitarci a queste, pur sacrosante, considerazioni di fondo. Parlando dell'occidente, la mia impressione è che la società attuale fosse in qualche modo già pronta al salto nel buio che ora gli viene proposto. E questo per almeno tre motivi.

Il primo motivo è che l'emergenzialismo, sempre promosso dai dominanti, è stato largamente assorbito da ampi strati sociali. Chi scrive se ne è già occupato in passato riguardo alla cosiddetta – quanto a mio parere nella sostanza inesistente – “[emergenza climatica](#)“. Ma, a parte le trascurabili opinioni del sottoscritto, nessuno potrà negare come da molti anni ormai, a fronte delle più disparate problematiche, il messaggio dominante sia sempre di tipo catastrofico. Se, nelle stesse condizioni, un tempo i governanti tendevano generalmente a tranquillizzare, oggi fanno esattamente l'opposto. Ci sarà pure un perché. E' chiaro come l'emergenzialismo sia una vincente

tecnica di governo, tanto più se sposato, come sempre avviene, con il suo degno compare, quel “securitarismo” che la destra coniuga in maniera rozza e volgare, ma che il blocco sistemico dominante (sempre culturalmente di “sinistra”, come ci avrebbe ricordato Costanzo Preve) declina invece in maniera ben più subdola ed astuta, come l’ultima variante sanitaria ci dimostra.

Il secondo motivo sta nella progressiva affermazione di un’innaturale rapporto con la morte. Il fatto è che, di securitarismo in securitarismo, la nostra società ha sviluppato l’irrealistica idea della sicurezza assoluta. Uno degli effetti paradossali di questa idea è che, mentre ad esempio gli omicidi calano di anno in anno, le notizie su quegli stessi crimini (e dunque il relativo allarme sociale che ne deriva) seguono la traiettoria inversa. Ora, è chiaro che nessuno vorrebbe morire assassinato, ma neanche di Covid o di incidente stradale. E neppure di tumore od infarto, che pure restano le fini di gran lunga più probabili per ciascuno di noi, ma che proprio per questo non fanno notizia. Il governo che si impegnasse seriamente a ridurre le cause dei tumori e delle malattie cardiovascolari, innanzitutto abbattendo le principali forme di inquinamento, non ne trarrebbe gran beneficio in termini di consenso. Mentre, al contrario, l’ossessiva insistenza sulla sicurezza in ogni ambito della vita sociale paga, quantomeno in termini elettorali.

E’ pazzesco, ma sembra quasi che per molti ci volesse il Covid a ricordare che la vita ha una fine. Molte sono probabilmente le cause di questo rapporto malato con la morte, ma certamente non è difficile indicarne almeno due. In primo luogo c’è la perdita di memoria. Se la vita viene intesa come eterno presente – e questa è la spinta prevalente che viene da un pensiero dominante teso a cancellare ogni progettualità – è chiaro come l’idea della morte possa tendere ad uscire dall’orizzonte dell’essere umano. Ma c’è un secondo fatto: l’idea dell’immortalità, intesa come obiettivo oggi raggiungibile attraverso la scienza e la tecnica, se da un lato appartiene alle follie transumaniste di ristrette oligarchie, dall’altro solletica pure l’inconscio di ognuno. Detto *en passant* è questa una china assai pericolosa, una tendenza che solo la razionalità filosofica potrà contrastare. Se la coppia emergenzialismo/securitarismo ed il mutato rapporto con la morte, frutto anche della crisi delle religioni, spiegano molto, c’è però un terzo motivo per cui la nostra società era pronta ad accogliere la pessima novella di un mondo ancor peggiore. Questo terzo motivo si chiama individualismo. Ora, nessuno vorrà dubitare come l’individualismo abbia avuto modo di potenziarsi al cubo grazie al dominio del pensiero neoliberista. “*La società non esiste: esistono solo individui, uomini, donne e famiglie*“, era questa la frase preferita da Margaret Thatcher, che del neoliberismo è stata la vera capofila politica nei decisivi anni ottanta del secolo scorso. Come poteva opporsi al tremendo concetto chiave del “distanziamento sociale” una società già ampiamente devastata da una visione come questa? Credo che quando gli storici si occuperanno a freddo dell’attuale vicenda avranno molto da riflettere su questa formula, preferita non a caso a quella più asettica di “distanziamento fisico”.

Nella lingua italiana, distanziamento sociale vuol dire infatti solo una cosa: distanza, in questo caso da mantenere (ci mancherebbe!), tra ricchi e poveri. Che a “sinistra” si sia potuto accettare, peraltro senza fiatare, una formula del genere ci parla molto sia della “sinistra” sia del tempo maledetto che viviamo.

Ma tiriamo le somme e non divaghiamo troppo. Se quanto scritto finora ha un senso, la conclusione è semplice: anche la società, pur nelle sue tante contraddizioni, era nel suo insieme pronta al signorsì. Più esattamente, la maggioranza delle persone che la compongono erano già pronte a: 1) scattare sull’attenti al primo squillo di tromba del catastrofismo pandemico, 2) rinunciare a vivere in nome di una vita purchessia, 3) accettare il distanziamento (a)sociale come norma di un futuro che qualcuno vorrebbe pure dipingerci come migliore. Attenzione! Il concetto di distanziamento, sul quale tanto si insiste, ha anche un altro risvolto. Esso allude infatti anche ad un’altra distanza da mantenere, meglio da dilatare blindandola: quella tra potere e cittadini. Questa distanza non è solo quella, classica ed arcinota, tra governanti e governati, ma pure quella meno acuta ma più diffusa che ognuno può riscontrare nella vita di tutti i giorni. Le banche, i luoghi di cura, i comuni, tutti gli altri uffici pubblici, sono diventati come delle fortezze, dalle quali il cittadino deve essere tenuto il più lontano possibile.

Domanda retorica: era davvero inevitabile tutto ciò? Ai gonzi che lo credono lasciamoglielo credere, ma chi ha un po' di sale in zucca sa perfettamente che non è così, che è stata anche questa una scelta simbolica ben precisa. Una scelta con la quale si è detto: cari signori, un tempo avevate qualche modesto diritto; bene, sappiate che adesso quel tempo è finito. La (non) società del distanziamento (a)sociale è pronta ad accogliervi. In essa la contraddizione tra popolo e potere, tra piazza e palazzo è risolta: la piazza è stata infatti abolita, resta solo il palazzo, ma sappiate che si occupa tanto di voi...

5. **La cupola oligarchica gioca le sue carte**

Ma se il “basso” (la società) è così ricettivo, se chi sta in mezzo (media, politica, scienza) è complice interessato, per quale motivo chi sta in alto – quella che abbiamo definito come cupola oligarchica – dovrebbe farsi troppi scrupoli a giocare le sue carte? E difatti non se li fa proprio. La parola d'ordine chiave, quella per cui “nulla deve tornare come prima”, è stata diffusa a piene mani già nell'ora zero del Covid. Così abbiamo scritto a tal proposito in un [nostro precedente articolo](#):

«“Nulla sarà come prima”. Questa apodittica sentenza apparve sulla stampa fin dai primi giorni dell'epidemia. Come poteva giustificarla un virus del quale si sapeva in fondo assai poco? Che forse era la prima pandemia influenzale affrontata dall'umanità? Che forse dopo quelle conosciute nel Novecento nulla è stato più come prima? Suvvia, siamo seri. Una simile affermazione, peraltro ripetuta all'unisono da tutti i media mainstream, ci parla piuttosto di un messaggio pesato e pensato dalla cupola oligarchica che ci vuole schiavi. E che con il Covid punta allo scacco matto nei confronti dell'Homo sapiens».

Certo, queste nostre conclusioni potranno sembrare estreme e discutibili, ma il “nulla sarà come prima” rimane un tema irrisolto quanto inquietante, un punto inaggrabile sul quale tutti dovrebbero riflettere almeno un po', specie chi ancora crede all'edificante narrazione ufficiale. Vedremo se mai avverrà. Ma davvero possono esserci ancora dei dubbi sul fatto che la cupola oligarchica abbia un suo preciso progetto? Questo disegno ha ormai preso il nome di Grande Reset, titolo del libro di Klaus Schwab e Thierry Malleret, ma pure del prossimo Forum economico mondiale di Davos e della copertina di ottobre di *Time*. Quel che è certo è che qui niente è segreto: “nulla deve tornare come prima”. Come volevasi dimostrare. Uomini e donne della cupola oligarchica, sempre spalleggiati dai media mainstream, ce lo ricordano di continuo. Solo i ciechi, e ancor di più chi ha deciso di esserlo per non rimettere in discussione i propri schemi mentali, possono non vederlo. Auguri! Abbiamo ricordato chi ci sia dietro al Grande Reset, giusto perché sia chiara la dimensione globale di questo progetto. Ma per capire di cosa stiamo parlando basta concentrarsi su quel che si sta preparando nelle cucine brussellesi dell'Ue e più specificatamente in Italia. A tale proposito è estremamente istruttiva la lettura del [Recovery Plan](#), il documento (detto anche “Piano nazionale di ripresa e resilienza” – Pnrr) elaborato dal governo Conte. Adesso le beghe interne alla maggioranza parlamentare potrebbero portare alla parziale riscrittura di quel testo, ma nessuno tra i contendenti ne mette in discussione gli obiettivi di fondo. Anche perché la mitica “Europa” (più modestamente l'Ue) non lo consentirebbe.

Ma qual è il succo di questo piano? A fronte di una crisi catastrofica, che si è innestata su quella (mai risolta) iniziata nel 2008, quali sono le risposte chiave che dovrebbero appunto favorire la ripresa? Secondo gli autori di questo documento, necessariamente in linea con i loro controllori di stanza nella capitale belga, queste risposte viaggerebbero su quattro linee strategiche, la prima delle quali – quella più importante, cui tutte le altre in qualche modo si raccordano – sarebbe la cosiddetta “modernizzazione” del Paese.

Non è questa la sede per un esame approfondito di quel corposo documento, ma quel che è importante cogliere è che laddove si parla di “modernizzazione” ciò che si deve intendere è in realtà “digitalizzazione”. Ora, siccome la digitalizzazione è in atto da decenni e non è dunque una novità dell'oggi, è chiaro come qui si lavori ad un salto di qualità accelerato e senza precedenti verso la “nuova società” tanto agognata dai dominanti. Sta di fatto che le parole “digitale/digitalizzazione” appaiono nel testo ben 175 volte, un'ossessione che si commenta da sola, specie se consideriamo che la parola “innovazione”, con la quale si intende sostanzialmente la stessa cosa, compare 112 volte. Ma, ovviamente, oltre alle parole bisogna contare pure i soldi del Piano.

Bene, su un totale di 196 miliardi di euro, ben 48,7 (pari al 24,8%) sono destinati alla digitalizzazione/innovazione, secondo capitolo di spesa dopo la cosiddetta “Rivoluzione verde e transizione ecologica”. Ma, attenzione, queste cifre sono in realtà ingannevoli, perché il tema ossessivo della digitalizzazione (o se preferite della “quarta rivoluzione industriale”) riappare in tutti gli altri capitoli. Dall’istruzione (19,2 miliardi), dove evidentemente non si intende certo mollare l’obbrobrio della didattica a distanza, alla pittoresca “manutenzione stradale 4.0”! Ma il caso più illuminante è quello della sanità, la cui modesta dotazione (9 miliardi) è tutta destinata a due precisi campi di intervento: 1) assistenza di prossimità e telemedicina (4,8 miliardi) e 2) innovazione, ricerca e digitalizzazione dell’assistenza sanitaria (4,2 miliardi). Insomma, come nella scuola, come per lo smart working, anche per la sanità il modello è quello che punta ad istituzionalizzare quel che grazie al Covid già si sta facendo adesso: la “cura” a distanza.

Come ci dicono questi pochi dati, la cupola oligarchica non produce solo parole, ma anche fatti. E sono fatti che si collocano tutti sulla linea del sig. Schawb e del mondo di paperoni che rappresenta. Chi, come noi, si batte da anni per l’uscita dalla gabbia europea non può limitarsi oggi al significato economico e finanziario del Recovery Fund. Assieme alla denuncia di questi aspetti, e di quelli relativi all’ulteriore restrizione della nostra sovranità – azione che conduciamo fin da quando questo progetto ha visto la luce (leggi [qui](#), [qui](#) e [qui](#)) -, occorre oggi un’opposizione altrettanto forte ai contenuti del Pnrr, al mondo distopico verso cui vuol contribuire a condurci. Per realizzarlo, l’oligarchia è disponibile anche a veder crollare pesantemente il Pil per un certo periodo di tempo. Intanto, il nucleo forte (la cosca vincente) dell’oligarchia dominante sta [guadagnando alla grande con l’epidemia](#) ed a dispetto del tracollo dell’economia reale. In secondo luogo, i loro obiettivi strategici, che attengono al potere e non solo al denaro, guardano più avanti, al medio e al lungo periodo. Insomma, la “distruzione creativa” tipica del capitalismo è in atto, ma ha bisogno di tempo. E stavolta ha bisogno di distruggere ben più del solito. Ecco spiegato così il costante riferimento alla guerra dei portavoce della cupola oligarchica. Per costoro (così è scritto nel loro libro-Bibbia) il Covid è un’opportunità da non lasciarsi sfuggire. Da qui il loro augurio (mascherato da previsione) che il peggio debba ancora venire. A loro va bene così. Mentre il pesce grosso mangerà quelli piccoli, milioni di aziende scompariranno con i loro lavoratori, ma se lo saranno meritato perché incapaci di adattarsi al Grande Reset! La cupola oligarchica sta dunque giocando le sue carte in maniera scoperta. Può farlo proprio perché il terreno era pronto. Lo era per le concrete modalità di funzionamento dei media, per l’estrema debolezza della politica, per l’asservimento interessato della scienza. Lo era perché la società era pronta a rinnegare se stessa divenendo “asociale”. Chiudiamo sul punto ad essa dedicato, chiarendo la ragione per cui abbiamo scelto di parlare di “cupola oligarchica”, anziché di semplice “oligarchia finanziaria” come abbiamo fatto in tutti questi anni ragionando sulla crisi e sul vertice assoluto che presiedeva alla sua gestione. La ragione è semplice: il mondo dell’alta finanza mantiene ovviamente la sua centralità anche in questo decisivo frangente, ma il disegno del Grande Reset non è semplicemente di tipo finanziario. Esso va oltre. E proprio per questo la cupola che sta conducendo il gioco include anche i grandi *opinion maker*, molti dirigenti politici (non tutti sono semplici marionette), tanti scienziati in cerca di soldi e di gloria. E’ dunque una cupola potentissima. Guai a sottovalutarla.

Alcune conclusioni

Giunti a questo punto si sarà capito per quale ragione consideriamo quel che sta avvenendo come assai peggiore di un complotto. Il complotto non c’è semplicemente perché la cupola dominante si sente così forte da poter giocare a carte scoperte, presentando il suo disumano disegno come buono, caritatevole, attento alla salute, ambientalista e ovviamente femminista. Da questo punto di vista la lettura del Recovery Plan è illuminante, ma ricordiamo ancora una volta che il documento del governo italiano prende le mosse dalle direttive europee contenute nell’accordo definito a luglio. In esso si contano 69 volte le parole sostenibile/sostenibilità (crescita sostenibile, trasporto sostenibile, eccetera). La parola “verde” (enfaticamente addirittura come “rivoluzione verde”) la troviamo 34 volte in italiano e 23 nell’immane lingua inglese, accompagnata da “ecologia” (21), “clima” (33), “ambiente” (37), “economia circolare” (25). Ma anche la parola “genere” (parità e disuguaglianza di) fa la sua figura, comparando nel testo ben 60 volte. Questi numeri, l’uso sfrenato della terminologia del

politicamente corretto di “sinistra”, ci dicono quanto avesse ragione il già citato Costanzo Preve quando ci ricordava come il capitalismo reale dei nostri giorni sia *economicamente di destra, politicamente di centro, culturalmente di sinistra*.

Questo mostro a tre teste, non più in grado di andare avanti senza una fase di violenta *shock economy* alla Milton Friedman, sta oggi tentando la mossa del cavallo. A tale scopo l’epidemia gli è venuta a fagiolo. Ma la strategia era già pronta. Ed essa confidava e confida tuttora sulla speculare impreparazione di chi a tutto ciò dovrebbe opporsi. Ma siamo solo all’inizio. La prima battaglia – quella dell’imposizione di un generalizzato clima di terrore – l’hanno vinta loro. E vista la situazione generale non poteva andare altrimenti. Ma la guerra sarà lunga, e la violenza estrema che viene esercitata sulla stessa natura umana potrebbe ritorcersi contro a chi oggi sembra invincibile. Mille contraddizioni scoppieranno. Il dramma sociale che adesso nascondono dietro il virus verrà alla luce, così pure le verità su un’epidemia strumentalizzata a gogo. Non bisogna dunque spaventarsi. Loro hanno l’arma della paura; la nostra lotta contro l’oppressione dovrà usare quelle della ragione, della verità, dell’umanità. Certo, le tante manifestazioni di questi mesi sono ancora poca cosa rispetto alle dimensioni dell’attacco che viene portato. Poca cosa, sia in termini quantitativi che qualitativi. Ma il merito di chi ha iniziato a ribellarsi, nelle forme in cui oggi è possibile, è immenso. *Non è che l’inizio, continuiamo a combattere.*

L’OMS ha appena modificato la definizione di immunità di gregge. Adesso si acquisisce solo con la vaccinazione

Jeffrey A. Tucker aier.org Dic 31, 2020 comedonchiscotte.org

Non avete a volte la sensazione che stia succedendo qualcosa di sospetto? Sullo stesso argomento, voglio dire. Se non è una cosa è un’altra. Il coronavirus sopravviveva sulle superfici e poi no. Le mascherine prima non funzionavano, poi funzionavano di nuovo e poi hanno smesso di funzionare. C’è una trasmissione asintomatica, solo che non c’è. I lockdown sono efficaci per controllare il virus, solo che non lo sono. Tutti i positivi sono malati asintomatici ma, ops, i test PCR sono assolutamente inattendibili perché non erano mai stati intesi come strumenti diagnostici. Tutti sono in pericolo per il virus, ma non lo sono. Si diffonde nelle scuole, ma anche no. Si diffonde. Ogni giorno. Non c’è da stupirsi che così tanta gente abbia smesso di credere a ciò che dicono le “*autorità sanitarie pubbliche.*” Insieme ai governatori e agli autocrati che eseguono i loro ordini, queste stesse autorità hanno deciso di toglierci la libertà e i diritti umani e si aspettano che noi le ringraziamo per averci salvato la vita. Ad un certo punto, quest’anno, (per me era stato il 12 marzo) la vita ha iniziato a sembrarmi come un qualunque romanzo distopico di vostra scelta. Bene, ora ho un’altra prova da aggiungere al mucchio delle cose che puzzano. L’Organizzazione Mondiale della Sanità, per ragioni sconosciute, ha improvvisamente cambiato la sua definizione di un concetto fondamentale dell’immunologia: quello dell’immunità di gregge. Questa scoperta era stata una delle maggiori conquiste della scienza del XX secolo: la teoria era gradualmente emersa negli anni ’20, per poi farsi sempre più raffinata nel corso del XX secolo.

L’immunità di gregge è un fenomeno affascinante che si può analizzare in termini strettamente biologici o statistici, a seconda dell’approccio preferito. (Non è certamente una “*strategia,*” quindi ignorate qualsiasi fonte mediatica che la descrive come tale). La prima cosa che, sulla base delle osservazioni empiriche, ci insegna l’immunità di gregge è che i virus respiratori sono o diffusi e per lo più lievi (quello del comune raffreddore) o molto gravi e di breve durata (Ebola).

Come mai? Perché quando un virus uccide il proprio ospite, quando cioè un virus sovraccarica la capacità dell’organismo di integrarlo, il virus muore con l’ospite e perde la capacità di replicarsi. Più questo accade, meno il virus si diffonde. Se il virus non uccide il suo ospite, può infettarne altri con tutti i mezzi consueti. Quando si viene infettati da un virus l’organismo reagisce e il sistema immunitario codifica l’informazione in modo da creare immunità nei suoi confronti. Quando questo succede in un numero sufficiente di persone (e ogni caso è diverso, per cui non è possibile dare delle percentuali precise, soprattutto visto il grandissimo

numero di immunità crociate) il virus perde la sua caratteristica pandemica e diventa endemico, cioè prevedibile e gestibile. Ogni nuova generazione incorpora questa informazione attraverso una continua esposizione. Questo è ciò che si potrebbe chiamare una lezione introduttiva alla Virologia/Immunologia. È ciò che si legge in ogni libro di testo. È un concetto che viene insegnato da almeno ottant'anni nelle ore di biologia delle medie superiori. Osservare il funzionamento di questo fenomeno evolutivo è una cosa meravigliosa perché ci fa toccare con mano come l'organismo umano si sia adattato alla presenza di agenti patogeni, in modo efficace e senza ragioni spropositate.

La scoperta di questa affascinante dinamica della biologia cellulare è uno dei motivi principali per cui la medicina è diventata così efficiente nel XX secolo. Abbiamo mantenuto la calma. Abbiamo gestito i virus con un approccio professionale medico-paziente. Abbiamo evitato la tendenza medievale a farsi prendere dal panico e abbiamo usato razionalità e intelligenza. Anche il *New York Times* [riconosce](#) che l'immunità naturale è una potente difesa nei confronti del Covid-19, il che non è per nulla sorprendente.

Finché, un giorno, quella strana istituzione chiamata Organizzazione Mondiale della Sanità (un tempo gloriosa per il suo ruolo nell'eradicazione del vaiolo) ha improvvisamente deciso di cancellare una nozione riportata da tutti i testi di virologia. Ha letteralmente cambiato la scienza con un approccio tipicamente sovietico. Con il tasto "Canc" ha eliminato dal proprio sito web ogni riferimento all'immunità naturale. Come se non bastasse, ha anche descritto in modo errato la

struttura e il funzionamento dei vaccini. Per chiarezza, cercherò di essere il più preciso possibile. Ecco il sito web dell'OMS come si presentava il 9 giugno 2020. Potete vederlo [qui](#) su Archive.org. Dovete spostarvi in fondo alla pagina e cliccare sulla domanda riguardante l'immunità di gregge. Vedrete quanto segue.

L'immunità di gregge è la protezione indiretta da una malattia infettiva, si verifica quando una popolazione diventa immune tramite vaccinazione o immunità acquisita da previa infezione. Questo significa che anche persone non infette o in cui l'infezione non ha indotto una risposta immunitaria sono comunque protette, perché le persone immuni intorno a loro possono fare da tampone fra loro e gli infetti. La soglia per l'instaurazione dell'immunità di gregge per il Covid-19 non è ancora chiara. Nel complesso, è una descrizione piuttosto accurata. Anche l'affermazione che la soglia "non è ancora chiara" è corretta. Ci sono immunità crociate fra il Covid e gli altri coronavirus e c'è la memoria delle cellule T che contribuisce all'immunità naturale. Alcune stime della soglia sono basse, anche meno del 10%, il che è ben lontano dalla stima prevista del 70% di

popolazione immune ai virus, che è lo standard in campo farmaceutico. La vita reale è molto più complicata dei modelli, economici o epidemiologici. La vecchia definizione dell'OMS è abbastanza precisa, anche se "popolare."

Tuttavia, in uno [screenshot](#) del 13 novembre 2020, leggiamo la seguente nota, che farebbe presumere che gli esseri umani non abbiano affatto un

What is herd immunity?

Herd immunity is the indirect protection from an infectious disease that happens when a population is immune either through vaccination or immunity developed through previous infection. This means that even people who haven't been infected, or in whom an infection hasn't triggered an immune response, they are protected because people around them who are immune can act as buffers between them and an infected person. The threshold for establishing herd immunity for COVID-19 is not yet clear.

What is herd immunity?

'Herd immunity', also known as 'population immunity', is a concept used for vaccination, in which a population can be protected from a certain virus if a threshold of vaccination is reached.

Herd immunity is achieved by protecting people from a virus, not by exposing them to it. Read the Director-General's [12 October media briefing speech](#) for more detail.

Vaccines train our immune systems to develop antibodies, just as might happen when we are exposed to a disease but – crucially – vaccines work without making us sick. Vaccinated people are protected from getting the disease in question. Visit our [webpage on COVID-19 and vaccines](#) for more detail.

As more people in a community get vaccinated, fewer people remain vulnerable, and there is less possibility for passing the pathogen on from person to person. Lowering the possibility for a pathogen to circulate in the community protects those who cannot be vaccinated due to other serious health conditions from the disease targeted by the vaccine. This is called 'herd immunity'.

sistema immunitario, ma che si debbano interamente affidare a Big Pharma e farsi iniettare nel sangue i suoi intrugli.

L'immunità di gregge, conosciuta anche come immunità di popolazione è un concetto usato nelle vaccinazioni, secondo cui una popolazione può essere protetta da un certo virus se viene raggiunta una determinata soglia di vaccinazione. L'immunità di gregge si consegue proteggendo la gente da un virus, non esponendola ad esso. In pratica, questa nota dell'Organizzazione Mondiale della Sanità cancella di colpo migliaia di anni di coesistenza fra esseri umani e agenti patogeni. Da questo si può solo dedurre che tutti noi non siamo altro che tabule rase senza alcuna possibilità di miglioramento, su cui l'industria farmaceutica appone la propria firma. In effetti, questo cambiamento dell'OMS ignora e addirittura spazza via 100 anni di progressi medici in virologia, immunologia ed epidemiologia. È un passo assolutamente non scientifico, un vero e proprio regalo all'industria dei vaccini, esattamente quello che, secondo i teorici della cospirazione, l'OMS ha fatto fin dall'inizio di questa pandemia. Ancora più strana è l'affermazione che un vaccino proteggerebbe le persone da un virus, piuttosto che esporle ad esso. In realtà un vaccino funziona proprio stimolando il sistema immunitario attraverso l'esposizione [al virus o a parti di esso]. Le motivazioni di un'affermazione del genere non riesco francamente a comprenderle. Questo concetto è noto da secoli. Semplicemente, non c'è modo per la scienza medica di sostituire completamente il sistema immunitario umano. Si può solo cercare di stimolarlo, attraverso quella che una volta si chiamava inoculazione. Traete voi le vostre conclusioni. È un segno dei tempi. Da quasi un intero anno, i media ci dicono che la "scienza" ci impone di rispettare i suoi dettami, che vanno contro ogni principio del liberalismo e contro ogni aspettativa di poter vivere in mondo moderno liberamente e con la certezza dei propri diritti. Poi la "scienza" ha preso il sopravvento e i nostri diritti vengono soppressi. E ora la "scienza" sta di fatto cancellando la sua stessa storia, passando un tratto di penna sopra le sue stesse scoperte scientifiche per sostituirle con qualcosa di fuorviante, nel migliore dei casi, o di palesemente falso nel peggiore. Non so dire perché l'OMS abbia fatto questo. Dati gli eventi degli ultimi nove o dieci mesi, è comunque ragionevole supporre che la decisione sia stata politica. Fin dall'inizio della pandemia, quelli che patrocinavano il lockdown e soffiavano sul fuoco dell'isteria da coronavirus si erano opposti all'idea dell'immunità di gregge, insistendo invece sul fatto che avremmo dovuto vivere in isolamento fino allo sviluppo di un vaccino. Ecco perché la [Grande Dichiarazione di Barrington](#), scritta da tre dei più autorevoli epidemiologi del mondo, che sosteneva l'opportunità di abbracciare il fenomeno dell'immunità di gregge come modo per proteggere i più vulnerabili e ridurre al minimo i danni alla società era stata accolta con tanto astio. Ora vediamo anche l'OMS soccombere alle pressioni politiche. Questa è l'unica spiegazione razionale per la modifica della definizione di immunità di gregge, così com'era nota fin dal secolo scorso. La scienza non è cambiata, solo la politica. Ed è proprio per questo che è pericoloso e mortale delegare la gestione dei virus alle forze della politica. Alla fine, anche la scienza si piega alla doppiezza di una politica asservita a Big Pharma. Quando gli attuali libri di testo, quelli che gli studenti usano all'università, contraddicono le ultime dichiarazioni ufficiali delle autorità politiche, nel bel mezzo di una crisi in cui la classe dirigente sta chiaramente tentando di assumere un potere permanente, allora abbiamo un problema.

Jeffrey A. Tucker fonte: aier.org Link: <https://www.aier.org/article/who-deletes-naturally-acquired-immunity-from-its-website/> 23.12.2020 Scelto e tradotto da Markus per comendonchisciotte.org.

Sono un “negazionista” e me ne vanto

di Sandokan Dic 31, 2020 di Sollevazione
Art. 661 del Codice penale: «Chiunque, pubblicamente, cerca con qualsiasi impostura, anche gratuitamente, di abusare della credulità popolare è soggetto, se dal fatto può derivare un turbamento dell'ordine pubblico, alla sanzione amministrativa pecuniaria da euro 5mila a euro 15mila»

Che chi sta sopra e comanda, per restarci, abbia bisogno del consenso o della remissività di chi sta sotto, è un dato assodato. Delle ragioni per cui chi sta sotto acconsenta di starci malgrado questa posizione sia disagiata assai, se ne occupano quelle che vengono chiamate scienze sociali. L'anno che ci lasciamo alle spalle, ne sono

sicuro, sarà un giorno materia di studio anzitutto per la psicoanalisi. Masse sterminate, in paesi dalle più diverse radici culturali, in nome della battaglia per proteggersi da un virus influenzale il cui tasso di mortalità si dimostra relativamente più aggressivo di quelli ordinari, hanno accettato supinamente di rinunciare ai fondamentali diritti civili e sociali di libertà. Esse, pur senza capirci un cazzo, anzi, forse proprio per questo, hanno voluto credere al discorso degli “scienziati”, consegnando il proprio destino nelle loro mani. Alcuni hanno così stabilito un’analogia tra scienza e teologia, ovvero la scienza come religione e gli scienziati come nuovo clero. A me pare piuttosto che se proprio si debba stabilire un’analogia questa ci riporti piuttosto alla magia, a quella ancestrale forma di sapere esoterico e iniziatico che pretende di controllare le forze della natura con riti che sarebbero in grado di produrre, manipolare o evitare questo o quell’evento. La scienza come magia quindi, e gli scienziati come gli stregoni e le fattucchiere di un tempo. Il vaccino spacciato come una specie di acqua benedetta, come pozione dalle miracolose facoltà. Poi può succedere che chi ingurgita il taumaturgico intruglio non registri alcun beneficio o addirittura ci lasci le penne. Ed ecco piombare [la notizia riportata ieri dai media svizzeri](#).

Un anziano muore subito dopo essere stato vaccinato (proprio quello di Pfizer/BioNtech) ma per l’associazione dei medici svizzeri non ci sarebbe alcun nesso causale tra l’avvenuta vaccinazione e il decesso. La vera causa della morte risiederebbe invece, affermano, nel fatto che questa persona “era affetta da patologie gravi”. E’ vero? E’ falso? Ci fosse una scienza, questa ci dovrebbe, dopo accurata indagine ed eventuale necropsia dare una risposta credibile. Invece Swissmedic, in quattro e quattr’otto, ha sentenziato che il vaccino non c’entra niente. Il malcapitato sarebbe morto” con vaccino non per il vaccino”. Sentenza quanto meno sospetta, non fosse che per l’evidente conflitto d’interessi, visto che Swissmedic è proprio l’autorità svizzera preposta al controllo degli agenti terapeutici (l’equivalente della Agenzia italiana del farmaco), ed è quindi l’ente che ha autorizzato l’uso dell’intruglio di Pfizer/BioNtech. Della serie: non si chiede all’oste com’è il vino.... Vero o falso che sia, salta agli occhi che agli “scienziati” è bellamente concesso di adottare due pesi e due misure. Il lettore saprà della querelle sulla reale causa di morte dei deceduti in quest’ultimo anno di pandemia. Morti per Covid o con Covid? Chi ha contestato non solo che sia in corso un’ecatombe, chi ha osato segnalare che la stragrande maggioranza dei decessi era molto probabilmente dovuta proprio al fatto che le vittime erano affette da gravi e pregresse patologie, è stato bollato come “negazionista”. I social network hanno così oscurato migliaia di pagine di chi ha osato porre in dubbio la narrazione ufficiale, stampa e Tv di regime hanno censurato virologi ed epidemiologi non allineati. *Dulcis in fundo* e in barba al giuramento di Ippocrate l’Associazione italiana dei medici ha avviato istruttorie per espellere dall’albo decine di medici controcorrente. Dopo questo che dire? Posto che il sostantivo “negazionista” qualifica chi non crede alla versione ufficiale, lo ammetto, lo sono me ne vanto. E sono anche certo che prima ancora che la psicoanalisi abbia modo di spiegarci come e perché il 2020 sia stato l’*annus horribilis* segnato da una smisurata “credulità popolare”, tutti coloro che scientemente ne hanno approfittato, verranno messi alla gogna.

Vaccino, gli infermieri non si fidano: "Il documento della Pfizer è ambiguo"

1/01/21 Il Tempo iltempo.it

Sarà pur vero che gli operatori sanitari vanno protetti e si debbono vaccinare, ma è anche giusto che lo facciano in maniera informata. E per questo alcuni infermieri di Padova si sono rifiutati di farsi inoculare il prodotto della Pfizer in attesa di chiarimenti. Infatti, è stato chiesto agli infermieri dipendenti di una Casa di Cura di Abano (Padova), di sottoscrivere un consenso che esoneri Pfizer da ogni responsabilità futura.

Tre gli infermieri che, convocati dalla direzione aziendale per la somministrazione aziendale, per la somministrazione del vaccino, hanno preferito per adesso non vaccinarsi e rivolgersi ad un avvocato, alla cui attenzione è stato sottoposto il documento di consenso al vaccino.

«Abbiamo esaminato attentamente il modulo di consenso elaborato da Pfizer-Biontech – spiega su il Gazzettino, l’avvocato Destro, che sta seguendo la vicenda assieme alla collega Serena Pomaro - ricavandone

che si tratta di un'esenzione da responsabilità, estesa non solo all'azienda produttrice del vaccino ma anche al personale sanitario incaricato della somministrazione - continua - vi sono almeno quattro frasi che lasciano quantomeno perplessi: «Il vaccino potrebbe non proteggere completamente tutti coloro che lo ricevono...(pag. 9), «Il vaccino può causare reazioni avverse...(segue l'elenco a pag. 10), «L'elenco di reazioni avverse sovraesposto non è esaustivo di tutti i possibili effetti indesiderati che potrebbero manifestarsi durante l'assunzione del vaccino Pfizer (pag. 11), «Non è possibile al momento prevedere danni a lunga distanza (pag. 11)». Secondo quanto riferisce l'avvocato, non risulta al momento che altre aziende concorrenti di Pfizer abbiano preteso la firma di un documento analogo. Sempre secondo quanto riportato su il Gazzettino, il legale ha quindi suggerito ai tre infermieri di inviare una lettera raccomandata alla direzione della Casa di Cura confermando la disponibilità all'immediata vaccinazione ma senza sottoscrivere in via preventiva alcun documento.

Vaccino obbligatorio: «Raccomandare è giusto, ma imporre va contro i diritti»

Ginevra Cerrina Feroni 1/01/21 Il Dubbio

La vaccinazione di massa pone delicate questioni sui diritti: quello della tutela della salute e altri concernenti la tutela della persona. L'analisi di Ginevra Cerrina Feroni, costituzionalista e vicepresidente Authority per la Privacy

L'arrivo in Italia delle prime dosi di vaccino contro il virus Covid 19 va accolto con un convinto benvenuto. Ciò posto, vi sono questioni serie che stanno a monte e a valle del rifornimento. Cominciamo da quelle a valle. Si accende infatti il dibattito sulla sua somministrazione. Il nodo riguarda quanti decideranno di non vaccinarsi e le eventuali conseguenze cui potrebbero andare incontro. Si sente infatti parlare, sempre più insistentemente, di trattamenti sanitari obbligatori o, comunque, di forme di “penalizzazione” indiretta per gli inadempienti: dalle ipotesi di “patentini sanitari” per prendere un treno o mangiare al ristorante, di elenchi più o meno pubblici di chi non si è voluto vaccinare, con evidenti impatti sulla privacy, fino alle prospettive di licenziamento dal lavoro. Il tema della obbligatorietà dei vaccini è, da sempre, difficile e divisivo e impone alcune riflessioni generali il cui perimetro di riferimento non può che essere la dimensione costituzionale. Procediamo per punti.

1) Il “diritto alla salute”, espressamente sancito all'art. 32 della Costituzione, ha duplice natura. Da un lato, invero una delle imprescindibili manifestazioni della libertà e della dignità della persona (art. 2 della Costituzione) su scelte che riguardano il proprio corpo e la propria identità. Tant'è che lo stesso art. 32 proclama la regola generale del divieto di trattamenti sanitari contra voluntatem, salva espressa ed eccettuativa deroga in casi specifici contemplati dalla legge. Dall'altro, costituisce, in un'ottica “metaindividuale” un indefettibile interesse della collettività a non subire le conseguenze dei contagi. La situazione epidemiologica in atto e la minaccia che ne promana per la salute individuale e collettiva realizza un esempio paradigmatico della interdipendenza tra le due prospettive, individuale e collettiva, offerte dal “bene salute”.

2) È innegabile che tra le misure di prevenzione volte al contenimento del virus rientri anche la somministrazione di un vaccino. Una massiccia copertura vaccinale può infatti essere idonea al raggiungimento della cd. “immunità di gregge”, tutelando in tal modo anche i residui soggetti che a tale tipo di trattamento preventivo non possano o non vogliano sottoporsi. Una seria profilassi per la prevenzione delle malattie infettive impone l'adozione di misure omogenee sul territorio nazionale. Si tratta di una attribuzione esclusiva dello Stato (art.117, comma 2, lett. q), perché è riservato a quest'ultimo “il compito di qualificare come obbligatorio un determinato trattamento sanitario, sulla base dei dati e delle conoscenze medico- scientifiche disponibili” (Corte cost., n. 5 del 2018). Non sono, invece, ammissibili interventi in materia di vaccinazioni obbligatorie da parte di singole Regioni. Lo ha di recente ribadito il Tar Lazio (III- quater, 2 ottobre 2020, n. 10047) annullando l'ordinanza regionale che imponeva l'obbligo della vaccinazione antinfluenzale stagionale per una serie amplissima di categorie di soggetti “deboli” (tutte le persone con età superiore a 65 anni e tutto il personale sanitario e sociosanitario operante in ambito regionale). Per il giudice amministrativo “l'ordinamento

costituzionale non tollera interventi regionali di questo genere, diretti nella sostanza ad alterare taluni difficili equilibri raggiunti dagli organi del potere centrale”.

3) Le scelte discrezionali che si aprono al legislatore – e, si badi, solo per esso, non si può infatti intervenire in materia con i DPCM cui ci hanno abituato – sono molteplici. A partire dall’individuazione dello strumento. L’alternativa è tra la raccomandazione o la prescrizione a vaccinarsi. A quest’ultima potrebbero essere collegate, nel caso di inosservanza, anche specifiche conseguenze negative, come il divieto di accedere a determinati luoghi, la preclusione all’esercizio di attività professionali, o l’irrogazione di sanzioni amministrative pecuniarie. Non solo: è discrezionale anche la perimetrazione della platea dei soggetti cui indirizzare la raccomandazione e o la prescrizione. Si pensi alla difficile identificazione delle categorie dei soggetti c. d. “a rischio” nell’ambito delle quali possono ricomprendersi operatori sanitari, insegnanti, pazienti di residenze sanitarie ed assistenziali, persone di età avanzata, ovvero affette da specifiche patologie o disabilità.

4) E allora? Come concretamente esercitare tale discrezionalità legislativa? Come equamente bilanciare interessi così differenziati e potenzialmente contrapposti? Si tratta di una discrezionalità che va esercitata alla luce della specifica situazione sanitaria ed epidemiologica in atto, nonché delle risultanze della ricerca e della sperimentazione medica. Ad esempio, in tema di vaccinazioni scolastiche, si è riconosciuto da tempo che è ragionevole imporre la vera e propria “prescrizione” del trattamento, piuttosto della mera “raccomandazione”. Ciò in considerazione dell’inefficacia delle politiche vaccinali basate sulla persuasione e la necessità di garantire la salute ed il diritto alla istruzione di tutti gli altri minori e, così, della collettività (Corte cost., 5/ 2018 e Cons. Stato, comm. speciale, parere n. 2065 del 26 settembre 2017). Anche per alcune categorie di lavoratori è previsto l’obbligo di vaccini (antitetanico, antitubercolare), in mancanza dei quali si diviene inidonei all’espletamento di talune mansioni, con la possibilità di arrivare al licenziamento per giusta causa nel caso di comprovata impossibilità di impiego con mansioni diverse. Ma, attenzione, tale orientamento, non è trasponibile tout court alle misure preventive contro la diffusione del Coronavirus e, segnatamente, al neonato vaccino.

5) La libertà di autodeterminazione – che implica la piena e consapevole facoltà di decidere se assoggettarsi a un determinato trattamento terapeutico e alla somministrazione del vaccino – assume, in questo caso, un peculiare significato rispetto alla dimensione solidaristica e collettiva del diritto alla salute. In realtà, proprio in ossequio al principio di precauzione, la scelta legislativa va improntata al rispetto del principio di proporzionalità, cioè al minimo necessario sacrificio. Cioè significa imporre sacrifici individuali non eccessivi, in una prospettiva di massima acquisizione di vantaggi e di contenimento del rischio collettivo, oltre ad essere scrupolosamente calibrata sulla scorta delle conoscenze provenienti dalle migliori e più accreditate ricerche scientifiche. Una campagna vaccinale deve fondarsi su accurati presupposti scientifici ed epidemiologici e va preordinata al perseguimento di una congrua copertura immunitaria della popolazione, ma tenendo conto anche dei potenziali fattori di rischio insiti nell’assunzione del vaccino, sulla scorta dei dati scientifici ed esperienziali a disposizione. Nella fattispecie, è la novità assoluta di questa epidemia da Covid 19 a limitare e conformare lo spettro di discrezionalità del legislatore, anche in considerazione dell’assenza di sufficienti dati esperienziali attestanti l’attendibilità ed il grado di sicurezza ed efficacia del vaccino e dei rischi e delle complicità discendenti dalla sua somministrazione.

La conseguenza è che sono ragionevolmente da escludere previsioni legislative volte ad imporre forme, più o meno larvate, di obbligatorietà del vaccino, quanto meno in questa prima fase di campagna, tendenzialmente volta ad assicurare copertura alle categorie più a rischio.

In altre parole, in presenza di un’inevitabile incertezza circa il grado di efficacia e di sicurezza dei neonati trattamenti vaccinali (e quanto meno fino a quando tale grado di incertezza permarrà) non può che allentarsi la soglia di esigibilità del contegno individuale di accettazione della somministrazione del vaccino. Mentre, al contrario, si riespande – rispetto all’interesse collettivo alla “copertura vaccinale” del maggior numero di persone – la libertà di autodeterminazione terapeutica dell’individuo. La quale deve in certa misura ritenersi

ragionevolmente giustificata e supportata da – allo stato attuale delle conoscenze scientifiche – legittime remore legate ai potenziali e ancora ignoti rischi insiti in un trattamento terapeutico non ancora pienamente “testato”, ben diverso da quello che connota vaccinazioni che hanno alle spalle decenni di studi, di sperimentazioni e di riscontri. È una realtà che con un vaccino si somministra una minima dose della malattia per provocare nel corpo la reazione di un’immunità attiva; e che la sua sicurezza, com’è in genere per i farmaci, normalmente segue a lunghe sperimentazioni cliniche con riguardo anche agli effetti collaterali.

6) La scelta legislativa tra obbligo e raccomandazione ai fini della somministrazione del vaccino costituisce il punto di equilibrio, cioè di giusto bilanciamento tra valori parimenti tutelati dalla Costituzione. Ovvero tra il principio di dignità, di autodeterminazione dell’uomo e di rispetto della propria integrità psico- fisica, e quello alla tutela della salute collettiva. E l’equo contemperamento tra tali interessi va apprezzato alla luce dei dati e delle conoscenze mediche e scientifiche al momento della scelta. Ecco dove sta il punto. Lo stadio ancora “acerbo” delle conoscenze scientifiche – in punto di efficacia e, soprattutto, di “sicurezza” del vaccino – sono, allo stato delle conoscenze generali, dati sufficienti per legittimare la scelta individuale di non sottoporsi al trattamento. Soprattutto considerati gli ipotetici rischi per la salute individuale, la cui realtà e latitudine sono in larga parte ancora non compiutamente esplorati dalla scienza. Perciò integrano un limite ontologico all’esercizio della potestà legislativa che “non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana” (art. 32, secondo comma, ultimo periodo, della Costituzione). E comportano il rispetto delle libere scelte di non sottoporsi a trattamenti vaccinali così nuovi e senza lunga sperimentazione. Non è un caso che l’art. 32 sancisca, quale regola generale, la intangibilità della persona e della sua sfera psico- fisica, solennemente prescrivendo che “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario”. Quale principio residuale, contempla la possibilità che una tale imposizione vi sia, ma solo in esecuzione di un’espressa disposizione di legge che non può in nessun caso “violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”. Di qui la ragionevolezza di una scelta normativa fondata sulla raccomandazione, magari “rafforzata” per il tramite, ad esempio, di ampie attività di informazione e raccomandazione da parte delle autorità sanitarie pubbliche. Ed eventualmente anche con incentivi per stimolare la scelta di sottoporsi al trattamento vaccinale, come l’attribuzione di specifici vantaggi e benefits (ad esempio trattamenti economici di favore per la fruizione di determinate prestazioni, o accesso agevolato ad attività ludiche, sportive o ricreative, ecc.). Ma, beninteso, non certo “sanzionando” la scelta di non seguire la raccomandazione, per il tramite di preclusioni o compressioni dei diritti e della sfera giuridica dei “no vax”. La previsione di misure afflittive, incidenti sulla sfera giuridica dei soggetti “non vaccinati” come l’impossibilità di accedere ad ospedali o a strutture socio- sanitarie, ad istituti scolastici ovvero a determinati ambienti lavorativi, o anche solo sportivi, ludici o ricreativi – implicherebbe, giocoforza, riconoscere il carattere “obbligatorio” del vaccino. Che per le ragioni dette si porrebbe, rebus sic stantibus, al di là dal perimetro costituzionale. Oltre a rappresentare un pericoloso precedente per la tenuta di uno Stato democratico.

Mitologia e mitomania del Covid di ilsimplicissimus 2/01/21

Sapete è difficilissimo star dietro a tutto ciò che la comunità scientifica produce e lo è ancora di più se vi sono dei filtri che fanno arrivare solo determinati messaggi, così solo adesso cominciano a circolare nei media meno mainstream i risultati del più grande studio epidemiologico sul Covid mai fatto i cui risultati sono stati pubblicati il 20 novembre scorso su Nature Communication (l’articolo lo potete trovare [qui](#)) nel quale si dimostra che i positivi asintomatici non sono affatto diffusori della malattia e che il virus tende a diminuire la sua patogenicità in completa contraddizione con il panico promosso dall’élite politica con lo scopo controllare le popolazioni e costringerle a ingoiare qualsiasi assurda misura intrusiva a cui dovevano attenersi.

Lo studio è stato portato avanti nel periodo 14 maggio – 1° giugno da 19 scienziati della Huazhong University of Science & Technology di Wuhan oltre che da istituzioni scientifiche del Regno Unito e dell’Australia e ha riguardato praticamente l’intera popolazione di Wuhan dai sei anni in su, circa dieci milioni di persone, dunque una enorme base statistica. Lo sforzo è stato immenso visto che sono stati allestiti 2907 siti di raccolta dei campioni, impiegati oltre 50 mila tra medici e infermieri, mobilitate 280 mila persone per il trasporto e la gestione delle attrezzature. Ormai in occidente è impossibile fare cose del genere sia per la carente organizzazione tutta basata su criteri privatistici e di profitto, sia perché non c’è alcun interesse da parte delle autorità a demitizzare la pandemia. Comunque tra tutta la popolazione di Wuhan sono stati trovati 300 positivi asintomatici reali – ovvero non dichiarati tali col solo tampone, ma dopo esami sierologici che accertavano l’infezione – i quali avevano contatti stretti con 1174 persone nessuna delle quali è risultata positiva. Sia i pazienti asintomatici che i loro contatti sono stati posti in isolamento per un periodo non inferiore a due settimane ed i risultati sono rimasti gli stessi: “Nessuna delle persone tra i contatti stretti sono diventate positive e tantomeno sintomatiche, né

ovviamente si sono ammalate di COVID-19 durante il periodo di isolamento”. Un ulteriore esame dei soggetti dello studio ha rivelato che le “colture virali” nei casi asintomatici positivi erano tutti negativi, “indicando l’assenza di” virus vitale ” anche nei casi positivi rilevati. La medesima cosa è stata rilevata su quelli che si sono ripositivizzati dopo aver avuto il Covid in precedenza, anche se si tratta di una percentuale piccolissima , 107 persone su 34.424. La fascia di età di coloro che sono risultati asintomatici era compresa tra i 10 e gli 89 anni. Il tasso di

Tasso stimato di riproduzione (R0) e soglia per l'immunità di gregge (HIT) di alcune malattie infettive			
Malattia	Via di trasmissione	R0	HIT
Morbillo	Aerea	12 – 18	92 – 95%
Pertosse	Droplet	12 – 17	92 – 94%
Difterite	Saliva	6 – 7	83 – 86%
Rosolia	Droplet	6 – 7	83 – 86%
Vaiolo	Droplet	5 – 7	80 – 86%
Poliomielite	Oro-fecale	5 – 7	80 – 86%
Parotite	Droplet	4 – 7	75 – 86%
SARS	Droplet	2 – 5	50 – 80%
Ebola	Contatto con liquidi biologici	1.5 – 2.5	33 – 60%
Influenza (influenza pandemica)	Droplet	1.5 – 1.8	33 – 44%

positività asintomatica era “più basso nei bambini o adolescenti di età pari o inferiore a 17 anni” e il tasso più alto è stato riscontrato tra le persone di età superiore ai 60 anni.

Lo studio ha anche concluso con grande sicurezza per un indebolimento del virus stesso, “le persone appena infettate avevano maggiori probabilità di essere asintomatiche e con una carica virale inferiore rispetto ai casi infetti precedenti”. Non è probabilmente un caso che dopo terminato lo studio alcuni di questi dati siano stati diffusi inducendo la dottoressa Maria Van Kerkhove, capo dell’unità malattie emergenti e zoonosi dell’Organizzazione mondiale della sanità, a dichiarare pubblicamente i propri dubbi sulla narrativa avanzata dalla classe politica e sulla reale utilità delle segregazioni. Ma naturalmente è stata immediatamente silenziata perché una simile cosa colpirebbe in maniera mortale il grande affare dei vaccini e toglierebbe a ceti politici inetti e subalterni il pretesto per attuare le ingegnerie sociali del grande reset. E adesso capite anche bene perché saltano fuori le varianti come schegge impazzite. E a questo proposito mi permetto di annoiarvi ancora con i dati così fastidiosi per i cultori della paura e della resa sociale, però non vorrei far mancare il pane della Scienza a chi la nomina in continuazione e ma non ne non capisce una mazza. Ecco qui sotto una tabella tratta da un documento ufficiale che potrete trovare [qui](#) del quale vi consiglieri vivamente la lettura visto che tra l’altro è di orientamento vaccinista) che riporta i dati scientifici disponibili su quanta parte della popolazione dovrebbe essere vaccinata per ottenere l’immunità di gregge, dato un certo fattore R0 e le principali vie di trasmissione: Come si può vedere l’influenza, malattia estremamente contagiosa, che ha un R0 sovrapponibile a quello del Covid e forse anche un po’ superiore richiede per l’immunità di gregge una vaccinazione del 33 – 44 per cento della popolazione anche tenendo conto che il vaccino antinfluenzale nel migliore dei casi funziona al 60%.

Questa era la Scienza ufficiale nel 2018, ovvero erano le indicazioni dell'Oms e dell'European Vaccine Action Plan. Oggi invece si arriva a dover vaccinare in massa tutti perché questo è l'affare del secolo e permette oltretutto di intervenire sulla libertà, sul lavoro e sui diritti delle persone.

Lockdown? Le immagini di Wuhan sono il funerale della gestione neoliberista della pandemia

Francesco Santoianni 02 Gennaio 2021 l'AntiDiplomatico

A Wuhan, prima città ad accorgersi dell'arrivo del Covid-19, una grande folla ha celebrato l'arrivo del nuovo anno in piazza.

Buon Anno da Wuhan, con milioni di persone per strada a [festeggiare](#). A proposito, ma com'è che, invece, qui da noi, siamo ancora a lockdown e zone rosse? Nessuno in TV ve lo spiega. Così come nessuno - tranne

l'ottimo sito [ilsimplicissimus2](#) e

[l'AntiDiplomatico](#) - vi dice del ciclopico studio epidemiologico sull'intera popolazione di Wuhan (circa dieci milioni di persone); pubblicato su [Nature](#), documenta che i positivi asintomatici non sono affatto diffusori di Covid e che il virus tende a diminuire la sua patogenicità. Forti di questa indagine epidemiologica, cominciata in primavera, le autorità cinesi, pur imponendo la mascherina per eventi particolarmente affollati, hanno riaperto tutto facendo tornare l'economia a



livelli record. Ben altro in Italia dove (dopo aver fatta [fallire l'Indagine sierologica nazionale](#)) oggi, continuando a basarsi su [inaffidabili tamponi](#), già si annunciano nuovi lockdown e, quindi il procrastinarsi del modello di emergenza che subiamo da marzo. “Errare è umano, perseverare è diabolico” recita un noto proverbio. Ma quando una folle gestione dell'emergenza Covid ha già comportato, oltre 71.000 “morti per Covid” e innumerevoli altri ridotte in miseria, perseverare, per coloro che hanno finora gestito l'emergenza, è inevitabile. Perché, se ammettessero pubblicamente di avere finora sbagliato, sarebbero travolti, prima ancora che dalle critiche, da una folla inferocita.

Parlamentare tedesco: è un vaccino killer! Leopoldo Salmaso 3/01/21 [comedonchisciotte.org](#)

Intervento di H. Fiechtner al parlamento del Baden-Württemberg, 30/12/20

Il parlamentare Dr. Heinrich Fiechtner: “State portando il nostro paese alla rovina... senza reali motivi!... Poiché i cittadini non possono più esercitare i propri diritti, viene meno il dovere civico di obbedire alle regole”. Il dottor Fiechtner, ematologo e oncologo, ha spiegato che, pochi minuti dopo aver seguito un servizio televisivo nazionale che parlava di collasso delle unità di terapia intensiva (ICU) a causa del coronavirus, egli stesso ha telefonato ai suoi colleghi dell'ospedale e ha appreso che in ICU non c'era un singolo paziente con coronavirus. Indignato da queste bugie ed esagerazioni irresponsabili, motivate politicamente, Fiechtner si è scagliato contro la paura scatenata dai politici e dai loro complici del mainstream.

[Ecco il video](#) (già bannato e poi riapparso) e, sotto, la mia trascrizione in italiano:

”Signora Presidente, onorevoli colleghi: ieri sera alle 22, in prima serata televisiva, nel talk show di Anne Will abbiamo assistito a una discussione di gruppo sul lockdown imminente, con personaggi “illustri” fra cui il professor Dr. Uwe Janssens, presidente dell'Associazione Interdisciplinare Tedesca per la Terapia Intensiva e la Medicina d'Urgenza. Il dr. Uwe ha fatto una lunga ed emozionante supplica sull'importanza delle misure

gravi e drastiche che stanno per essere imposte sulla popolazione tedesca. Ha spiegato che le Unità di Terapia Intensiva stanno per essere sopraffatte dal numero di pazienti, causando una situazione a malapena gestibile. Intorno alle 22:13 ho chiamato la Terapia Intensiva del suo ospedale, ho chiesto di parlare con il medico responsabile di turno, e gli ho chiesto: “Quanti pazienti COVID sono ricoverati nel tuo reparto?” Quel reparto ha 19 posti letto e ieri NON C’ERA UN SOLO PAZIENTE!

Con queste mezze verità e bugie complete, mettono la benda sui nostri occhi. Questi propagandisti sono invitati a questi talk show al solo scopo di creare panico e paura tra la popolazione. E poi c’è l’intera narrazione sull’ “infezione” e sul test. Questo test non è nemmeno in grado di distinguere fra un virus attivo e un virus inattivo. Proprio come ha dovuto riconoscere il Senato di Berlino. Ma nonostante ciò, vengono registrati come casi di infezione. E se un paziente risulta positivo tre volte in una settimana, vengono registrati tre casi di infezione. Questo test, assolutamente inappropriato per fare diagnosi, viene utilizzato per attuare misure drastiche.

E ora sta arrivando il vaccino. Una cosa priva di senso. L’ho già detto: è un vaccino killer. È un prodotto farmaceutico per il quale non esiste nemmeno un rapporto tossicologico. E sta per essere somministrato alla popolazione. Può causare infertilità nelle donne, gravi reazioni allergiche, e voi volete infliggere una imposizione così irragionevole ai cittadini. Proprio così, e lo farete, perché prima li avete spaventati. State mettendo a rischio la vita dei cittadini. State mettendo a rischio le loro esistenze. State distruggendo un intero paese. State conducendo le persone alla sofferenza, al panico, alla rovina e alla morte!

A questo punto, no, non potete neanche giustificare queste misure, le mascherine, i distanziamenti sociali, le quarantene, e i lockdown. Ho fatto una richiesta e la risposta che ho ricevuto è questa: “Non c’è alcuna revisione documentata sulle misure non farmacologiche. Di conseguenza, non esistono procedure amministrative o documentazione di efficacia”. Capitolazione assoluta! Snervante!

Pretendete che le persone sopportino la quarantena, ma non potete fornire prove del perché dovrebbero farlo! State portando il nostro paese alla rovina! A questo punto, è giunto il momento” ...

(il dr. Fiechtner viene interrotto)

– (la presidentessa dell’Assemblea) “Dr. Fietcher, è giunto il momento”.

– A questo punto, è giunto il momento, poiché i cittadini non possono più esercitare i propri diritti, viene meno il dovere civico di obbedire alle regole. Articolo 20, paragrafo 4, della Costituzione Tedesca: “i cittadini hanno il diritto di resistere per difendersi contro un potere statale esercitato illegalmente”...

– Dottor Fiechtner, è giunto il momento che lei si fermi perché il suo tempo è scaduto da molto.

– È necessario un ramo legiferante che agisca di conseguenza.

Fine del video.

Centinaia di Israeliani si ammalano di Covid-19 dopo la somministrazione del vaccino

Pfizer/BioNTech By Markus 4/01/21 rt.com comedonchisciotte.org

Dal momento che il vaccino non fornisce un’immunità immediata al coronavirus, oltre duecento cittadini israeliani si sono ritrovati contagiati alcuni giorni dopo aver ricevuto l’iniezione del vaccino Pfizer/BioNTech, riferiscono i media locali. Secondo i dati di Channel 13 News, il numero di coloro che, nonostante la vaccinazione, hanno contratto il Covid-19 è di circa 240 persone. Il vaccino Pfizer/BioNTech, quello utilizzato dalle autorità sanitarie israeliane, non contiene il coronavirus e non può quindi infettare il ricevente. Ma ci vuole tempo prima che l’RNA messaggero introdotto con farmaco addestri il sistema immunitario a riconoscere e ad attaccare il virus. Il protocollo di utilizzo del vaccino prodotto negli Stati Uniti richiede due somministrazioni. Secondo gli studi, l’immunità al Covid-19 aumenta solo da otto a dieci giorni dopo la prima iniezione e, alla fine, raggiunge il 50%. La seconda dose viene somministrata a 21 giorni dalla prima e l’immunità dichiarata del 95% viene raggiunta dopo un’altra settimana.

E, naturalmente, rimane ancora un 5% di possibilità di essere infettati anche quando il vaccino è al suo massimo potenziale. I notiziari israeliani che hanno riferito la notizia hanno esortato il pubblico a rimanere vigile e a rispettare scrupolosamente tutte le precauzioni sul Covid-19 per il mese successivo alla prima dose del vaccino. Lo Stato ebraico ha attualmente in corso una massiccia campagna di vaccinazione, in cui oltre un milione di persone, circa il 12% della popolazione, ha già ricevuto la prima dose del vaccino Pfizer/BioNTech. Secondo l'Università di Oxford, si tratta della percentuale di popolazione più alta al mondo. La prima fase del programma mira ad immunizzare medici ed anziani prima di passare ad altre categorie. Circa una persona su mille ha riportato lievi effetti collaterali dopo l'iniezione, tra cui debolezza, vertigini e febbre, nonché dolore, gonfiore e arrossamento al sito di somministrazione. Solo poche decine di loro hanno richiesto cure mediche, secondo il Ministero della Salute.

Dall'inizio delle vaccinazioni, il 20 dicembre, in Israele almeno quattro persone sono morte poco dopo la somministrazione, ha riferito l'emittente pubblica Kan. Tuttavia, il Ministero della Salute ha comunicato che tre dei decessi non erano correlati al vaccino, e il quarto riguarderebbe un uomo di 88 anni con condizioni preesistenti attualmente oggetto di indagine.

Fonte: rt.com Link: <https://www.rt.com/news/511332-israel-vaccination-coronavirus-pfizer/> 01.01.2021

Tradotto da Markus per comedonchisciotte.org.

Il parere del Premio Nobel per la medicina Luc Montagnier sulla vaccinazione anti-Covid

04 Gennaio 2021 Radioradio.it

– *Vi farete vaccinare oggi contro il Covid?*

– *No, certo che no!*

Il Premio Nobel per la medicina nel 2008 Luc Montagnier ha risposto alle domande del giornalista Richard Boutry sul vaccino contro il coronavirus. Il Professore ha espresso chiaramente la sua posizione: non si vaccinerà. I motivi li ha spiegati in questa intervista rilasciata per la testata francese FranceSoir, [ecco il video tradotto in italiano](#).

– Non sono uno specialista nel campo ma secondo quello che ho letto ci sono diversi tipi di vaccini oggi sul mercato, uno di questi è sviluppato da Moderna e riguarda l'RNA messaggero.

E' proprio così? E poi, lei crede in questo vaccino?

– Cercherò di mitigare l'entusiasmo per questo progetto di vaccino; è un progetto a lungo termine e stiamo chiedendo alle persone di accettarne l'utilizzo immediato, ma l'accettazione è un errore perché rischiamo di avere effetti assolutamente imprevedibili.

– ***Cosa vuole dire?***

– Beh, per esempio dei tumori, degli organismi che cominciamo a proliferare. Questo è il pericolo quando si gioca "all'apprendista stregone".

– ***Quindi sono degli apprendisti stregoni secondo lei?***

– Sono stati fatti alcuni studi su degli animali suppongo, ma non sufficienti per prevedere cosa accade quando (tali studi) vengono utilizzati sulle persone senza prevedere le relative conseguenze. Dunque l'uomo non può essere utilizzato come cavia, i bambini non possono essere utilizzati come cavie, non è assolutamente etico. Non è possibile che ci siano dei morti a causa dei vaccini.

– ***Dunque secondo lei professore c'è un rischio evidente oggi di avvelenare le generazioni future a causa degli errori di questo vaccino. Possiamo dirlo in questi termini?***

– Non lo sappiamo, avvelenare è una parola molto forte, ma è vero che non siamo in grado di prevedere quello che succederà per la relazione 1,2,3,4,5 dopo le vaccinazioni e dunque questo ci porta in un altro secolo e non possiamo accettare il rischio per i bambini, i ragazzi, tutte le generazioni attuali e anche le persone anziane come me, a nasconderci a causa del vaccino.

– **Secondo lei il vaccino oggi è la migliore delle soluzioni per il COVID?**

– No, è una soluzione ma non la sola. Ci sono trattamenti e terapie che possono funzionare e costano poco come l'azitromicina, l'idrossiclorochina e ancora altri che provengono da elementi naturali, che hanno avuto effetti positivi come è accaduto con la malaria e che possono avere effetti anche con questa infezione. Quindi non possiamo stare fermi, ma bisogna agire giustamente. L'interesse, se lo volete sapere, sta all'origine di questo virus; si tratta di capire con cosa abbiamo a che fare ed è ancora difficile dirlo attualmente, non abbiamo conoscenze precise se sia arrivato dal laboratorio di Wuhan o da alcuni laboratori americani nei mesi che hanno preceduto l'epidemia attuale.

– **Quindi come giudicate oggi il protocollo del Professor Raoult e questa sua ostinazione.**

– Beh, vi sono delle ragioni per difenderlo, credo che sia effettivamente qualcosa di incredibile. La Francia è stata l'ultima nazione ad autorizzare la prescrizione per l'idrossiclorochina, tutti gli altri paesi la utilizzano e quindi perché tutto questo contrasto? Il contrasto non viene dal Professor Raoult ma bensì dai suoi oppositori. Non dimentichiamo che il vaccino potrebbe essere una buona cosa per la prevenzione ma bisogna fare qualcos'altro per favorire la terapia e quindi è necessario che la ricerca venga sviluppata soprattutto per trovare la giusta terapia. Bill Gates è così ricco e vuole fare del bene, ma gli hanno messo in testa che è necessario fare i vaccini per proteggere il mondo intero. Dunque se lo seguiamo è una stupidaggine, e se anche avessimo un vaccino efficace contro il Covid dovremmo vaccinare tutta la popolazione umana? Ovvero mettere tutte le persone in fila e invece impedire loro una strada migliore per guarire?

– **Secondo voi è molto chiaro che dietro a tutto questo c'è Bill Gates. Quando si dice questo in televisione si passa per un cospiratore.**

– Bill gates non è il solo, ho solo fatto il suo esempio perché penso che voglia fare del bene ma lo fa nel modo sbagliato, è questo il problema. Dunque effettivamente ci deve essere uno scambio di pareri in questo momento, credo che la soluzione sia attraverso un dialogo tra gli specialisti e i non specialisti, ovvero che quelli che non sono specialisti ascoltino i veri scienziati.

– **Vi farete vaccinare oggi?**

– No, certo che no! Mi sono vaccinato "d'ufficio" quando ero piccolo e per il Covid non mi vaccinerei. Se dovessi avere dei sintomi prenderei l'azitromicina e anche il Plaquenil.

Non è un vaccino per sani di Massimo Cascone Gen 4, 2021 ComeDonChisciotte.org

In tutto il mondo oramai siamo entrati nella fase uno della vaccinazione di massa, e tra i primi a beneficiare della dose in occidente (USA-UE) troviamo, oltre agli anziani e ai gruppi socioeconomici più vulnerabili o maggiormente a rischio a causa del particolare stato di salute, il personale sanitario. L'autorizzazione alla distribuzione del COMIRNATY o BNT162b2 – questo il nome del vaccino Pfizer-BioNTech – è arrivata per prima nel [Regno Unito](#) il 2 Dicembre, successivamente negli [USA](#) il giorno 11 ed infine nell'[UE](#) il 21 dello stesso mese, sulla crescente onda di un'informazione mainstream totalmente votata a sottolineare la necessità del vaccino per scacciare la paura della pandemia, salvare l'umanità dall'estinzione (forse, solo nel caso in cui ci fosse stato davvero questo pericolo, sarebbe stato giustificato il regime di terrore con cui i telegiornali raccontano la pandemia da oramai quasi un anno) e ritornare alla normale misera vita di prima, con qualche piccolo cambiamento però.

Perché se è vero che ci vendono il sogno del ritorno alla vita pre-pandemia, la politica spinge però verso la stabilizzazione e l'implementazione del lavoro da casa (che è tutto tranne che smart, per molti versi), punta sul cashless, stringe accordi pluriennali con piattaforme per la didattica online e pensa all'introduzione di un passaporto vaccinale...tutti cambiamenti che, una volta avvenuti, difficilmente scompariranno (vedi Patriot Act). Malgrado la tenace volontà delle istituzioni, sono molti i dubbi sorti nella popolazione sulla reale necessità del vaccino per affrontare questa malattia, la cui letalità riguarda soprattutto le fasce più anziane della popolazione, nella maggior parte dei casi affette da plurime e pregresse patologie (come dimostrano [i dati](#)).

Sono tantissime nel mondo le persone che hanno fatto appelli per mettere in guardia circa gli effetti collaterali che questo vaccino può avere sia nel breve termine, invocando il principio di precauzione circa la sperimentazione di un nuovo vaccino (nuovo nel senso stretto del termine poiché è un vaccino mRNA), sia nel lungo termine, sottolineando la totale mancanza di dati sugli effetti che potrebbe avere.

“Non credo che abbiamo le prove su nessuno dei vaccini per essere sicuri che impediranno alle persone di contrarre effettivamente l’infezione e quindi di essere in grado di trasmetterla” Dr.

Soumya Swaminathan – capo scienziato OMS

“É improbabile che questi vaccini sterilizzino totalmente una popolazione... diciamo il 60-70%.”

Prof. Sir John Bell – uno dei massimi consulenti Covid del Regno Unito e membro del SAGE (Scientific Advisory Group for Emergencies)

“Il vaccino contiene una proteina spike... chiamata sincitina-1, vitale per la formazione della placenta umana. Se il vaccino dovesse scatenare una risposta immunitaria VERSO questa proteina spike, vorrebbe dire che stiamo addestrando l’organismo femminile ad attaccare la sincitina-1, cosa che potrebbe portare ad un’infertilità femminile a tempo indeterminato.” Dr. Mike Yeadon – Capo

della Ricerca e Vicepresidente di Pfizer – e Dr. Wolfgang Wodarg – specialista in epidemiologia e malattie polmonari, nonché ex Presidente del Comitato per la Salute del Consiglio d’Europa

Ciò nonostante la campagna vaccinale è partita, ed è allora fondamentale monitorare ciò che è accaduto ad alcune persone successivamente all’inoculazione del vaccino. Da più parti infatti arrivano segnalazioni di sintomatologie collaterali che comprendono una vasta gamma di sintomi, in particolare gravi reazioni allergiche nei casi peggiori:

– la capo infermiera Tiffany Dover del CHI Memorial Hospital di Chattanooga, Tennessee, è svenuta in diretta davanti le telecamere dopo essersi vaccinata, e successivamente è stato riferito che ha avuto un reazione allergica importante.

– la dottoressa Karla Cecilia Pérez Osorio, della Clinica 7 dell’IMSS, Città del Messico, è stata colpita da mielite trasversa ed è ora in gravi condizioni.

– 3 operatori sanitari in Alaska hanno sofferto di gravi reazioni allergiche e necessitato di epinefrina e pronto intervento per la rianimazione.

– l’operatrice socio-sanitaria Deborah Tilli di Hamilton, Canada, ha avuto una reazione grave che l’ha fatta svenire e soffrire di diverse crisi epilettiche, ed è stata salvata da una rianimazione cardio-polmonare.

Questi casi nel nuovo continente si sono verificati successivamente alle segnalazioni di casi simili anche nel Regno Unito, che come detto era partito prima con la campagna vaccinale, ed hanno spinto le autorità europee ad una maggiore precauzione.

A meno di un mese dall’approvazione, la Pfizer ha già annunciato che, secondo i suoi esperti, i soggetti vaccinati dovrebbero rimanere in osservazione almeno 15 minuti (30 se sono soggetti allergici) e le strutture dovrebbero disporre di scorte, inclusi ossigeno e adrenalina, proprio per gestire le reazioni anafilattiche, ma anche defibrillatore per la rianimazione immediata...chissà se i gazebo a forma di fiore risulteranno funzionali a tali raccomandazioni. Se a tutto ciò uniamo l’oramai famigerato scudo legale che il governo britannico ha concesso alla Pfizer per proteggerla da eventuali cause legate alla somministrazione del suo vaccino anti-Covid, sembra sempre più chiaro come i dubbi su questa strada intrapresa siano più che giustificati. Nel frattempo vi segnaliamo anche la prima reazione avversa al vaccino Moderna, anche in questo caso una forte reazione allergica. Il fatto è avvenuto a Boston la settimana successiva al via libera ottenuto dalla FDA; vittima il Dr. Hossein Sadrzadeh, oncologo al Boston Medical Center.

Covid-19. Il premio Nobel Michael Levitt: “Il livello di stupidità raggiunto è pazzesco”

5/01/21 [Theitaliantribune.it](https://www.theitaliantribune.it)

"Gli epidemiologi hanno causato sofferenze e danni per centinaia di miliardi di dollari"

Michael Levitt, che è stato professore di biologia strutturale alla Stanford University e [premio Nobel](#) per la chimica nel 2013 “per lo sviluppo di modelli multiscala per sistemi chimici complessi”, ha denunciato la reazione epidemiologica alla pandemia come una “situazione vergognosa per la scienza”.

“The level of stupidity going on here is amazing” (tradotto: “Il livello di stupidità raggiunto è pazzesco”), lo dice proprio il professore, il quale durante uno dei “*Lindau Nobel laureate meetings*” [ha dichiarato](#), in merito alla situazione che si è creata: “Come gruppo, gli scienziati hanno fallito...Non sono contrario al blocco. Sono contro uno stupido blocco senza considerare il quadro completo. Non si tratta solo di combattere un virus che è esattamente pericoloso quanto l’influenza, ma anche di evitare il danno economico che ogni paese ha causato se stesso tranne la Svezia...Gli epidemiologi hanno causato sofferenze e danni per centinaia di miliardi di dollari, principalmente alle giovani generazioni”.

Il dibattito nel quale ha presenziato Levitt (USA), chiamato “*Corona – Il ruolo della scienza in tempi di crisi*”, ha visto la partecipazione di altri scienziati come Peter C. Doherty, Università di Melbourne, Dipartimento di Microbiologia e Immunologia, Australia; Alice Fletcher-Etherington, Università di Cambridge, Cambridge Institute for Medical Research, Regno Unito; Saul Perlmutter, Università della California, Dipartimento di Fisica, USA; Enrique Lin Shiao, ricercatore post-dottorato, University of California, Berkeley, Doudna Lab, USA. Il moderatore dell’evento è stato Adam Smith, Direttore scientifico, Nobel Media AB, Svezia.

I partecipanti hanno discusso di alcuni aspetti scientifici come “la biologia del virus, l’immunità, gli anticorpi, i farmaci antivirali o i modelli matematici per la diffusione del virus”. Ma hanno anche analizzato il ruolo della scienza e come questa ha influenzato le decisioni politiche. Gli ospiti però hanno anche approfondito riguardo come dovrebbero agire gli scienziati nei dibattiti, sia tra di loro che nella comunicazione al pubblico.

La verità sulla Svezia raccontata dal virologo Responsabile Covid dell’Ospedale di Stoccolma 05 Gennaio 2021 Radioradio.it

Sin dall’inizio dell’emergenza, ciascuno dei paesi europei ha reagito in modo diverso rispetto al diffondersi del virus. La più seguita è certamente stata la linea della chiusura, delle mascherine e del distanziamento sociale, adottata da gran parte delle nazioni, ma in modalità e tempi diversi. Emblema di una strategia totalmente opposta, invece, è sempre stata la Svezia: niente mascherine e nessuna norma a limitare i movimenti e le azioni dei cittadini, solo raccomandazioni.

A un anno esatto dai primissimi contagi in Europa, ci si chiede: qual è la situazione degli ospedali svedesi? Quali sono le conseguenze della linea adottata dagli scandinavi? Taluni giornali italiani riportano che prima e seconda ondata in territorio svedese siano state devastanti. Le testimonianze dal paese, tuttavia, sembrano far emergere tutt’altra realtà. Per fare un po’ di chiarezza, Fabio Duranti e Francesco Vergovich hanno interpellato il Prof. Rosario Leopardi, già docente di virologia al Karolinska Institutet di Stoccolma, psichiatra e responsabile Covid di reparto dell’ospedale svedese. [Ecco cosa ha detto in diretta a ‘Un giorno speciale’](#).

“In seguito a questa pandemia di un virus relativamente nuovo, si è osservato un vero e proprio caos. Di informazione e politico. Di fronte a un problema che deve essere affrontato in maniera razionale sono state fatte scelte in molte nazioni compresa l’Italia che da un punto di vista scientifico sono molto discutibili. Basta fare il confronto tra approccio in Italia e in Svezia.

Qui in Svezia siamo liberi di fare tutto quello che vogliamo, ci sono solo delle raccomandazioni ma non degli obblighi, non usiamo le mascherine, viviamo una vita abbastanza normale, non abbiamo un sovraccarico delle terapie intensive, non abbiamo la mortalità che c’è in altre nazioni europee come Italia e Gran Bretagna. La Svezia sta seguendo una linea normalissima, molto razionale, e i risultati si vedono.

Quello che è stato fatto in Svezia è l’esperimento di natura i cui risultati sono disponibili a tutti. Viviamo una situazione sicuramente difficile, ma non siamo in alcun modo, nonostante la mancanza di precauzioni che si

ritengono necessarie in altre nazioni, in emergenza maggiore o peggiore di quella che c'è in Italia. Il dato di fatto è questo”.

L'INTERVISTA COMPLETA AL PROF. ROSARIO LEOPARDI:

1 – [ASCOLTATE IL VIROLOGO RESPONSABILE COVID IN SVEZIA ▷ “SENZA RESTRIZIONI STIAMO MEGLIO CHE IN ITALIA”](#)

2 – [“MASCHERINE INUTILI, QUI NON LE USIAMO” ▷ RESPONSABILE COVID IN SVEZIA RACCONTA LA VERITÀ SUL VIRUS](#)

3 – [VACCINO COVID ▷ “DATI INSUFFICIENTI, NESSUNO LO AVREBBE ACCETTATO SENZA PRESSIONI POLITICHE”](#)

"Falsi positivi", il report della FDA sui tamponi: inizia un cambio di narrazione sul Covid

6/01/21 l'AntiDiplomatico *Il simplicissimus**

Qualcosa si sta muovendo sul fronte del Covid, si ha quasi l'impressione che siamo in presenza di un incipiente mutamento della narrazione anche se non possiamo sapere se essa sia legata al sempre più vicino insediamento di Biden, o ad altri fattori concomitanti: fatto sta che due giorni fa la potente Food and Drug administration ha ammesso in via ufficiale (**qui**) che i test Pcr danno troppi falsi positivi, così come aveva già fatto l'Oms il 14 dicembre, guarda caso proprio il giorno in cui si sarebbe dovuta risolvere in maniera definitiva la vicenda elettorale americana.

Naturalmente di tutto questo non c'è alcuna traccia nella nostra così accurata informazione, ma della questione dell'affidabilità dei test Prc, e soprattutto sulla gestione delle amplificazioni del segnale chimico che oltre un certo livello rende il test completamente aleatorio, si parla con sempre più insistenza da ottobre e avevo affrontato la questione in un post – [Manuale di difesa: il raggio dei tamponi spiegato bene](#) – e quindi rinvio a quello per i particolari, ma ciò che cambia è che l'utilizzo scorretto dei tamponi sta uscendo per così dire dalla clandestinità del complottismo dove lo aveva relegato l'informazione mainstream, e via via sta perdendo la sua natura di errore per apparire come una deliberata scelta al fine di aumentare a dismisura i casi di Covid.

Il sospetto viene perché mentre fin dalla tarda primavera si conoscesse il limite dei test da tampone né i Cdc, né l'Fda hanno realizzato le guide per i medici che avevano promesso, né questi ultimi, molti dei quali ignari dei problemi diagnostici dei test Prc, ricevono dai laboratori i dati sul numero di amplificazioni applicate e dunque non possono formulare alcuna diagnosi fondata. V

anamente alcuni medici e specialisti si erano opposti alla follia di considerare la positività al test Pcr come prova di essere ammalati di Covid. Ma solo a novembre, dopo la tornata elettorale, lo stesso Antony Fauci, padrino del Covid ha ammesso che i test Prc vengono moltiplicati troppe volte per essere significativi: ” *Se qualcuno arriva con test moltiplicati 37, 38 o anche 36 volte devi dire: sono solo nucleotidi morti. Punto*”. Dopo questa dichiarazione il governatore della Florida Ron De Santis, aveva emanato un'ordinanza per la quale i laboratori devono specificare il numero dei cicli di amplificazione ed è assai probabile che l'Fda, dopo le dichiarazioni del 4 gennaio, si avvii ad estendere questa regola a tutta la nazione.

Quasi contemporaneamente alla presa di posizione della Fda è sceso in campo quello che viene ritenuto uno dei massimi esperti di epidemiologia in Usa, Knut Wittkowski ex capo della ricerca biostatistica ed epidemiologica presso la Rockefeller University il quale ha affermato che *“il massiccio calo dei casi di influenza può essere attribuito al fatto che molti vengono erroneamente contati come casi Covid-19”*.

Secondo i dati del CDC, il tasso cumulativo di test sull'influenza positiva dalla fine di settembre alla settimana del 19 dicembre è stato solo dello 0,2%, rispetto all'8,7% di un anno prima e secondo Wittkowski, ciò è dovuto al fatto che molte infezioni influenzali vengono erroneamente etichettate come casi di coronavirus. Insomma è presumibile che con le nuove regole il numero di ammalati di Covid subirà una riduzione esponenziale a dimostrazione dell'opera salvifica di Biden e dei poteri che rappresenta, mentre il freno alla diffusione

potrebbe essere giustificato dall'uso dei vaccini e non invece dal cambiamento ad orologeria dei criteri diagnostici.

D'altro canto potrebbe comunque andare avanti l'allarmismo e le misure di segregazione grazie alle varianti del virus, fino a che non sarà andato avanti il reset economico e sociale cominciato con la pandemia. Anche l'intensificarsi delle ombre sul governo Conte potrebbe rispondere a questa logica con un nuovo leader che si potrebbe proporre come vero salvatore. Una cosa è certa mai tanto caos sembra avere una regia così attenta.

**Pubblichiamo su gentile concessione dell'Autore*

Vaccini Covid: tra informazioni che mancano e varianti del virus

di Redazione "il Cambiamento" 08-01-2021

Mentre dall'Inghilterra arriva la notizia secondo cui non è chiaro se gli attuali vaccini siano efficaci contro la nuova variante sudafricana del coronavirus, in Italia sono già diverse centinaia di migliaia le dosi di vaccino della Pfizer-Biontech somministrate, benché, come da documenti dell'EMA, emerge che mancano ancora diverse informazioni. Autorizzato anche il vaccino Moderna.

In Inghilterra lo scienziato John Bell, che ha guidato il team AstraZeneca-Università di Oxford nello studio per il loro vaccino, ha affermato come [non sia ancora chiaro se gli attuali vaccini possano essere efficaci contro la variante sudafricana del coronavirus](#). Anche il segretario inglese alla Sanità [si è detto molto preoccupato](#), poiché pure in Gran Bretagna la campagna vaccinale ha preso il via.

Anche in Italia, come si diceva, la campagna di vaccinazione è iniziata, con le dosi del vaccino Comirnaty della Pfizer-Biontech. Nella relazione sul prodotto fornita da EMA, European Medicines Agency, sono elencate anche le informazioni che ancora mancano e gli effetti collaterali. Nella giornata del 7 gennaio Aifa ha autorizzato anche il vaccino Moderna e lo ha annunciato con un [comunicato stampa](#) in cui si sottolineano anche alcune differenze rispetto al Comirnaty.

La relazione EMA contenente le informazioni sul vaccino Covid, Comirnaty, [è disponibile QUI](#)

Dalla relazione: «Si tratta di un vaccino a mRNA, modificato a livello dei nucleosidi».

- «La sicurezza e l'efficacia di Comirnaty nei bambini e negli adolescenti di età inferiore a 16 anni non sono state ancora stabilite. I dati disponibili sono limitati».
- «Sono stati segnalati casi di anafilassi. Devono essere sempre immediatamente disponibili trattamento e assistenza medica adeguati nel caso di comparsa di una reazione anafilattica in seguito alla somministrazione del vaccino. Dopo la vaccinazione si raccomanda un attento monitoraggio per almeno 15 minuti. Non somministrare la seconda dose del vaccino a soggetti che abbiano manifestato anafilassi alla prima dose di Comirnaty».
- «L'efficacia, la sicurezza e l'immunogenicità del vaccino non sono state valutate nei soggetti immunocompromessi, compresi quelli in terapia immunosoppressiva».
- «La durata della protezione offerta dal vaccino non è nota; sono tuttora in corso studi clinici volti a stabilirla».
- «Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione - Non sono stati effettuati studi d'interazione. La somministrazione concomitante di Comirnaty con altri vaccini non è stata studiata».
- «Non sono stati condotti studi di genotossicità o sul potenziale cancerogeno».

Viene illustrata anche la procedura per trattare il vaccino che risulta complessa e che richiede una "catena di conservazione" e di preparazione assai efficace ed efficiente.

«Periodo di validità - Flaconcino chiuso: 6 mesi a una temperatura compresa tra -90 °C e -60 °C. Una volta estratto dal congelatore, il vaccino chiuso può essere conservato prima dell'uso fino a 5 giorni a una temperatura compresa tra 2 e 8 °C, e fino a 2 ore a una temperatura non superiore a 30 °C. Una volta scongelato, il vaccino non deve essere ricongelato. Una volta estratti dal congelatore (<-60 °C), i vassoi di flaconcini a coperchio chiuso contenenti 195 flaconcini possono rimanere a temperatura ambiente (<25 °C) per

un massimo di 5 minuti per consentire il trasferimento fra ambienti a temperatura ultra-bassa. Dopo essere stati nuovamente trasferiti in congelatore in seguito all'esposizione a temperatura ambiente, i vassoi di flaconcini devono rimanere in congelatore per almeno 2 ore prima che sia possibile estrarli nuovamente».

«Medicinale diluito - La stabilità chimica e fisica in uso è stata dimostrata per 6 ore a una temperatura compresa tra 2 e 30 °C in seguito a diluizione con soluzione iniettabile di sodio cloruro da 9 mg/mL (0,9%). Da un punto di vista microbiologico, il prodotto deve essere utilizzato immediatamente. Se non viene utilizzato immediatamente, i tempi e le condizioni di conservazione prima del suo impiego sono di responsabilità dell'operatore».

«Precauzioni particolari per la conservazione - Conservare in congelatore a una temperatura compresa tra -90 °C e -60 °C. Conservare nella confezione originale per proteggere il medicinale dalla luce. Durante la conservazione, ridurre al minimo l'esposizione alla luce ambientale, ed evitare l'esposizione alla luce solare diretta e alla luce ultravioletta. Dopo lo scongelamento, i flaconcini possono essere maneggiati in condizioni di luce ambientale.

Quando si è pronti a scongelare o utilizzare il vaccino:

- Una volta estratti dal congelatore (<-60 °C), i vassoi di flaconcini a coperchio aperto o i vassoi di flaconcini contenenti meno di 195 flaconcini possono rimanere a temperatura ambiente (<25 °C) per un massimo di 3 minuti per consentire l'estrazione dei flaconcini o il trasferimento fra ambienti a temperatura ultra-bassa.
- Quando un flaconcino viene estratto dal vassoio, deve essere scongelato per l'uso.
- Dopo essere stati nuovamente trasferiti in congelatore in seguito all'esposizione a temperatura ambiente, i vassoi di flaconcini devono rimanere in congelatore per almeno 2 ore prima che sia possibile estrarli nuovamente».

Qui di seguito la tabella con le tempistiche con cui il produttore dovrà fornire gli studi che ancora non ci sono.

La presente autorizzazione all'immissione in commercio è subordinata a condizioni; pertanto ai sensi dell'articolo 14-a(4) del Regolamento 726/2004/CE e successive modifiche, il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio deve completare, entro la tempistica stabilita, le seguenti attività:

Descrizione	Tempistica
Per completare la caratterizzazione del principio attivo e del prodotto finito, il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio deve fornire dati supplementari.	Luglio 2021. Relazioni intermedie: 31 marzo 2021
Per garantire una qualità costante del prodotto, il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio deve fornire informazioni aggiuntive per migliorare la strategia di controllo, tra cui le specifiche del principio attivo e del prodotto finito.	Luglio 2021. Relazioni intermedie: 31 marzo 2021
Per garantire la coerenza del processo di produzione del prodotto finito, il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio deve fornire ulteriori dati di validazione.	Marzo 2021
Per confermare il profilo di purezza, garantire un controllo di qualità approfondito e assicurare l'uniformità tra i vari lotti lungo tutto il ciclo di vita	Luglio 2021. Relazioni

18

Descrizione	Tempistica
del prodotto finito, il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio deve fornire informazioni aggiuntive sul processo di sintesi e sulla strategia di controllo per l'eccezione ALC-0315.	intermedie: gennaio 2021, aprile 2021
Per confermare il profilo di purezza, garantire un controllo di qualità approfondito e assicurare l'uniformità tra i vari lotti lungo tutto il ciclo di vita del prodotto finito, il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio deve fornire informazioni aggiuntive sul processo di sintesi e sulla strategia di controllo per l'eccezione ALC-0159.	Luglio 2021. Relazioni intermedie: gennaio 2021, aprile 2021
Per confermare l'efficacia e la sicurezza di Comirnaty, il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio deve fornire la relazione finale sullo studio clinico relativa allo studio C4591001 randomizzato, controllato verso placebo, in cieco per l'osservatore.	Dicembre 2023

Sempre [EMA specifica](#) che «l'impatto della vaccinazione con Comirnaty sulla diffusione del virus SARS-CoV-2 nella comunità non è ancora noto. Non si conosce ancora fino a che punto i soggetti vaccinati possano ancora essere portatori del virus e in grado di diffonderlo».

«Al momento non si conosce la durata della protezione fornita da Comirnaty. Le persone vaccinate nell'ambito della sperimentazione clinica continueranno a essere monitorate per 2 anni per raccogliere maggiori informazioni sulla durata della protezione».

«Poiché Comirnaty ha ricevuto un'autorizzazione all'immissione in commercio subordinata a condizioni, la ditta che lo commercializza continuerà a fornire i risultati della sperimentazione principale, che proseguirà per 2 anni. Questa sperimentazione e altri studi forniranno informazioni sulla durata della protezione, sulla capacità del vaccino di prevenire la forma grave di COVID-19, sulla misura in cui il vaccino protegge le persone immunocompromesse, i bambini e le donne in gravidanza, e sulla capacità di prevenire i casi asintomatici. Inoltre, studi indipendenti sui vaccini COVID-19, coordinati dalle autorità dell'UE, forniranno informazioni aggiuntive sulla sicurezza a lungo termine del vaccino e sui relativi benefici per la popolazione in generale. La ditta condurrà inoltre studi per fornire ulteriori garanzie sulla qualità farmaceutica del vaccino, man mano che la produzione continuerà ad aumentare». [Sulla rivista Science](#), Jop De Vrieze, giornalista scientifico olandese, ha affermato che le reazioni allergiche che si sono manifestate dopo la somministrazione del vaccino Pfizer potrebbero essere dovute alla presenza di una sostanza chiamata PEG, polietilenglicole o glicole polietilenico. Nell'articolo De Vrieze afferma che il National Institute of Allergy and Infectious Diseases americano e la Food and Drug Administration stanno valutando la cosa. [QUI il link al foglietto illustrativo di Comirnaty](#) [Sul sito di AIFA](#), l'Agenzia Italiana de Farmaco, nelle FAQ sul vaccino, al punto 9 viene anche in questo caso dichiarato che «La durata della protezione non è ancora definita con certezza perché il periodo di osservazione è stato necessariamente di pochi mesi, ma le conoscenze sugli altri tipi di coronavirus indicano che la protezione dovrebbe essere di almeno 9-12 mesi».

Al punto 11 si legge: «(...) è necessario più tempo per ottenere dati significativi per dimostrare se i vaccinati si possono infettare in modo asintomatico e contagiare altre persone. Sebbene sia plausibile che la vaccinazione protegga dall'infezione, i vaccinati e le persone che sono in contatto con loro devono continuare ad adottare le misure di protezione anti COVID-19».

Al punto 14: «(...) Nei Paesi dove è già stata avviata la somministrazione di massa del vaccino sono cominciate anche le segnalazioni delle reazioni avverse, da quelle meno gravi a quelle più significative, comprese le reazioni allergiche. Tutti i Paesi che avviano la somministrazione del vaccino estesa a tutta la popolazione raccoglieranno e valuteranno ogni segnalazione pervenuta al sistema di farmaco vigilanza delle reazioni avverse al vaccino, così da poter definire con sempre maggior precisione il tipo di profilo di rischio legato alla vaccinazione».

Al punto 31: «Anche se l'efficacia del vaccino COVID-19 mRNA BNT162b2 è molto alta (oltre il 90%) vi sarà sempre una porzione di vaccinati che non svilupperà la difesa immunitaria, inoltre, ancora non sappiamo in maniera definitiva se la vaccinazione impedisce solo la manifestazione della malattia o anche il trasmettersi dell'infezione. Ecco perché essere vaccinati non conferisce un "certificato di libertà" ma occorre continuare ad adottare comportamenti corretti e misure di contenimento del rischio di infezione».

Di recente, [sulla questione vaccini Covid ha preso posizione la Rete Sostenibilità e Salute](#) chiedendo che non sia previsto l'obbligo di legge e che sia impostato e condotto uno studio clinico per confrontare persone non vaccinate e vaccinate per il Covid.

Vitamina D: perché una sola molecola affascina il mondo ma divide gli esperti

Roberta De Carolis 9 Gennaio 2021 www.greenme.it

La [vitamina D](#) ha invaso la rete e il mondo scientifico, comparando in più di 150 milioni di risultati generali e oltre 5.200 pubblicazioni scientifiche. La molecola, anche se chiamata vitamina, agisce in realtà come un ormone. Secondo gli scienziati è questo il segreto del suo successo. È sufficiente scrivere 'vitamina D' su qualsiasi motore di ricerca, o 'vitamin D' su quelli scientifici come Pubmed, alla ricerca di pubblicazioni, per scoprire come la vitamina D faccia ormai da padrona in rete e nel mondo accademico. La recente pandemia di Covid-19 ha sicuramente "dato una mano", in quanto è ancora dibattuta la possibilità che la molecola prevenga le forme gravi dell'infezione, come sostenuto da diversi scienziati del settore (Leggi anche: ["La vitamina D è](#)

[efficace contro il Covid e andrebbe usata come prevenzione e terapia”. Intervista al Professor Giovanni Carlo Isaia\).](#)

“Le vitamine sono composti che dobbiamo assumere dall’esterno perché, in larga misura, non le sintetizziamo – spiega a El País José López Miranda, Direttore dell’Unità di Medicina Interna dell’Ospedale Universitario Reina Sofía e ricercatore presso l’Istituto Maimonides per la ricerca biomedica di Córdoba (IMIBIC) – Tuttavia, nel caso della vitamina D non è così, la sintetizziamo, lo facciamo attraverso l’esposizione al sole. E, sebbene la chiamiamo vitamina, è di fatto un sistema endocrino metabolico.

In altre parole, funziona come un ormone. Sarebbe proprio questo il segreto del suo successo, perché, proprio come tipico di un ormone, i suoi effetti si estendono a tutto il corpo.

“Come tutti gli ormoni che regolano la nostra fisiologia, ha una funzione a molti livelli – spiega María Cortés Berdonces, specialista in endocrinologia e nutrizione presso l’ospedale Ruber Juan Bravo di Madrid e coordinatrice del gruppo sul metabolismo osseo della Società spagnola di endocrinologia e nutrizione (SEEN) – Da qui la sua influenza su tanti aspetti della nostra salute e non solo sulle ossa”.

È noto per esempio che la vitamina D è essenziale per promuovere e modulare l’assorbimento e il deposito di calcio nelle ossa, ma ha anche altri effetti in diverse aree, tra i quali quello a livello muscolare, in relazione al cancro, sul metabolismo del glucosio e sul sistema immunitario. Proprio su quest’ultimo punto, gli accesi dibattiti sul Covid. [Diversi studi](#) indicano infatti come carenze di vitamina D possano influenzare negativamente sullo sviluppo dell’infezione, portando a conseguenze più gravi.

“La vitamina D, tra le sue varie funzioni, ne ha una importante di tipo immuno-regolatoria – ci aveva spiegato Giovanni Carlo Isaia, Geriatra e Presidente dell’Accademia di Medicina di Torino – che agisce sia sull’immunità innata (quella per esempio fornita dalla pelle o dalle ciglia che ci difendono da virus e batteri di qualsiasi natura) che su quella acquisita (specifico, che si genera quando un particolare agente patogeno ci attacca)”.

Tuttavia nessun protocollo in Italia ne prevede l’utilizzo né come preventivo né come terapia, mentre in Paesi come l’Inghilterra è stata recentemente disposta la somministrazione di vitamina D a 2,7 milioni di soggetti a rischio, prevalentemente anziani (Leggi anche: [Covid19: gli inglesi riceveranno gratis integratori di vitamina D \(e potrebbero aggiungerli anche a pane e latte\)](#)). Per le autorità italiane che la vitamina D protegga dall’infezione da coronavirus però è falso, perché non ci sono attualmente evidenze scientifiche che la molecola giochi un ruolo diretto e definitivo su questo. Ufficialmente, infatti, la scienza ha confermato gli [effetti benefici della vitamina D su altre infezioni](#), anche respiratorie, ma nel caso del Covid manca ancora la “prova regina”, ovvero una sperimentazione ufficiale con i protocolli ormai standardizzati che dimostrano se una sostanza è attiva o no su un problema di salute. In altre parole nessuno studio ha ancora somministrato in modo controllato e in doppio cieco la vitamina D su pazienti già infettati o su campioni di popolazione sana per verificare un eventuale beneficio. E in assenza di questo la scienza ufficiale non può confermare nulla. Ciò non significa che la questione non sarà approfondita, anzi. Gli scienziati stanno ancora cercando prove scientifiche sull’influenza della vitamina D sulla malattia. Uno dei primi passi è stata la sperimentazione clinica dell’IMIBIC e dell’Ospedale universitario Reina Sofía de Córdoba, che durante la prima ondata dell’infezione hanno effettuato un’indagine con 76 pazienti ricoverati con polmonite. I risultati hanno mostrato che tra quei pazienti a cui era stato somministrato calcifediolo, un pro-ormone che funge da precursore biochimico di vitamina D, meno del 10% ha avuto bisogno di andare in terapia intensiva, mentre tra coloro che non hanno ricevuto questa integrazione, circa il 50% ha dovuto farne ricorso.

“Questo studio pilota ci ha fornito una guida per continuare, ecco perché abbiamo progettato un ampio studio clinico che è ora in corso con un campione di dimensioni molto più grandi, circa 1.000 pazienti provenienti da 12 grandi ospedali del paese – annuncia López Miranda, primo autore dello studio.

Tutti a comprare vitamina D? Assolutamente no, a meno che non si sia strutturalmente carenti, cosa tra l'altro più diffusa di quanto si pensi (Leggi anche: [Vitamina D: tutte le conseguenze di una carenza](#)). Ma forse siamo vicini a dimostrare come una piccola molecola endogena, per molto tempo trascurata, può aiutarci a vivere di più e meglio. *Fonti di riferimento: [El País](#) / [IMIBIC](#)*

È folle: vaccinano chi ha già preso il covid! ▷ “Nessun vaccino è più sicuro dell’immunità naturale” 09 Gennaio 2021 da Radioradio.it

E se quest’attesa quasi messianica del vaccino contro il Covid non fosse stata così necessaria? Oltre gli ancora numerosi dubbi sui vaccini Pfizer e Moderna, cui probabilmente seguirà a ruota l’italiano Reithera, si va ad aggiungere una questione di fondamentale importanza che potrebbe far vacillare ancor di più gli scettici: siamo sicuri che il vaccino sia più efficace dell’immunità naturale? Per immunità naturale intendiamo la prima linea difensiva nei soggetti non immunizzati. Si tratta del sistema di difesa più antico dell’organismo che è comune a tutti gli organismi pluricellulari, compresi gli insetti e le piante. Una difesa di cui è quindi dotato chiunque sia stato affetto da coronavirus, e che secondo il Prof. **Rosario Leopardi**, docente di virologia al **Karolinska Institutet** di Stoccolma, psichiatra e responsabile Covid di reparto dell’ospedale svedese, non sarebbe neppure paragonabile alla protezione – limitata – che offrirebbe il vaccino. Insieme al virologo e alla psichiatra **Martina D’Orazio** abbiamo quindi risposto a un ulteriore interrogativo che scaturisce da tanti postulati scientifici ignorati nel dibattito attuale: perché tante ovvietà non vengono a galla? [L’intervista ai microfoni di Fabio Duranti e Francesco Vergovich](#).

Leopardi: “Vaccino e immunità naturale, ecco come stanno le cose”

“Quello che osservo oggi è che il pensiero logico, cioè l’unica cosa a cui possiamo appoggiarci, è diventato molto debole. Ci si fida molto poco di conclusioni incontrovertibili. Per esempio, io sono appena stato in contatto con un collega medico siciliano, una persona molto intelligente, che si è appena vaccinato per il covid circa un mese dopo averlo avuto! Cioè lui ha avuto il covid, ha l’immunità naturale che è molto meglio di qualsiasi vaccino esistente (perché non esiste vaccino che può dare più immunità). Io gli ho appena mandato un messaggio dicendogli che all’esame di microbiologia lo boccerai. Quello che sta succedendo è che la logica, la scienza, il dato, è stato sostituito da una psicosi e da una psicologia che dice: “Io devo legarmi al resto delle pecore. Il pastore mi dice che mi devo vaccinare? Io mi vaccino”.

Tu crei un’ansia generalizzata, di cui molti soffrono, e molte persone comunque non si sentono di andare contro la regola. Perché io devo litigare con i miei amici o avere un conflitto col mio direttore dicendo che non mi vaccino perché sono già immune? Eppure quella sarebbe l’ovvietà: nessun vaccino conferisce una protezione migliore dell’infezione stessa. Questo è un dogma della virologia: se uno non lo capisce è un incompetente. Qualsiasi vaccino utilizza un pezzetto della strategia del virus naturale, inducendo un pezzetto più o meno grande dell’immunità naturale, ma mai tutta. L’intera immunità naturale non può essere raggiunta da nessun vaccino.

D’Orazio: “La vera emergenza: l’analfabetismo funzionale”

Ci troviamo in una condizione di analfabetismo funzionale di fondo da parte dei cittadini. Si tratta di un’incapacità di comprendere e interpretare quello che si legge, perché se i cittadini avessero letto fin dall’inizio i dati di cui eravamo in possesso, ovvero che il covid crea problemi soltanto in una determinata fascia della popolazione e, per il resto, la popolazione in età da lavoro in giù è stata risparmiata, non si sarebbero potuti creare i presupposti di tutto quello che è accaduto. Inoltre parlerei di un analfabetismo funzionale da parte dei medici, lo stiamo vedendo ora con i vaccini. Se sapessero leggere e interpretare il solo bugiardinio di Pfizer non potrebbero propagandare questo vaccino come efficace e sicuro al 100%, semplicemente perché non siamo in possesso di dati sufficienti per poterlo dire. Basterebbe la trasparenza e tutto andrebbe molto diversamente“.

“Medici licenziati se non si vaccinano: è una nuova caccia alle streghe!” ▷ Prof. Leopardi

09 Gennaio 2021

da Radioradio.it

Spesso negli ultimi tempi in Italia si è assistito a una profonda spaccatura tra le varie anime che compongono il Paese. Non solo a livello politico, dove ormai il litigio è all'ordine del giorno, ma soprattutto all'interno dei più disparati strati sociali. Anche in questo caso, il covid ha avuto la funzione di accelerare e accentuare un processo già in atto da prima dello scoppio della pandemia. Con l'ingresso nelle nostre vite di questioni di ordine sanitario su lockdown, mascherine e vaccini, il popolo italiano ha mostrato tutte le sue divisioni interne. Da ciò ne consegue un atteggiamento di censura generale nei confronti di chi si pone dei dubbi. Sul tema dei vaccini questo aspetto si fa sempre più evidente. Lo ha denunciato in diretta anche il professor Rosario Leopardi, docente di virologia al Karolinska Institutet di Stoccolma, che ha raccontato di alcuni suoi colleghi in Italia a rischio licenziamento se non si sottoporranno alla vaccinazione contro il covid. [Ecco il racconto del Prof. Leopardi a Un Giorno Speciale.](#)

“A me sembra molto strano dover difendere un diritto costituzionale. E' come se in Italia qualcuno debba giustificare di vivere in uno Stato di diritto. Questi diritti si stanno calpestando regolarmente, cosa di cui si parla pochissimo. Io ho amici medici in Italia che mi dicono: ‘da me non è obbligatorio fare il vaccino, ma se non lo faccio non mi fanno venire sul posto di lavoro e rischio di essere licenziato’. Una situazione del genere è tipica da caccia alle streghe. Si pone l'individuo nella stessa situazione in cui era la strega nel Medioevo. In ogni caso la strega moriva. Questa è una situazione palese che si sta creando, ma che ufficialmente non viene fuori.

E' sempre possibile che si crei una dittatura. Nessuno è immune, neppure la Svezia. L'Italia però ha flirtato con derive autoritarie da sempre. E' una nazione portata a queste scissioni. Antropologicamente, ripeto, è sempre possibile che si crei una dittatura dappertutto, ma qui siamo molto più distanti da questo rischio”.

Il virus dei legami

di Brian Cepparulo

Published: 10 January 2021 Created: 05 January 2021

(sinistrainrete.info – La Fionda)

Le politiche di contenimento al virus, a prescindere dalla loro effettiva efficacia, si configurano come un attacco senza precedenti ai legami umani, alle relazioni, all'aggregazione sociale e al senso di collettività, oltre che alla prossimità e alla fisicità dei contatti. Non sono a conoscenza di civiltà o regimi politici del passato che si siano accaniti in tal modo nei confronti della dimensione più intima della natura umana.

L'uomo infatti è un essere intrinsecamente sociale, è un *homo socius* [1]. Egli nasce all'interno di un nucleo sociale, che è la famiglia e avvia il suo sviluppo psichico a partire dalla relazione di dipendenza dalla madre. I classici, ad esempio gli antichi greci, riconoscevano questo dato di realtà. Aristotele affermò che l'uomo è “*zoon politikon*” (animale politico). E ancora che “*lo schiavo è colui che non ha legami, che non ha un suo posto, che si può utilizzare dappertutto e in diversi modi. L'uomo libero invece è colui che ha molti legami e molti obblighi verso gli altri, verso la città e verso il luogo in cui vive*” [2].

Oggi invece, ai tempi del Covid, la mente è offuscata dalla paura del contagio. Ci siamo dimenticati questo ovvietà e abbiamo abbracciato quella che Agamben chiama la *neonata religione della salute*, in cui curarsi, da diritto, diventa un obbligo da far rispettare anche con la coercizione [3]. **Si afferma così il principio secondo cui la sopravvivenza biologica è l'unica cosa che conta e va difesa a ogni costo, anche a discapito di ripudiare la nostra natura relazionale e sociale.** Rinneare i legami è sintomatico anche di una profonda irrazionalità che ci sta affliggendo. È stata ormai instillata nelle nostre menti la *doxa* che ogni contatto umano sia una potenziale fonte di infezione. Nonostante l'evidenza scientifica, grande assente del dibattito pubblico e dall'agenda mediatica, ci dica che solo il 5% dei positivi si ammala gravemente e fra questi solo un esiguo segmento, spesso già in condizioni precarie, abbia un esito fatale, continuiamo a comportarci come se la morte potesse colpirci in ogni istante: quando facciamo la spesa, quando prendiamo il caffè, quando facciamo shopping, quando prendiamo il treno. Abbiamo smarrito il senso della proporzionalità.

La società è oramai inerme di fronte a una propaganda mediatica sistematica e coordinata, caratterizzante la pressoché totalità di giornali e televisioni, tramite la loro ossessiva ripetizione di messaggi di morte. Facendo leva sull'atavica paura di morire della gente, il *giornale unico del virus* ha fomentato una narrazione tesa da un lato alla costruzione di un nemico comune, il quale funge da pretesto alla “retorica della guerra”; dall'altro a innalzare la scienza come autorità detentrica della verità e in ultimo a legittimare le restrizioni della vita sociale. La comunicazione è basata sull'autorità dell'esperto, rappresentata da quella truppa di virologi, medici, infettivologi, epidemiologi e scienziati (o pseudo-scienziati), che tramite l'occupazione pressoché militare dei presidi mediatici delimitano il campo del vero e del falso nel discorso pubblico, determinando di fatto l'agenda politica. L'esperto assume anche una funzione moralizzatrice in quanto funzionario-sacerdote del nuovo credo tecno-scientifico. Pertanto ammonisce la plebe dei loro peccati, come ammassarsi nelle discoteche, nei bar, negli aperitivi della movida, nello sport o anche nella semplice passeggiata col cane. Questa conventicola rumorosa di cui fino a pochi mesi fa non conoscevamo neanche l'esistenza, giunge a livelli di biopolitica tali da prescrivere gli atteggiamenti da tenere a casa con amici e parenti o come effettuare gli acquisti di natale (ovviamente su Amazon) e persino i comportamenti sessuali. Tutto questo perché siamo guerra. Ma in guerra contro chi? Si parte da quell'assunto che l'uomo altro non è che un ammasso informe di virus e batteri e pertanto potenziale vettore di infezione verso gli altri. Un esempio chiaro di questa deriva è stato il modo in cui furono trattati i corpi dei morti nella fase acuta dell'epidemia, lasciati a morire da soli e bruciati di fretta senza nemmeno concedere un saluto ai propri familiari, come se non si trattasse più di cari che ci hanno lasciato ma di semplici residui organici, scorie da eliminare.

Rappresentare l'uomo in questi termini riconduce il problema della cosiddetta *pandemia globale* a una dimensione micro-individuale in cui gli individui, in quanto unità biologiche, sono portatori di rischio (una sorta di peccato originale) soprattutto per gli altri, nella retorica della difesa dei deboli e dei vulnerabili. Questo potenziale pericolo biologico ha giustificato, e giustifica, la riduzione della vita sociale ad uno stato di segregazione domestica ed esclusivo consumo alimentare e ludico-solistico. Il problema pertanto non è più il virus in sé, ma gli individui, le unità, senza le quali il virus non potrebbe trasmettersi e non potrebbe esistere. Conseguentemente la guerra al virus trova la sua prassi bellica nel conflitto verso gli individui, o più precisamente nei confronti della socialità attraverso cui i comportamenti individuali si manifestano. *Il nemico è dentro di noi* [5]. La guerra al virus, condotta a fine di salute pubblica e quindi con il fine di salvare la vita, diventa una guerra contro la vita stessa, intesa come la manifestazione sociale dei comportamenti umani. **In altre parole, combattendo il virus combattiamo noi stessi e la nostra stessa idea di vita.**

Se abbiamo, legittimamente, dubbi sull'efficacia delle misure restrittive nel contenere la diffusione del virus, possiamo essere certi degli effetti devastanti che queste hanno sulle relazioni, la socialità e l'aggregazione. Se dovessimo giudicare le misure dai loro effetti, isolandoli dalle dichiarate intenzioni, potremmo concludere che sia l'interazione umana ad essere il vero virus identificato dal regime tecno-scientifico. Non a caso il distanziamento viene solitamente qualificato come *sociale* e non fisico o di altro genere. A dimostrazione di ciò vi sono le restrizioni imposte dal governo sulle festività natalizie, che si concretano in un'aggressione ai valori e i sentimenti familiari. La guerra ai legami, ahimè, non è un fatto storicamente nuovo. La progressiva egemonia della dottrina neoliberista all'interno del sistema capitalistico aveva già posto le basi per un paradigma fondamentalmente anti-relazionale. Come affermò Margaret Thatcher, “*non esiste una società, ma esistono individui*”. Il neoliberismo ha condotto (o contribuito) alla società liquida, in cui i corpi solidi, naturali sorgenti di relazioni e contatti, si dissolvono e lasciano posto ad una continua mutevolezza che rende le persone inevitabilmente insicure, paurose e sole [4]. La prossimità, oggi sede di timori sanitari, ieri era già sede di ansie e insicurezze relazionali.

Virtualizzazione delle relazioni nell'ordine tecno-liberista

Alla progressiva privazione delle relazioni sociali segue la sistematica introduzione di dispositivi tecnologici, che mediano virtualmente i nostri contatti umani. L'umanità entra nel remoto. Nella realtà virtuale non sono gli uomini a essere riconosciuti, bensì la loro funzione all'interno dell'apparato. La società passa dalla faccia

all'interfaccia. La narrativa dominante rappresenta la virtualizzazione dei rapporti umani, oramai elevata a norma, quale frutto della necessità del virus e dell'emergenza. In realtà questo è un mondo che era già in cantiere, e che aveva bisogno di un evento che ne definisse l'orizzonte d'origine: l'anno zero. **L'epidemia è stato l'utile pretesto per accelerare tendenze già esistenti, per traghettare il mondo verso un nuovo ordine tecno-liberista** [3]. Lo stato funge da strumento di questa grande trasformazione (dopo quella descritta da Polany) con l'istituto dello stato d'emergenza e del paradigma securitario. La salute è solo il grimaldello attraverso cui scardinare gli ultimi residui di resistenza delle marcescenti democrazie borghesi e penetrare negli ambiti della sfera privata e dei corpi. Questo è il grande sogno della *Big Tech*, e di quell'universo che orbita intorno a essa, che Eric Sadin identifica 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* [6]. Il mondo che stanno costruendo appare come un ordine altamente autonomizzato, ottimizzato, dove l'individuo è costantemente monitorato e controllato, dove le città come il lavoro diventano *smart* e il privato non esiste. Sono gli uomini che rispondono alle macchine e non viceversa; i loro algoritmi, e i loro big-data, scandiscono ormai la vita umana, che diventa un puro surrogato della tecnica.

In questa prospettiva trova senso la bulimia normativa a cui stiamo assistendo dall'inizio della pandemia: *tanto più la condotta è istituzionalizzata tanto più prevedibile e quindi controllata diventa* [7].

La guerra al virus è una guerra totale alle relazioni e la socialità, con l'effetto di esonerare gli uomini da loro stessi: renderli privi di legami, disintegrando quella trama relazione che è il vero fulcro della nostra esistenza. 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, per quanto pericoloso sia, stravolga per sempre la nostra esistenza. Non possiamo accettare questo mondo che ci stanno imponendo come la nuova normalità.

Note

[1] [7] L'espressione *homo socius* e la citazione, sono presi da *La realtà come costruzione sociale*, Peter L. Berger e Thomas Luckmann, il Mulino, 1969, p.73. e p.87.

[2] La citazione è presa da *L'epoca delle passioni tristi*, Miguel Benasayag e Gerard Schmit, Feltrinelli, 2004.

[3] [5] La citazione è presa da *A che punto siamo?*, Giorgio Agamben, Quidlibet, 2020, p.27.

[4] *La solitudine del cittadino globale*, Zygmunt Bauman, Feltrinelli, 2008.

[6] Critica della ragione artificiale, Eric Sadin, Luiss University Press, 2019, p.24.

"Non possiamo permetterci di tenere chiuso il Paese". Il "Comitato tecnico scientifico" si spacca Francesco Santoianni 10 Gennaio 2021 l'AntiDiplomatico

Covid: siamo, ormai alla resa dei conti. Da una parte Andrea Crisanti, artefice di una indiscriminata disseminazione di tamponi nel Veneto che, anche per questo, emarginato dalla giunta Zaia e [messo sotto accusa](#) da tanti medici, ora invoca [ancora più vessatori lockdown](#). Dall'altra [Agostino Miozzo](#) coordinatore del Comitato tecnico scientifico che, sostanzialmente, dichiara il fallimento della strategia dei tamponi e dei lockdown finora seguita: *"Non possiamo permetterci di tenere chiuso il Paese fino alla fine dei contagi. L'Italia deve imparare a convivere col virus. (...) La terapia più sicura sarebbe quella di mettere l'Italia sotto una campana di vetro: porta sprangata e tutti chiusi in casa. L'abbiamo fatto, ora non è più possibile."* E alla domanda dell'intervistatore *"Quindi, addio lockdown totale succeda quel che succeda?"* così risponde:

"L'immunità di gregge si otterrà solo a vaccinazione collettiva ultimata. Ma serve troppo tempo, il Paese non può aspettare la fine dell'anno. Le categorie produttive sono al collasso e la gente è profondamente ferita sul piano psicologico. Dunque, alcune concessioni sono indispensabili." E alla successiva domanda *"Su queste posizioni il Comitato è unanime?"*: *"Il Cts è formato da 13 membri, più altri 13 esperti. Litighiamo*

continuamente. *A me tocca fare la sintesi e trarre le conclusioni: quello che esprimo è un pensiero collettivo. In scienza e coscienza".*

Ma davvero c'è stata una "sintesi" in un Comitato tecnico scientifico che si tiene dentro un "esperto" diventato famoso per aver chiesto l'imposizione della mascherina [anche ai bambini di tre anni](#) e che poi, pressato dal Governo, decreta il [niente mascherina in classe](#) (una disposizione che clamorosamente stride con quanto viene imposto per negozi, uffici, trasporti pubblici...)? Molto più probabile è che anche nel Comitato cominci a serpeggiare la preoccupazione che il sempre più evidente fallimento di una strategia basata su "fermare il contagio e "isolare l'infetto" (e che, verosimilmente non sarà mitigata dai vaccini) possa rivelare l'evidenza. E cioè che il virus (asintomatico nel 95% della popolazione) è ormai ENDEMICO nella popolazione e che non lo si potrà schiodare da essa con mascherine, tamponi, quarantene, lockdown e scuole chiuse.

Paradossalmente, questa preoccupazione si direbbe non sfiori chi ha organizzato le pur [lodevoli iniziative per far riaprire le scuole](#) che, come quelle degli ultimi giorni, non hanno visto quasi nessuno mobilitarsi. Non a caso, considerato che, chiedendo "serenità e sicurezza" per una scuola in presenza, proponevano (oltre a più personale, più spazi, più tempo pieno...) "test periodici rapidi e gratuiti per il personale scolastico, studenti e familiari". Test che, al di là della loro [affidabilità](#), certamente, confermerebbero in qualsiasi scuola la presenza di "positivi al virus" e, quindi la messa in quarantena di tutta la classe o di tutto il plesso scolastico, come già è avvenuto. Nulla da meravigliarsi, quindi, del fallimento di queste iniziative e delle 164 mila firme, raccolte in pochi giorni, per NON far riaprire le scuole a gennaio (indicazione subito seguita da [14 governatori regionali](#)). Peccato, quindi, che coloro che hanno indetto le mobilitazioni per la riapertura delle scuole, invece di continuare a prendere per oro colato la "Scienza" di regime e [maledire i "no vax"](#), non si domandino perché proprio il nostro Paese che - in nome dell'"isolamento dell'infetto" e del "contagio da fermare"- detiene in Europa il primato dei lockdown, delle scuole schiuse e dei tamponi... detenga anche quello dei "morti per Covid". E non riflettano su proposte per una differente gestione dell'emergenza Covid: prime tra tutte la protezione delle categorie a rischio, la riapertura delle scuole, la ripartenza della medicina territoriale e di tutto il resto.

Le parole del virologo numero uno al mondo Didier Raoult su covid e vaccino ▷ Video in italiano

10 Gennaio 2021 da Radioradio.it

Un secco "no", incassato da uno degli scienziati più prestigiosi al mondo quale Didier Raoult è un duro colpo per chi sperava e vedeva nel vaccino anti-Covid una soluzione. E non è mica il "no" di un no-vax, quello pronunciato ai microfoni di "C-News", notiziario francese a cui lo scienziato dell'idrossiclorochina ha rilasciato questa intervista: il virologo con un H-Index tra i più elevati al mondo si focalizza in particolare sul vaccino anti-Covid, per il quale rischi e vantaggi – spiega – sarebbero tutt'altro che verificati. "Fare come in Vietnam" sarebbe stato, per Raoult, l'approccio migliore di cura del Covid: l'importanza di andare "di casa in casa" curando chi è infetto grazie alla medicina di territorio assumerà una nuova e più importante reputazione dopo quest'intervista? [Ecco il video sottotitolato in italiano.](#)

– Il programma che ho letto finora mi sembra da fantascienza, al momento quello che ho visto è soprattutto una forma di pubblicità, non ho visto dati scientifici, aspetto di vedere dei dati reali...

– ***I laboratori non hanno ancora pubblicato le linee guida?***

– Quando si parla di test non si tratta di dire "se io faccio il vaccino, questo produce anticorpi", si tratta invece di dire 'abbiamo una popolazione esposta e, in questa popolazione esposta in condizioni naturali, ho alcune persone che rappresentano il target". Allora così può funzionare.

I vaccini, Ivi compresi quelli estremamente utilizzati come quelli per l'influenza, sappiamo che in realtà il bersaglio reagisce abbastanza male perché l'immunità va via via degradando con l'età... quindi tutti i decenni sono associati ad un abbassamento del 10% della reazione al vaccino.

– ***Quindi più si va avanti con l'età meno il vaccino funziona, giusto?***

– In base a quello che conosciamo oggi sì. Viviamo in un mondo folle e quindi le misure che sono state prese per lottare contro questa malattia sono misure che appartengono ad un altro secolo.

– ***Non si tratta di disposizioni pratiche, non si tratta di una lotta quotidiana.***

Ma già dire alle persone: “Non curatevi e restate a casa, non e’ nemmeno una cosa da medioevo, nemmeno Ippocrate avrebbe fatto una cosa del genere. Non diceva: ” restate a casa fino a quando morirete”... e’ una cosa folle. A partire dal momento in cui hanno detto “ascoltate”, piuttosto che mettere in piedi una vera strategia, che puo’ impiegare molto tempo ad essere messa in atto, del tipo: facciamo i test, vediamo quelli che sono positivi, li prendiamo in carico, vediamo cos’hanno, rimandiamo poi i negativi a casa, insomma invece di attuare una vera strategia di presa in carico dei malati, abbiamo creduto che la cosa fosse possibile gestirla più a livello politico che a livello medico.

– ***A partire da questo momento i politici hanno creduto, dopo il momento iniziale, che ci sarebbe stata una bacchetta magica e i loro esperti, che hanno l’abitudine da 20 anni di lavorare con l’industria farmaceutica, hanno creduto che questa bacchetta magica fosse appunto l’industria farmaceutica. Ricordatevi che pochi giorni fa sono stati acquistati 2 miliardi di vaccini nonostante io dica da marzo che questo non funziona. Solo che ora non ci sono più queste bacchette magiche, la nuova bacchetta magica sarà lottare e di lavorare per vincere la battaglia. Bisogna combattere come in Vietnam, non bisogna combattere come Napoleone III ...loro hanno avuto una sconfitta e tutto e’ crollato... bisogna fare come in Vietnam: si va casa dopo casa, paziente dopo paziente, è così che possiamo superare la guerriglia, è così che bisogna fare.***

– Al momento non ho molto rispetto per la strategia che è stata messa in atto, questo per dire che francamente alcuni colleghi hanno avuto il coraggio di insultare quello che ritengo sia la più grande star che io conosco nel mondo della lotta alle epidemie, il mio amico africano Jean-Jacques Muyembe. Nessuno ha il suo background, ha padroneggiato 3/4 epidemie di ebola, di colera...

– ***E cosa gli ha detto?***

– Gli ho detto “ascolta... sappiamo bene che la cloroquina non ha mai ucciso nessuno, noi testiamo le persone”. Vede, la strategia dei nostri paesi, e la Francia non è stato il paese peggiore da questo punto di vista, l’Inghilterra si rende conto che ad esempio ha fatto un programma di vaccinazione che è stato ripreso dall’OMS, gli americani hanno fatto lo stesso, a fronte di valutazioni terapeutiche senza pretendere un test diagnostico, ma vi rendete conto del livello che c’è? In Africa non fanno questo, nessuno lo fa in Africa, per fare una diagnosi fanno dei test, non includono nei test terapeutici, solo per la follia di farli, persone per le quali non si conosce la diagnosi. Penso che se ci divertissimo a fare questo vaccino obbligatorio ci sarebbe una rivoluzione e non è il caso di farlo, penso che il presidente Macron sia riuscito a fermarlo; quindi non bisogna farlo altrimenti ci sarebbe una rivoluzione. Inoltre è una cosa che ancora non sappiamo se può essere pericolosa e come funziona e se lo si rende obbligatorio è veramente la follia. E poi ci sono due cose da considerare nel vaccino: la protezione individuale e il rischio individuale che sono da verificare. Quando si impedisce alle persone di prendere le medicine che hanno voglia di prendere, vuol dire che esse non hanno più il diritto di decidere cosa fare. Io sono liberale da questo punto di vista: se una persona decide di sottoporsi al trattamento deve essere libera di decidere di fare il vaccino, questo è diverso dall’attuare una politica da parte dello stato che dice ‘dovete farlo’.

La campagna militar-vaccinale di Giovanni Iozzoli Published: 10 January 2021 Created: 04 January 2021 (sinistrainrete.info – Carmilla)

Come volevasi dimostrare, questa maledetta pandemia sta devastando quel po’ di residui democratici di cui il mondo occidentale menava ancora vanto. In Italia ci siamo rapidamente assuefatti alla sospensione delle libertà costituzionali a mezzo DPCM; e il punto non è tanto l’utilità profilattica del lockdown (su cui esistono ampi margini di discussione) quanto la terribile passività con cui la società ha accettato e introiettato questa nuova schiacciante prassi: le libertà fondamentali non sono più indisponibili ai governi – non sono più naturalmente

“nostre”, come recita il catechismo liberale; appartengono a chi ha in mano gli strumenti di coercizione e il monopolio della forza (l’esecutivo). Un bel salto all’indietro di circa 250 anni, nel rapporto tra cittadini e Sovrano. Oggi è la pandemia, domani potrebbe essere qualsiasi altra emergenza, più o meno fondata: la strada è ormai tracciata, la società si sta tristemente abituando al coprifuoco come governo delle crisi sociali. Ma il bello deve ancora venire. È cominciata infatti in questi giorni la rinomata campagna vaccinale; si è partiti con le fanfare e il giubilo a reti unificate, inscenando uno dei più ridicoli spettacolini mai allestiti nella lunga storia della patria retorica, con un esercito di giornalisti e soldati ad aspettare trepidanti un furgoncino DHL. Ma visti gli esiti di alcuni sondaggi, non all’altezza di tanti entusiasmi, il clima gioioso è presto degenerato: e adesso comincia a tirare un vento fetido di fascismo e coercizione.

Chiunque osi manifestare una qualche timida obiezione o resistenza alla nuova “grande campagna”, viene immediatamente tacciato di essere “no vax” (epiteto ingiurioso che fa il paio con negazionista, affibbiato allo stesso modo al gen. Pappalardo e al filosofo Agamben) e minacciato esplicitamente di gravissime conseguenze. Anche solo per aver parlato.

Il docente di Infermieristica dell’Università di Firenze dott. Festini, ha detto a voce alta quello che molti sussurrano con preoccupazione: “lo capite che è impossibile mettere a punto e sperimentare un farmaco in sette mesi? Lo capite che, a meno di essere dei veggenti, in sette mesi non è possibile sapere nulla di attendibile riguardo alla sua efficacia, alla sua sicurezza ed agli effetti indesiderati?”. Parole di semplice buon senso (riportate da “Repubblica”) che immediatamente hanno fatto finire alla gogna il docente, più o meno come era toccato a Crisanti due settimane fa (tra l’altro il virologo che parla in romanesco ha risolto tutti i suoi dubbi con fulminea velocità, chissà perché...) Il fatto è che la questione vaccini sfugge ormai a qualsiasi ragionamento scientifico; e non ci riferiamo solo all’enorme business delle aziende farmaceutiche o alla competizione geopolitica tra blocchi – tutti elementi che hanno condizionato pesantemente la pretesa “purezza scientifica” della ricerca.

Il messaggio è che ci si deve vaccinare per “ragioni morali”, per il “bene della comunità”, per “battere questo nemico”. Recalcati ci informa che vaccinarsi è “un gesto etico”: bene, chi è chiamato a garantire, l’adempimento di tale gesto, se non uno Stato Etico? La scienza pretende di inverare il punto più alto della modernità, ma si arrocca sempre più spesso in una dimensione sostanzialmente premoderna.

E il linguaggio marziale che adotta è quello tipico dell’arruolamento militare: i riottosi sono disertori o addirittura sabotatori dello sforzo bellico, nemici della Patria. Qua non si tratta di essere “pro o contro i vaccini” (questione aperta, su cui, anche all’interno di questa redazione convivono legittime opinioni diverse). Qui si tratta di capire se è ancora praticabile il diritto al Dubbio, che è il cardine di ogni progresso scientifico e, in ultima analisi della storia moderna dell’Occidente.

La pseudo scienza da regime, che blandisce, promette, minaccia, riproduce piuttosto una logica essenzialmente religiosa: è necessario riporre fede nel vaccino (che è ormai è assunto al ruolo di elisir mitologico) e nei suoi sacerdoti. Punto. Il resto è eresia. O apostasia.

Il problema è che gli italiani sono poco marziali, non muoiono dalla voglia di arruolarsi. E non mostrano una grande spinta, non manifestano abbastanza fede, vorrebbero capire un po’ meglio la faccenda, sentire più campane; tra molti di loro serpeggia addirittura il sospetto che la sperimentazione reale degli effetti del vaccino comincerà proprio con la campagna vaccinale di massa. E allora, contro cacadubbi, panciafichisti e renitenti alla leva, partono i sinistri avvisi a reti unificate: se i virologi giurano su un vaccino che pochi di loro conoscono davvero, i costituzionalisti affermano che è lecito costringere gli italiani ad un TSO di massa senza violare la Carta (e si risveglia anche Ichino, che era un po’ fuorigioco, da tempo non poteva licenziare nessuno, e sentenza che sì: lo scetticismo sanitario può anche essere giusta causa di licenziamento). In ogni caso, se non fosse giuridicamente possibile l’obbligo vaccinale di massa (maledetta Costituzione, sempre in mezzo ai piedi dei governi) saranno messe in campo misure proscrittive o punitive – liste di reprobis, tesserini sanitari, divieti all’accesso di determinati servizi offerti dai privati, intralci alla mobilità, piccole e grandi rappresaglie contro i riottosi – all’insegna del motto: scoraggiare e punire.

Il bello è che tra i più prudenti nella corsa alla punturina, troviamo proprio infermieri e medici; chissà perché: forse perché la pensano come il docente universitario Festini – ma non possono dirlo pena radiazione dall'albo o magari fucilazione alla schiena. Del resto, anche all'epoca della Lorenzin i sindacati di categoria e alcuni ordini professionali si dichiararono contrari all'obbligo vaccinale per i loro iscritti (l'italianissimo: fate quello dico ma non fate quello che faccio). Sulle ragioni della prudenza vaccinale di molti sanitari di ogni ordine e grado, non c'è molto da dire, ognuno deve parlare per sé e per le proprie ragioni: ma se per questi lavoratori la libera espressione è sostanzialmente proibita, cosa resta se non le vie di fuga individuali, le allergie frettolosamente certificate, l'escamotage che permette di procrastinare la sgradita procedura senza perdere il posto? Sulla questione vaccini, il governatore Toti (personaggio inquietante, ma al quale non difetta certo la sincerità), ha chiosato candidamente ai microfoni di un tg nazionale: “visto che sono già state violate le libertà costituzionali di movimento e di impresa, perché non si potrebbe imporre per legge a tutti il vaccino?” Già perché? Abbiamo fatto trenta...

È questo è proprio l'orlo del baratro su cui stiamo danzando tutti; l'eccezionalità è sfuggita ad ogni controllo; l'inerzia del governicchio, la faccia da democristiano di provincia del premier, non deve tranquillizzarci: immaginiamo cosa succederà quando questa nuova strumentazione decisionale sarà in mano a gente dalle idee pericolosamente più chiare. E la cosa più allarmante è la mancanza di discussione pubblica su questi temi, come se in pochi mesi queste enormità fossero state totalmente digerite e introiettate dalla società civile. Assunte come nuova inquietante normalità.

Questo è un campo che precede ogni dibattito vaccini sì/vaccini no (sul cui merito la stragrande maggioranza di noi non avrebbe gli strumenti per intervenire); qui ci collochiamo un passo prima, sul terreno della crisi ideologica e politica dell'occidente: quell'ordito di suggestioni e prassi che assegnano il primato all'individuo e alle sue libertà, e che hanno consentito al nord euro-anglosassone di esibire da sempre una fasulla superiorità morale, rispetto al resto del mondo “illiberale” – spesso fornendo alibi alle proprie protervie militari ed economiche.

Ecco: siamo oltre quella storia, siamo al di là di quello schema. Probabilmente ci eravamo arrivati anche prima, ma l'epidemia ha affrettato i tempi e squagliato il cerone di scena. Si apre uno spazio di dibattito sconfinato, per quanto in pochi al momento sembrano avere voglia di attraversarlo. Oggi “l'Occidente delle libertà” è il campo in cui il controllo sociale, l'uso massiccio del carcere e dell'invasione della magistratura, le terribili tecnologie dell'intercettazione e del pedinamento elettronico, l'interventismo amministrativo nei conflitti di classe, i divieti antisicopero, i dapo sociali e oggi il nuovo decisionismo anticontagio, stanno diffondendosi come metastasi. E sono pratiche speculari a quelle dei deprecati regimi autoritari (quei regimi accusati di controllare capillarmente i loro cittadini e negare la libera espressione!) che i liberali hanno sempre bollato come intollerabili e sulla cui opposizione hanno costruito l'idea e la suggestione del “mondo libero”. Quanto siamo lontani dai “patentini di cittadinanza digitale a punti” – il famigerato SCS – già in uso a Pechino? La Cina è vicina, decisamente. La crisi del vecchio mondo sta sgravando un nuovo assetto sociale e l'epidemia rappresenta solo le doglie dolorose di questo parto travagliato.

Tutti gli elementi erano già in incubazione, più o meno sottotraccia – li leggevamo e li temevamo. Oggi i processi si stanno compiendo: dovremo misurarci con nuove tecnologie di governo dei corpi, della salute, del lavoro, della conoscenza e della società nel suo complesso.

Negli anni scorsi, quando si strolcava di biopolitica in tutte le salse, probabilmente nessuno immaginava che il nostro sistema immunitario sarebbe stato l'ultima frontiera da difendere dall'invasività della nuova governance capitalista. Il Covid esiste, è temibile e va contrastato: ma siamo attenti a non risvegliarci in un mondo in cui la sua eredità sulle nostre società e sulla nostra salute, potrebbe essere anche più pesante del male.

“Sono le polveri sottili a influire sui contagi”: nuovo studio associa ufficialmente il PM2.5 alla diffusione del Covid

Germana Carillo 11 Gennaio 2021 www.greenme.it

“Una specie di serratura per il virus e soprattutto per la sua azione nociva sull’organismo”. È così che le polveri sottili svolgerebbero un ruolo determinante nella diffusione dei contagi, tanto da essere decisamente più pericolosi dell’inquinamento in generale. La proteina che protegge l’organismo dai danni dell’esposizione al PM2.5 è in pratica la stessa che favorisce l’azione dannosa del Sars Cov-2. È la conclusione cui sono giunti gli scienziati Mauro Minelli e Antonella Mattei che in uno [studio](#) pubblicato sull’*International Journal of Environmental Research and Public Health* hanno spiegato che è l’esposizione alle polveri sottili a far sviluppare al corpo umano la proteina ACE2 che *“diventa una sorta di serratura per il virus”*.

- [Coronavirus, resta nello smog e persiste in particolato e polveri sottili. Lo conferma uno studio italiano](#)

Per questo in alcune zone d’Italia la diffusione del virus non sarebbe stata così massiccia come in Lombardia e Veneto, dove invece i livelli di PM2.5 sono più alti. Già una ricerca precedente aveva dimostrato come sia sufficiente anche un [leggero aumento della concentrazione di polveri sottili per aumentare il rischio mortalità per Covid-19](#). Ora i due scienziati mirano a dimostrare come non sia l’inquinamento atmosferico generalmente inteso una delle cause della maggiore incidenza dell’infezione sulla popolazione mondiale, ma gli effetti dell’esposizione delle persone al PM2.5. Per farlo, lo studio osservazionale nazionale ha dimostrato la significativa relazione positiva tra i tassi di incidenza di Covid-19 e i livelli non solo di PM2,5 ma anche di NO2 (biossido di azoto) in Italia, sia considerando il periodo 2016-2020 che i mesi dell’epidemia, correlati a due ulteriori fattori: l’indice di vecchiaia e la densità di popolazione. Secondo le analisi, l’esposizione aumenta il tasso d’incidenza del Covid di 2,79 ammalati per 10mila persone se la concentrazione di PM2.5 aumenta di un microgrammo per metro cubo d’aria, e di 1,24 ammalati per 10mila persone se la concentrazione di NO2 aumenta di un microgrammo per metro cubo d’aria. Di fatti, il nostro organismo, quando è parecchio esposto al PM2.5 sviluppa una proteina chiamata **“ACE2”** per difendersi da quelle polveri, ma proprio quella proteina diventa una trappola.

“ACE2 – spiega Minelli – diventa una sorta di serratura per il virus e soprattutto per la sua azione nociva sull’organismo”.

Una ipotesi che potrebbe spiegare l’elevato tasso di incidenza e di mortalità da Covid-19 nelle regioni del Nord rispetto a quelle del centro-sud.

“Per confermarlo – aggiunge l’immunologo su il Fatto Quotidiano – basterebbe analizzare i dati di Taranto e della sua provincia, notoriamente una delle più inquinate d’Italia, ma che da anni non registra più livelli significativi proprio di PM2.5 come rilevato dalle centraline dell’Arpa Puglia distribuite nel territorio ionico. Al 3 novembre 2020, Taranto era la penultima provincia della Puglia per tassi di incidenza da Covid-19, seguita solo dalla provincia di Lecce”.

Parlare in generale, quindi, sia di smog che di inquinamento sarebbe generico e fuorviante. Certo è che già nel mese di marzo uno studio condotto dalle Università di Bologna e di Bari e dalla Società Italiana di Medicina Ambientale era arrivato alla conclusione che [le regioni più colpite sono anche quelle più inquinate](#).

Conclusione? Il particolato atmosferico è una delle principali cause di deterioramento polmonare. Ad esso sono collegate vere catastrofi, tanto silenziose quanto reali. E questo studio ne è una ennesima dimostrazione.

Ebbene, ricordiamoci che nel nostro piccolo possiamo ancora contribuire a ridurre la produzione di polveri sottili. *Fonti: [International Journal of Environmental Research and Public Health](#) / [il Fatto Quotidiano](#)*.

In Italia cifre scandalose e società sospette dietro le mascherine ▷ Le rivelazioni di

Ranucci: “Le abbiamo pagate 10 volte più del normale” 11 Gennaio 2021 Radoradio.it

Sembra inevitabile: quando vengono affidati grandi importi da spendere senza una gara, qualcosa diventa sempre torbido fino – in qualche caso – a puzzare di marcio. Parliamo dei dispositivi di protezione, sui quali tanto dibattito c’è stato tra marzo ed aprile, fino a diventare quasi un indumento intimo da indossare

quotidianamente. Ma prima di diventare consuetudine le mascherine sembravano introvabili, e parallelamente agli acquisti all'estero e in particolare dalla Cina, la sfida era creare una filiera nazionale di produzione italiana. Ma come ce la siamo cavata? A rispondere all'interrogativo si è cimentata la squadra di Report, che questa sera con il suo frontman Sigfrido Ranucci ci racconterà come le commesse ordinate alla Cina, a conti fatti, siano state tutt'altro che convenienti per il contribuente italiano: si arriva fino a cifre di dieci volte superiori alle altre nazioni europee. Numeri esosi di cui non si conosce il perché, conditi da commissioni altrettanto onerose ai responsabili delle operazioni; mentre invece qualche fabbrica italiana si è ritrovata fuori dai progetti di Arcuri.

Sigfrido Ranucci ci ha detto di più in diretta.

“Ci siamo messi sulle tracce delle mascherine che sono state comprate in piena emergenza in una struttura commissariale con una commessa da 1,2 miliardi di euro. Sono state comprate in Cina attraverso una mediazione di Benotti e di Tommasi. Benotti è stato un giornalista Rai ma è anche un imprenditore. E' un uomo che ha delle relazioni importanti, perché è stato consigliere della Presidenza del Consiglio del Governo Renzi, ha avuto rapporti con Prodi, Delrio e anche con il sindaco Nardella, è stato consulente. E' stato anche dentro la segreteria di Gosi come sottosegretario agli affari europei.

E' uno che ha un'agenda importante, per questo è anche un imprenditore che si occupa di componenti elettronici per le telecomunicazioni, e in piena emergenza il commissario si è rivolto anche a lui in qualità di manager Invitalia. Benotti si è quindi rivolto ad un amico: Tommasi, un ingegnere aerospaziale che ha un'azienda, la Sunsky, che si occupa di marketing per la difesa.

Ecco, lui è stato quello che ha messo in contatto le società cinesi dalle quali abbiamo comprato queste mascherine. Solo che noi le abbiamo pagate molto molto di più rispetto agli altri paesi. Ora, è vero che si trattava di un periodo di emergenza e di quantitativi molto importanti, ma il problema è che le abbiamo pagate anche dieci volte di più rispetto agli altri. Ai due, Tommasi e Benotti, è stata riconosciuta una commissione di 60 milioni di euro. Cifre che forse rispetto agli 1,2 miliardi di prima sembrano bruscolini, però non lo sono affatto.

Quanto ha inciso questa commessa sul prezzo delle mascherine? Non lo sappiamo. Quello che però Report ha scoperto è che tra questi consorzi cinesi da cui abbiamo comprato, c'è una società in particolare che è stata costituita cinque giorni prima della firma del contratto, e una serie di utenze telefoniche che abbiamo incrociato portano a un certo Ka Zunkai, che ha numerosi sedi in Italia ed è il cognato di Yu Wi, uno che ha un negozio a Roma a Piazza Vittorio e che è rimasto coinvolto poco tempo fa in un'inchiesta della Dda: uno che non ha un passato molto limpido, ecco. Non vorrei che poi alla fine questi soldi siano andati in mano a dei consorzi che hanno qualcosa di maleodorante”.

E gli investimenti dati alle imprese italiane?

“Abbiamo lavorato sulle mascherine che ha fatto FCA, che ad un certo punto sono state sequestrate dalla Procura di Savona perché puzzavano: sono andate anche a finire nelle scuole, i genitori erano tranquilli, ma questa roba che hanno inalato sembrerebbe tossica. Una parte della commessa di FCA era stata fatta anche in Cina. Per quanto riguarda gli investimenti italiani sono stati dati 50 milioni di euro a 130 aziende perché si riconvertissero immediatamente. Erano contributi a fondo perduto, ma qual era la clausola? Che si concludesse il progetto entro 15 giorni.

Quello che non è stato calcolato è che c'erano le frontiere chiuse a causa del lockdown, non si poteva importare materia prima, quindi adesso devono restituire questi soldi. In più c'è anche chi invece ha prodotto e si aspettava una commessa di mascherine da parte del Commissario Arcuri, invece questa commessa non c'è stata perché per la legge non c'era l'obbligo di ordinarle queste mascherine, quindi adesso sono costretti a darselo in testa o a mandarle all'estero. Chi ha ragione? E' un po' difficile stabilirlo, possiamo dire chi ci ha perso: il Paese”.

Direttore del Programma Alimentare Mondiale: 270 milioni di persone ora “verso la fame” a causa degli eventi del 2020

CptHook Gen 11, 2021 comedoncxhisciotte.org

Joseph Jankowski – Planet Free Will – 5 dicembre 2020

Beasley ha espresso una triste prospettiva per il 2021, poiché ritiene che il prossimo anno sarà “catastrofico in base a quello che stiamo vedendo in questa fase del gioco”. Secondo il capo del Programma Alimentare Mondiale (PAM), il numero di persone in tutto il mondo ora sull’orlo della fame è raddoppiato a causa della pandemia e dei conseguenti effetti economici delle scelte governative. Venerdì scorso il direttore del PAM, David Beasley, che in precedenza aveva avvertito che la “cura” per la pandemia non avrebbe dovuto essere peggiore della malattia, ha detto all’Assemblea Generale delle Nazioni Unite che 270 milioni di persone stanno ora “marciando verso la fame” in seguito agli effetti economici della pandemia.

“Avevo messo in guardia il Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite già in aprile, che se non fossimo stati attenti, la cura avrebbe potuto essere peggiore della malattia, a causa dell’effetto a catena economico -[...] se non avessimo gestito le interruzioni economiche, le interruzioni della catena di approvvigionamento, ect...”.

dichiarò Beasley al Consiglio. “Come avevamo già previsto ad aprile, il numero di persone che rischiava la fame era già passato da 80 milioni a 135 milioni negli ultimi quattro anni, soprattutto a causa dei conflitti di origine antropica”, ha proseguito il direttore, aggiungendo:

“Ma a causa del COVID siamo passati da 135 milioni di persone – che adesso non vanno ancora a letto affamati, ma che rischiano letteralmente la fame – a 270 milioni di persone”.

Beasley ha evidenziato una preoccupante prospettiva per il 2021, poiché ritiene che il prossimo anno “in base a quello che stiamo vedendo in questa fase, sarà catastrofico”. Ha proseguito dicendo “dato che abbiamo speso 19 trilioni di dollari, quel denaro potrebbe non essere disponibile per il 2021, e molto probabilmente non lo sarà”, dato che le contrazioni economiche prevarranno sulla necessità di fornire un’ancora di salvezza a coloro che muoiono di fame. Già in aprile, Beasley aveva sottolineato come la crisi alimentare si stesse aggravando in nazioni lacerate dai conflitti come lo Yemen ed aveva avvertito che il mondo, con l’inizio della pandemia, stava per “affrontare una tempesta perfetta” e che se “non si riuscisse ad evitare la carenza di fondi e le interruzioni del commercio” “potremmo trovarci di fronte a carestie multiple di proporzioni bibliche nel giro di pochi mesi”. Lo scioccante avvertimento del direttore del PAM era stato lanciato poco prima che l’inviato speciale dell’OMS per il Covid, il dottor David Nabarro, mettesse in guardia contro chiusure nazionali come risposta primaria al COVID-19, poiché avrebbero avuto come conseguenza il “rendere la gente povera molto più povera”. “Le chiusure hanno solo una conseguenza che non si deve mai e poi mai sottovalutare, che è rendere la gente povera molto più povera”, ha dichiarato Nabarro ad ottobre.

A maggio, l’UNICEF aveva previsto che in 118 nazioni a basso e medio reddito, 1,2 milioni di bambini sotto i cinque anni avrebbero potuto morire nei seguenti sei mesi a causa delle difficoltà d’accesso alle cure mediche “dovute alle chiusure, ai coprifuoco e all’interruzioni dei trasporti”. La fame a causa della pandemia e delle quarantene che ne derivano non è un caso unico per le nazioni che si trovano in fondo al gradino più basso della scala economica. Feeding America, un’organizzazione non-profit con sede negli Stati Uniti, che gestisce una rete di banche del cibo, prevede che un bambino su quattro in America potrebbe soffrire la fame entro la fine del 2020.

Link: <https://planetfreewill.news/world-food-program-director-270-million-people-now-marching-toward-starvation-in-wake-of-covid-19/> - Tradotto da Mer Curio per ComeDonChisciotte.

Concorrenza sleale Anna Lombroso per il Simplicissimus 12/01/21

È stata la Stampa – quella dello Specchio dei tempi, che va in sollucchero per certi bozzetti di cronaca cittadina, comprese qualche anno fa quelle che aggiornavano sul sacrosanti pogrom punitivi contro cittadini italiani di etnia rom, accusati di stupro da una ragazzina che tentava di coprire così una fuga da casa – a pubblicare con relativa locandina pubblicitaria gratis, la notizia dell’intraprendente proprietario di un bar di Cuneo, che si sta

preparando a servire il caffè solo ai “clienti vaccinati”. A ben vedere si tratta di un caso evidente di concorrenza sleale, tale da suscitare nel lettore che si illudesse di poter esercitare libera opinione e anche liberi consumi senza dover esibire quel certificato di sana e robusta costituzione interdetto ormai all’Italia, il desiderio bastardo che questa selezione profilattica produca esiti sul suo fatturato talmente dissuasivi da farlo recedere dall’incauta trovata pubblicitaria. Ma d’altra parte mica ci stupiamo per questo.

In attesa che si materializzi il patentino immaginato da Arcuri nella hall dei suoi padiglioni, sotto forma di plastica a punti per il sorteggio di premi e cotillon, già idealizzato da De Luca, in attesa che venga preso in parola il Toti icastico selezionatore di “improduttivi” che ha dichiarato: “visto che sono già state violate le libertà costituzionali di movimento e di impresa, perché non si potrebbe imporre per legge a tutti il vaccino?”, in attesa che venga meglio spiegato quell’articolo 5 dell’ultimo Dpcm che configura per “soggetti incapaci” ricoverati presso strutture sanitarie assistite che si rifiutassero di sottoporsi al vaccino il trattamento obbligato, quello fortemente raccomandato dal filosofo Galimberti per disobbedienti e eretici della scienza, assimilati ai matti comuni. E in attesa di una certificazione per andare al cine, salire in aereo, soggiornare in hotel, ma pure lavorare in tutti i settori a contatto con il pubblico come vuole Ichino e anche per gli altri come postula un vice ministro della Salute, impegnato a combattere le disuguaglianze, ecco, in attesa, possiamo già dire che si può definire concorrenza sleale la campagna per l’esclusiva che ha permesso a Pfizer in regime di monopolio di occupare il mercato italiano con un prodotto non sufficientemente testato. E credo si possa definire così la pressione esercitata per battere i competitori con gli strumenti di una lobby prepotente per aggiudicarsi il consenso incontrastato di governi che hanno rinunciato a qualsiasi forma di sovranità anche in materia di tutela della salute, ormai promossa a unico diritto universale e unico interesse generale, anche grazie al favore di rappresentanti di una cerchia di tecnici e scienziati che ha fatto della neutralità un vizio da combattere coi vaccini della repressione e della censura perfino all’interno della corporazione.

Tanto che nessuno si interroga sulla possibilità e opportunità di ricorrere a preparati di altra casa produttrice o di combinare più marchi diversi e, meno che mai, sullo stato dall’arte di eventuali protocolli curativi finora negletti in attesa della panacea. E dovevamo aspettarcelo perché la “moral suasion” esercitata dalle autorità è stata così perentoria da produrre effetti più potenti di un obbligo o un comando, sicché la vaccinazione con il logo Pfizer come l’LV di Vuitton spopola talmente da assumere la qualità di una dimostrazione di senso civico progressista, illuminato e dunque superiore per censo, cultura e qualità morale, quindi legittimato a esercitare una “doverosa” violenza sanzionatoria e repressiva, quella che richiede Tso, obbligatorietà, licenziamenti, ostracismi, emarginazione per i renitenti, tutti arruolati insieme a Pappalardo, Agamben, Montesano e Montagnier nelle file di Salvini e Meloni. Perché, come mi è capitato di scrivere (anche qui:

<https://ilsimplicissimus2.com/2020/12/30/sinistra-di-pfizer-e-di-governo/>) il vaccino e dunque l’accettazione fideistica del parere della scienza e delle “raccomandazioni” che assumono particolare perentorietà in veste di Dpcm, ha assunto la forma di una patente di antifascismo come piace a quella che si definisce “sinistra” a intermittenza, quella light di governo con Bella Ciao sul balcone, senza lotta, senza resistenza, senza coscienza di classe, che consente di rivendicare l’appartenenza documentata al consorzio civile e che si prodiga per emarginare e criminalizzare chi non si adegua, ignorante e rozzo primitivo militante contro quel Progresso che ci ha regalato gli antibiotici, lo smartphone e, ma casualmente, la bomba risolutiva su Hiroshima.

E in effetti è concorrenza sleale contro un pensiero e una idealità “altra” la scelta dei governi di puntare tutto sui vaccini, che permettono di non incidere sulle cause di fondo che hanno generato il problema, di consolidarsi alternando terrore e poi speranza, oltre che di far fare affari d’oro a cupole che potrebbero restituire il favore con appoggi di vario genere. Affari che in futuro sono destinati a ripetersi e moltiplicarsi poiché se si cerca maldestramente di gestire gli effetti, non sono state rimosse le origini e le fonti, inquinamento, tagli all’assistenza, cessione della ricerca all’industria, caduta degli standard professionali della classe medica, urbanizzazione, cancellazione delle garanzie del lavoro che espone gli addetti ai rischi dell’insicurezza e della precarietà. Non a caso il dibattito pubblico in pieno declino dell’Occidente si è ridotto alla polarizzazione delle posizioni “vaccino sì” e “vaccino no”, a dimostrazione che la civiltà superiore delle libertà le ha consumate

all'osso, liberalizzando insieme ai capitali, all'avidità accumulatrice della finanza, alla supremazia degli interessi particolari, il controllo sociale, la gestione amministrativa oltre che giudiziaria e penale dei conflitti di classe, il sopravvento e l'ingerenza delle tecnologie, un governo dell'ordine pubblico impiegato per tutelare i privilegiati, rassicurare i penultimi e marginalizzare e criminalizzare gli ultimi. Questa normalità cui vogliono abituarci, mantenendo la provvidenziale confusione, la manipolazione dei dati, l'insensato quadro in continuo divenire di proibizioni, sanzioni, licenze, cromatismi, ha come effetto, ormai decisamente voluto, il permanere dell'eccezionalità sfuggita al controllo di un esecutivo di rissosi partner che litigano come gli ubriachi fuori dall'osteria dove hanno il pieno, limitando il dibattito pubblico, alla contemplazione degli urli, dei rifacci e dei piagnistei degli avvinazzati che si contendono la damigiana che viene da fuori, da dove altri più attrezzati si preparano a approfittare con più profitto di tutte le scorciatoie e di tutte le opportunità decisionali. È così che si mantiene il consenso obbligatorio alla stregua del trattamento sanitario a un governo che si mantiene grazie all'emergenza e che quindi all'emergenza non può e non vuole rinunciare pena la sua sopravvivenza. È così che si è determinato uno stato di eccezione pubblica e individuale, grazia al quale ci sentiamo costretti, per la difesa della sopravvivenza biologica – l'unica cosa che conta e che va difesa – a ripudiare democrazia, diritti, relazioni sociali e affettive. In sostanza, la vita.

SI-VAX-Covid-19: perdona loro perché non sanno quello che fanno Leopoldo Salmaso

Gen 13, 2021 comedonchisciotte.org

ULSS 8 e Ordine dei Medici di Vicenza contro 113 medici obiettori, ovvero: il bue che dà del cornuto all'asino

ASL 8 e Ordine dei Medici di Vicenza lanciano ULTIMATUM a 113 medici di famiglia: “O accettate la vaccinazione entro domenica 17 gennaio, o subirete sanzioni disciplinari, fino alla radiazione se necessario”.

I SI-VAX-A-PRESCINDERE stanno dispiegando abusi e tracotanza che sarebbero comiche se non avessero effetti tragici nell'attuale contesto di assalto globale ai diritti fondamentali della persona. Esempio il video di un minuto e mezzo nel link qua sotto (RAI, TGR Veneto del 11/1/2021), in cui il presidente dell'Ordine dei

Medici (O.M.) di Vicenza conferma di aver mandato un ultimatum scritto a 113 Medici e Pediatri di Famiglia: “o accettate di farvi vaccinare entro domenica 17 gennaio, o subirete sanzioni disciplinari, fino alla radiazione se necessario”. [Ultimatum Ordine dei Medici di Vicenza a 113 medici che preferiscono non sottoporsi a vaccinazione sperimentale anti Covid-19](#) La vicenda alimenta i sospetti che questo presidente non sia all'altezza del ruolo affidatogli, e che per giunta abbia pessimi suggeritori. Infatti il testo della lettera-ultimatum rivela con tutta evidenza che i suoi estensori si aggiornano sui mass media invece che sulla letteratura scientifica. Essi, come persone, meritano tutta la nostra comprensione, incarnando la tipica vittima del terrorismo mediatico imperversante ormai da un anno. Certamente tipica perché rappresenta almeno due terzi della popolazione, non solo anziana, di questo sciagurato Paese. Tipica e con compagnie altrimenti illustri come quella di un papa che, imbeccato da collaboratori che dimostrano di non capire né di Medicina né di Etica, parla pubblicamente di “dovere morale di vaccinarsi”...

Per tutte queste povere vittime della panicodemia mediatica, non possiamo che pregare dicendo: “Padre, perdona loro perché non sanno quello che fanno”. Però ai professionisti, dirigenti dell'ULSS 8 e presidente dell'O.M. di Vicenza, il quale pure parla di obbligo morale, corre l'obbligo di citare qualche passo del Codice



di Deontologia Medica aggiornato pochi mesi fa (dopo 22 anni) e pubblicato con tanto di [Commentario](#) dalla FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri).

Nell' Art. 1 La FNOMCeO si autoelege a unica Autorità Costituita, come se non esistessero fonti superiori tipo Costituzione Italiana, Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, etc.

Art. 2 *“L'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal presente Codice... e ogni azione od omissione, comunque disdicevoli al decoro o al corretto esercizio della professione, sono punibili con le sanzioni disciplinari...”* Come dire: gli articoli che seguono riflettono i principi che abbiamo sempre dichiarato da Ippocrate in poi, ma l'interpretazione autentica verrà solo dagli Ordini dei Medici (OO.MM), e guai a chi non si adegua! Probabilmente molti “gerarchi” della Sanità italiana sono fermi a questi primi due articoli che, guarda caso, furono elaborati in piena era fascista. Gli articoli seguenti ripropongono i principi ippocratici che, però, vengono brutalmente violati proprio da tanti superiori gerarchici:

Art. 3 *“Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana”...*

Art. 4 *“L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione”.*

Art. 5 *“Il medico... deve attenersi alle conoscenze scientifiche... Il medico deve denunciare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale, da qualunque parte essa provenga...”*

DOMANDA: e se un'eventuale “iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale” provenisse proprio dai superiori gerarchici?

RISPOSTA: qui cade a fagiolo il Commentario che precisa: *“E' indubbio che il progredire dei tempi porti sempre più spesso i medici a dover sopportare pressioni e condizionamenti derivanti ad esempio dal mondo dei mass media, tendenti a “utilizzare” la figura del medico per scopi non deontologici”.*

DOMANDA: e se fossero proprio i superiori gerarchici a subire quelle “pressioni e condizionamenti derivanti dai mass media”? Dobbiamo per forza credere all'oste garante che il suo vino è buono?...

Art. 12:... *Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici... non supportati da ADEGUATA sperimentazione e documentazione clinico-scientifica...*

PREMESSE:

A) I vaccini anti Covid-19 attualmente imposti (pardon: proposti) hanno ottenuto dall'EMA (Agenzia Europea di Sorveglianza sui Farmaci) una mera “AUTORIZZAZIONE all'immissione sul mercato TEMPORANEA E CONDIZIONATA.

B) La CONDIZIONE più cogente è: “Entro Dicembre 2023 il titolare dell'autorizzazione... deve fornire il rapporto finale sullo studio clinico per la conferma di efficacia e sicurezza...”.

ation to complete post-authorisation measures for marketing authorisation	
itional marketing authorisation and pursuant to Article 14-a of Regula	
H shall complete, within the stated timeframe, the following measure	
	Due date
...omissis...	...omis
m the efficacy and safety of Comirnaty, the MAH e final Clinical Study Report for the randomized, d, observer-blind study C4591001.	Decembe

[EMA – Autorizzazione condizionata per vaccino anti Covid-19](#) (click per figura intera)

Ma quale Rapporto finale? Fine della sperimentazione? I tumori e le malattie autoimmuni ci mettono molto più di tre anni per manifestarsi, e questo vaccino non è un semplice pezzo di virus atto a stimolare la risposta immunitaria, com'erano i vaccini che i nostri gerarchi hanno studiato molti decenni fa. No, qui si pretende iniettare un RNA messaggero, cioè le istruzioni perché siano le cellule della persona vaccinata a produrre quello che vogliamo noi. E che succede quando le cellule vengono stimulate a fare qualche cosa di anomalo? Succedono tante cose. Succede anche che le difese immunitarie si attivano contro le cellule "anarchiche" innescando una serie di malattie autoimmuni; succede anche che le cellule anarchiche continuano a proliferare, innescando una serie di tumori. Non pare che i gerarchi sanitari di Vicenza abbiano mai sentito esprimere preoccupazioni simili dai mass media che paiono essere la fonte privilegiata del loro aggiornamento professionale. Del resto, il mainstream è pagato dagli stessi padroni che pagano tanti "scienziati" che giocano a fare gli apprendisti stregoni con il genoma umano, e altrettanti "esperti" ospiti fissi nei talk show del mainstream: un perfetto giro di affari con in palio fino a 7 miliardi di dosi di vaccino, da ripetersi annualmente, e con pagamento anticipato. Il nostro ministro Speranza ne ha già prenotate [202,5 milioni di dosi](#). E dieci anni fa, per una analoga panicodemia mediatica, quella dell'influenza suina, comperammo [24 milioni di dosi di vaccino che poi marcì nei frigoriferi delle ASL...](#)

Ma torniamo ai puri fatti del problema contingente:

C) da A e B consegue che: al tempo presente la documentazione sulla sicurezza ed efficacia dei candidati vaccini anti Covid-19 non è affatto ADEGUATA. Anzi, non è adeguata neppure la metodologia di studio, come segnala un'indiscussa autorità mondiale, [il professor Peter Doshi nel British Medical Journal](#), secondo cui l'efficacia di 95% millantata dai produttori scenderebbe al di sotto del 30% (sic!). [Vedere qui un buon riassunto in italiano](#). Comunque, anche volendo credere ai produttori di vaccini, resta il fatto che siamo ancora in fase "sperimentale"; resta il fatto che chi si vaccina funge da cavia. E voi, egregi gerarchi sanitari di Vicenza, pretendete sanzionare 113 medici cui non va a genio l'idea di fungere da cavie umane? Senza scomodare il Codice di Norimberga, basta l'articolo 46 del nostro codice deontologico:

Art. 46 La ricerca biomedica e la sperimentazione sull'Uomo (LAPSUS!) devono ispirarsi all'inderogabile principio dell'inviolabilità, dell'integrità psicofisica e della vita della persona. Esse sono subordinate al consenso del soggetto in esperimento, che deve essere espresso per iscritto, liberamente e consapevolmente, previa specifica informazione sugli obiettivi, sui metodi, sui benefici previsti, nonché sui rischi potenziali e sul diritto del soggetto stesso di ritirarsi in qualsiasi momento della sperimentazione.

Con tali premesse, ecco la DOMANDA conclusiva: il divieto di cui all'articolo 12 vale anche per i gerarchi della sanità vicentina? Dai comportamenti parrebbe di no, eppure proprio il Commentario precisa: "Il dibattito all'interno degli Ordini... è stato particolarmente serrato e l'art. 12 è stato uno degli articoli maggiormente approfonditi".

Art. 34 *"Il medico deve attenersi... alla volontà liberamente espressa dalla persona"*.

Commentario: *"Questo articolo... sottolinea la necessità del rispetto da parte del medico della volontà chiaramente espressa dal soggetto circa le proprie scelte in ordine alla tutela della propria salute"*.

CONCLUSIONE:

Cari gerarchi sanitari di Vicenza, non vi sembra che ce ne sia abbastanza perché vi facciate un esame di scienza e di coscienza deontologica? Così, magari, vi accorgete che davanti (non sotto) a voi ci sono 113 medici che obiettano in scienza e coscienza, e sono pure 113 persone che rivendicano la propria "autonomia in ordine alla tutela della propria salute".

Così, magari, riterrete opportuno revocare quegli atti intimidatori che offendono la dignità della Professione: altrimenti si torna all'articolo 2, e a rischiare sanzioni restate solo voi! Cari colleghi presidenti di altri OO.MM. e federazioni varie, o direttori sanitari di ASL, o comunque in posizione gerarchica superiore ai professionisti della salute sia pubblici che privati: tutti voi che state esercitando pressioni indebite e indegni ricatti su tutto il personale sanitario, vale per voi tutto quanto detto sopra, con una piccola aggiunta, sempre dal NOSTRO codice deontologico:

Art. 69 “Il medico, qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell’ente, pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l’intervento dell’Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini”...

... Oibò: non sia mai che gli Ordini dei Medici facciano la parte della volpe a guardia del pollaio! Ciò sarebbe non solo “disdicevole al decoro della professione”, ma anche crimine internazionale secondo il Codice di Norimberga, e nessuno di noi vuol vedere i nomi di attuali dirigenti sanitari associati a quello del dottor Mengele di infausta memoria. Insomma, gerarca avvisato mezzo salvato, però *Ignorantia Legis Non Excusat*.

Non avrai altro vaccino all’infuori di me di ilsimplicissimus 13/01/21

Purtroppo non posso fare a meno di annoiarvi ancora una vota sui vaccini, perché trovo che nel discorso pubblico, già demenziale e costantemente orientato alla bugia, ci siano due enormi vuoti, due voragini di diversa natura una dovuta alla più sfacciata menzogna scientifica in vista degli affari e un’altra alla mancanza per così dire di focus civile su una questione questione che va anche al di là della obbligatorietà o meno dei vaccini.

E comincio da quest’ultima: anche dando per buono (ma fino a un anno fa chi l’avesse detta avrebbe ricevuto le orecchie d’asino) che sia necessario vaccinare tutti per vincere il terribile mordo che tanto somiglia a un’influenza, perché deve essere lo Stato a decidere con quale dei tanti vaccini bisogna farlo?

Non mi si venga a dire che la decisione abbia un qualche fondamento sanitario: nessuno di questi farmaci miracolosi è stato sperimentato per il tempo necessario, per ognuno di essi la documentazione fornita è esclusivamente quella dei produttori senza che gli organi sanitari dei vari Paesi abbiano fatto la minima indagine in proprio, né avrebbero avuto il tempo vista la fretta dannata di vaccinare tutti prima che la vicenda finisca per perdere il mordente vivo della paura o peggio ancora possa essere sgamata. Dunque la decisione deriva esclusivamente da questioni geopolitiche con l’esclusione dei vaccini russi, cinesi o anche cubani e per quanto concerne i vaccini occidentali dalle pressioni dei Paesi dove hanno sede i produttori (Usa e Germania per la Pfizer) e/o dalle opportune e generose dazioni alle autorità politico sanitarie.

Tuttavia esiste una bella differenza entro questi vaccini: quelli Pfizer e Moderna adottano una strategia del tutto sperimentale quella a mRNA di cui sono del tutto sconosciute le possibili conseguenze a lungo termine, la durata e l’entità della eventuale protezione, mentre gli altri vaccini adottano le tecniche tradizionali e anche se non è possibile conoscerne la reale efficacia, almeno non sono del tutto un salto nel buio: dunque ai cittadini o meglio ai sudditi sanitari dovrebbe essere quanto meno lasciata la libertà di scegliere tra i vari vaccini e non essere punzecchiati in serie come pecore. Si tratta di una cosa assolutamente ovvia, ma per ragioni attinenti alla geopolitica e o alle altre opache pratiche che sono la quotidianità nel campo dei farmaci alla libera offerta. Non vedo perché non possiamo rifiutare la vaccinazione di stato e scegliere noi che cosa adottare, questa anzi dovrebbe essere la normalità delle cose, ma non vedo il minimo accenno alla questione che pure è grande come una casa. Anzi no, grande come una palla aerostatica che sale come in cielo perché in realtà non c’è alcun bisogno della vaccinazione totale per eliminare la diffusione di un virus tipo Sars cov 2 come del resto insegnava l’epidemiologia fino a qualche mese fa, basta una percentuale attorno al 40 per cento esattamente come avviene per l’influenza che ha più o meno la medesima contagiosità e le medesime vie di attacco. Ma non appena si tocca questo argomento ecco che i talebani della pandemia replicano come fa Bill Gates che bisogna eradicare il virus.

Purtroppo però questo è possibile solo quando il virus in questione circola solo nelle popolazioni umane, esattamente come è accaduto per il vaiolo, ma quando esso, come i virus dell’influenza, sono diffusi anche tra gli animali questo non è possibile perché comunque rimangono ampi serbatoi che reimmettono in circolo il patogeno. Ora ci hanno spiegato che questo corona virus deriva dai pipistrelli (come tanti altri virus sperimentati negli ultimi vent’anni per diversi scopi) ed è probabilmente diffuso in vaste popolazioni mammifere dunque l’eradicazione totale è impossibile. A meno che qualcuno non sappia che si tratta di un virus

“allevato” in laboratorio: solo in quel caso infatti avrebbe senso la vaccinazione universale. Ma come si può chiaramente osservare in questa terribile vicenda una menzogna sembra tirare l'altra, ma consiglieri le autorità sanitarie a non tirare troppo la corda, potrebbe attorcigliarsi anche attorno a loro.

“Ho curato il Covid fregandomene dei divieti: zero decessi. Ma mi hanno detto di stare zitto” ▷ Dott. Szumski

13 Gennaio 2021

Radoradio.it

Il 1 marzo di quest'anno sono 40 anni che fa questo mestiere, un mestiere che non si è interrotto, anzi, si è intensificato nei mesi clou della pandemia, quando il medico di base e sindaco di Santa Lucia di Piave (Treviso) Riccardo Szumski ha continuato ad esercitare la sua professione: quella di andare di casa in casa a monitorare i propri pazienti. Un approccio “differente” rispetto a letto e tachipirina; il tipo di approccio che scienziati come Didier Raoult o il Dottor Luigi Cavanna hanno consigliato e promosso come metodo migliore per curare il Covid. Nonostante le importanti tesi scientifiche a supporto, e sebbene al Dott. Szumski abbia portato importanti risultati (0 decessi), non sembra che alla macchina statale questo metodo sia piaciuto: per chi, come il dottore intervistato da Fabio Duranti e Francesco Vergovich, ha preferito restare a contatto con i malati, sono stati mesi da sovversivi quelli della primavera-estate 2020, addirittura mesi da “fuorilegge” quelli di chi ha consigliato l'idrossiclorochina ai propri mutui: peccato che sia poi stata riabilitata a dicembre dal Consiglio di Stato. Insomma, le regole da subito adottate dal Governo nella cura degli infetti non sembrano essere così inconfutabili, come ha sostenuto Szumski a ‘Un Giorno Speciale’. [Ecco l'intervista](#).

“La visita è fondamentale, il paziente ha bisogno di sentire una persona, che è il suo medico il quale lo visita, lo ascolta, fa una diagnosi, e questo è ciò gli permette di ottenere anche i risultati migliori. E poi non lo fa sentire solo continuandolo a monitorare e a sostenerlo. Un sostegno ci serve sempre, figuriamoci quando stiamo male e quando attorno c'è una cacofonia di messaggi negativi che arrivano in ogni momento dalla Tv, dalla stampa e da professoroni che vorrei vederli curare le persone casa per casa. Non è che io volessi farmi pubblicità continuando a curare le persone a casa. Volevo mandare un segnale alle autorità che qualcosa si poteva fare, perché il dramma è che abbiamo ancora un protocollo Aifa e governativo che dice: Tachipirina e aspettare. Vuol dire pregare. Se credete in qualcosa, pregate quello e sperate che vada bene. Questo è il dramma. Avremmo sicuramente fatto meglio se ci fosse stata una diffusione di, non lo chiamo protocollo, ma esperienza clinica fatta sul campo fatta da qualcuno. Non ho vinto il Nobel per la medicina ma sono andato a vedere cosa hanno fatto in altre situazioni cercando di affrontare il problema, posto che le polmoniti le abbiamo sempre curate, non è una novità comparsa improvvisamente sul suolo.

“Pazienti deceduti? Nessuno”

Di quelli che ho potuto curare sin dall'inizio non ho perso nessuno. Poi c'è qualcuno che ti chiama dopo dieci giorni e non è un tuo paziente, ma si rivolge a te. In qualche caso siamo arrivati nelle condizioni in cui il paziente aveva superato lo stato in cui si poteva fare qualcosa, ma sui miei pazienti, curati da me fin dall'inizio non ho decessi. Ognuno è un paziente diverso. Il medico deve seguire la sua evoluzione, ma anche ad un paziente con un problema cardiologico e che si scompensa non si può dire “prendi, questi sono i farmaci per lo scompenso”, non è mica vero. Devi monitorarlo, vedere come risponde e se necessario cambiare qualcosa. Devi essere “sul pezzo”.

“Il Ministero non ci considera”

Dal Ministero? Io da sindaco, anche su vicende collegate, ho scritto molte volte anche in primavera riguardo alcune problematiche connesse. Risposte: zero. Non ci considerano. Sarei un'istituzione, farei parte della Repubblica, perché la Costituzione dice che i comuni sono alla pari di tutti gli altri enti... Non considerato. Mi spiace dire che io nemmeno a livello regionale sono stato considerato, anzi, sono stato bacchettato per aver detto che ho continuato ad usare l'idrossiclorochina a luglio, fregandomene dei divieti. Perché il paziente va curato prima di qualsiasi altro impedimento, anche rischiando un attimino di fronte a vincoli che si sono poi rivelati sbagliati e infondati, come poi detto anche dal Consiglio di Stato. Dalle autorità competenti però mi è

stato detto di stare zitto. Qui non c'è da fare la guerra, c'è solo da portare delle considerazioni che sono a pro di tutti, che sono interesse della struttura sanitaria. Sarà interesse della struttura sanitaria se qualcuno ti cura i malati a casa, ti riduce l'accesso ai pronto soccorsi, riduce le ospedalizzazioni e i decessi che nessuno nega. Non è che abbiamo trovato la soluzione, altrimenti sarebbe troppo semplice. Non esiste un farmaco antivirale che funzioni al 100% contro questo virus. Abbiamo una serie di opportunità: alcune si possono usare facilmente, senza problemi, a domicilio. Se questo fosse stato un messaggio lanciato a tutti i medici avremmo anche tolto l'alibi a qualche medico di dire "non vengo a visitarti, prendi la tachipirina".

Efficacia vaccini Pfizer-Moderna tra il 19-29%. Lo studio (ignorato) del Prof. Doshi sul British Medical Journal

Francesco Santoianni 14 Gennaio 2021 l'AntiDiplomatico

Ma com'è che la stragrande maggioranza dei media mainstream continua a ignorare questa [notizia](#)? Dunque, Peter Doshi, professore presso l'University of Maryland - tra i più autorevoli ricercatori sui servizi sanitari farmaceutici - si è preso la briga di analizzare i dati sulla richiesta di approvazione da parte di Pfizer e Moderna presentati all'EMA e al Food and Drug Administration e ha scoperto che l'efficacia dei rispettivi vaccini (spacciata per il 90-95%) è in realtà del 19% e il 29% in quanto i trial sono stati condotti, con test PRC, su pazienti etichettati come "sospetti Covid", "Covid asintomatici non confermati". I risultati della sua ricerca sono stati pubblicati in un suo articolo sul [British Medical Journal](#) che non può certo essere additato come "negazionista". Una "notizia bomba" che avrebbe dovuto occupare la prima pagina dei giornali e i servizi TV. Notizia, ovviamente, ignorata dai quasi tutti i media mainstream, con l'eccezione de [Il Fatto quotidiano](#) che, ovviamente, si lancia in un articolo che si direbbe finalizzato solo a diffamare Peter Doshi "colpevole" di avere "criticato i test PRC da mesi" i quali, invece, a detta de Il Fatto Quotidiano sarebbero universalmente considerati "altamente affidabili". Opinione, a dir poco, [strampalata](#). E così, nel tripudio generale, va avanti la campagna vaccinale. Con vaccini che, a detta di innumerevoli ricercatori (e della stessa EMA), in attesa di risultati sulle conseguenze sui nati, non sarebbero consigliati a persone fertili. Ovviamente la prima persona ad essere vaccinata in Italia è stata una donna di 29 anni.

"Sono fuori di me". Galli e la prima dichiarazione sensata sull'attuale emergenza Covid

Francesco Santoianni 15 Gennaio 2021 l'AntiDiplomatico

Finalmente, qualche considerazione sensata sull'attuale gestione dell'emergenza Covid. La rilascia, prima in un [tweet](#) e poi a [La7](#), Massimo Galli, direttore del Dipartimento Malattie Infettive dell'ospedale Sacco di Milano: "Sono fuori di me, perché vaccinare chi è guarito dal Covid? (...) Cominciamo ad avere delle reazioni avverse. Dove? Non tra vaccinati che non hanno mai visto prima il virus, ma in quelli che il virus lo hanno già visto; come, in fondo ci si poteva anche aspettare. (...) Se non ci poniamo il problema di capire chi si sta vaccinando, se è già stato infettato oppure no, facciamo disastri." Ci sarà qualche governante che farà tesoro di queste considerazioni? Temiamo di no. Già la Pfizer segnalava di non potere dire nulla sulla eventuale nocività del suo vaccino per i nati di persone vaccinate; per tutta risposta, in Italia la prima ad essere stata vaccinata è stata una donna di 29 anni. Per proteggerla dal Covid che, come è arcinoto, risulta pericoloso – quasi esclusivamente - per gli iper-anziani.

Il professor Marco Cosentino fa il punto sulle cure e sui vaccini

Intervista a cura di Francesco Servadio 15/01/21 Ippocrate.org

A quasi un anno di distanza dall'inizio della pandemia di coronavirus, non ci è dato ancora di intravedere una via d'uscita: malati, decessi, ospedali perennemente in affanno, oltre a una crisi economica che si preannuncia catastrofica, sono gli elementi molto inquietanti che si profilano per i prossimi mesi di questo 2021, allineato

perfettamente al 2020 appena conclusosi. A fare il punto sull'emergenza sanitaria, sulle terapie e sui vaccini contro il Covid-19 è il medico Marco Cosentino, dottore di ricerca in Farmacologia e Tossicologia, nonché professore ordinario di Farmacologia presso la Scuola di Medicina dell'Università dell'Insubria, dove dirige il Centro di ricerche in Farmacologia Medica. Il professor Cosentino è inoltre autore di centinaia di pubblicazioni su riviste internazionali, di libri e capitoli di libri, inerenti la fisiopatologia e la farmacoterapia di malattie del sistema nervoso e del sistema immunitario, la farmacologia clinica, la farmacogenetica e la farmacovigilanza. *Professore, la terza ondata pare ormai inevitabile. Tuttavia il mainstream si sofferma quasi esclusivamente sul vaccino, non ancora disponibile per tutti, anziché sulle cure. Cosa sta succedendo?*

“Si evidenzia senza ombra di dubbio un problema di natura organizzativa e strategica. Ad un anno ormai quasi compiuto dalla manifestazione della vicenda, le strutture e attività, nonché il modus operandi del sistema sanitario proseguono, tuttavia, come se l'emergenza fosse appena stata dichiarata. Ad esempio, la carenza di personale medico e sanitario e di posti letto negli ospedali – indiscutibilmente legata ai tagli degli ultimi decenni – costituisce un'emergenza nell'emergenza che ancora nessuno ha ritenuto di affrontare. Il contrasto tra i quotidiani richiami all'emergenza sanitaria e la mancanza fin qui di reali interventi strutturali si fa sempre più stridente. Non dobbiamo tra l'altro dimenticarci che le conseguenze di questa emergenza riguardano non solo i malati di Covid, bensì tutti gli altri malati di malattie altrettanto o più gravi, soprattutto croniche, e che si ritrovano reparti e ambulatori chiusi a causa del Covid”.

Ci può analizzare la situazione, secondo il Suo autorevole punto di vista?

“La Società Italiana di Cardiologia ha recentemente stimato che la mortalità per infarto nel 2020 si è triplicata, i neurologi constatano un drammatico declino cognitivo senza precedenti nelle persone con malattia di Alzheimer e i notiziari più attenti ci informano che sono crollati gli esami di monitoraggio per la prevenzione dei tumori. Tutte conseguenze prevedibili a fronte dei tagli alla sanità degli ultimi decenni, che la crisi contingente ha esasperato rendendole maggiormente evidenti. Converrebbe fare un ragionamento complessivo e soprattutto non più emergenziale, come a quasi un anno dall'inizio della crisi, sarebbe peraltro lecito attendersi”.

Quali sono le armi più efficaci contro il Covid? Perché in Italia manca un protocollo uniforme per il trattamento domiciliare del coronavirus in fase precoce?

“La malattia è subdola, con andamento variabile da persona a persona e con remissioni che purtroppo in alcuni casi preludono a repentini aggravamenti. Per questo è estremamente importante che il medico segua con assiduità e attenzione i propri assistiti fin dai primi sintomi, pronto a somministrare le terapie più appropriate in relazione al quadro clinico. Non parlerei dunque di “protocollo” quanto di linee guida o di “prontuario anti-covid”, che oggi comprende numerosi farmaci, sia vecchi che nuovi. Indubbiamente, tra gli aspetti singolari e incomprensibili che ancora osserviamo, a quasi un anno di distanza dai primi casi di Covid, va annoverata anche la resistenza a considerare l'esperienza acquisita “sul campo” da tanti medici che hanno curato e continuano a curare le persone con successo, riducendo al minimo il numero di casi che si aggrava al punto da rendere necessario il ricovero, e realizzando in tal modo il miglior beneficio per i loro pazienti e al tempo stesso per il sistema sanitario. Pare di cogliere un atteggiamento severissimo da parte di alcuni, che richiedono gli standard più rigorosi nella valutazione delle farmacoterapie, atteggiamento che paradossalmente porta a escludere quasi ogni possibile terapia in nome di una malintesa “medicina basata sulle evidenze””.

A cosa si riferisce, esattamente?

“La medicina è prima di tutto pragmatismo, dato che di regola le esigenze dei malati difficilmente possono conciliarsi – specie in emergenza – con il soddisfacimento dei massimi livelli di evidenza. In altri termini, sembra purtroppo talora di vedere riconfermato il vecchio adagio popolare secondo cui “il meglio è nemico del bene”. Curiosamente, un tale rigore non pare venga esercitato per i vaccini, autorizzati in emergenza e in assenza di informazioni essenziali per apprezzarne al meglio le potenzialità e i rischi. Personalmente comprendo, e in una certa misura giustifico, la scelta “emergenziale” sui vaccini, ma proprio per questo fatico a spiegarmi l'atteggiamento “rigorista” sui farmaci, specie su quelli di uso maggiormente consolidato e per cui

esiste quanto meno una chiara evidenza di sicurezza. “Primum non nocere” è uno dei principi fondamentali della medicina, e – anche in assenza di cure di efficacia certa – dovrebbero essere impiegati quei presidi di efficacia probabile e di provata tollerabilità, così da sottrarsi al rischio di far del male per omissione”.

Nel protocollo ufficiale italiano viene raccomandato, al malato Covid domiciliare, di rimanere in “vigile attesa” e di assumere, all’occorrenza, del paracetamolo. Considera efficace questo approccio?

“Suggerire il paracetamolo per ridurre la febbre è senza dubbio una scelta singolare. Tra i farmaci antiinfiammatori non steroidei, i cosiddetti FANS, categoria cui il paracetamolo appartiene, esso è l’unico ad essere – come gli altri FANS – antipiretico e analgesico ma – a differenza degli altri FANS – privo di significativa attività antiinfiammatoria. I fenomeni infiammatori sono peculiari del Covid fin dagli esordi, ed esistono studi quanto meno di natura osservazionale che descrivono un’evoluzione nettamente più favorevole nei pazienti Covid in trattamento con aspirina, il capostipite dei FANS, antiinfiammatorio per antonomasia. Semmai, l’eventuale preoccupazione per i possibili disturbi che l’aspirina potrebbe causare nel tratto gastrointestinale potrebbe suggerire di ricorrere ad altri FANS comunque antiinfiammatori quali l’ibuprofene o il ketoprofene, meglio tollerati a quel livello. Esiste poi un comune consenso sul beneficio nel Covid a un certo stadio derivante dalla riduzione dell’aggregazione piastrinica e in generale della coagulazione. Tutti i FANS sono anche antiaggreganti piastrinici, ancora una volta tuttavia con l’eccezione del paracetamolo. Difficile quindi difendere la decisione di indicare il paracetamolo come FANS di scelta”.

Facciamo chiarezza sull’idrossiclorochina: perché sarebbe efficace? E perché in Italia si è dovuto pronunciare il Consiglio di Stato per “riabilitarla”?

“L’idrossiclorochina è un farmaco antimalarico di efficacia provata anche come antiinfiammatorio e immunomodulante in malattie autoimmuni quali l’artrite reumatoide e il lupus, che fa parte tra l’altro della lista dei farmaci essenziali dell’OMS. A concentrazioni terapeutiche possiede pure un’attività antivirale diretta, ma non è certo se sia questa o siano gli effetti immunologici a essere responsabili dei suoi effetti nel Covid. Questo farmaco è stato immediatamente preso in considerazione fin dall’inizio dell’epidemia, sulla base dell’esperienza e delle indicazioni soprattutto da parte di alcuni esperti francesi, ed è stato largamente impiegato anche nel nostro paese nella primavera del 2020, fino a quando – nel mese di maggio – sulla base di un articolo pubblicato sulla prestigiosa rivista medica internazionale The Lancet, l’OMS decide di controindicarla nel Covid. La manipolazione e la grossolana falsificazione alla base dell’articolo di The Lancet vengono rapidamente identificate, al punto che la rivista lo ritira con grande imbarazzo. L’OMS tuttavia non ritorna più sulla sua decisione e altrettanto fanno varie agenzie regolatorie tra cui la nostra AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco, ndr), che aveva nel frattempo sospeso gli studi clinici in corso sull’idrossiclorochina”.

Cosa accadde in Italia?

“AIFA arrivò a pubblicare una nota che vietava l’uso di idrossiclorochina, interferendo in tal modo sul diritto esclusivo e inviolabile dei medici di prescrivere quelle cure che, “in scienza e coscienza”, siano ritenute nel migliore interesse del paziente. Su questo aspetto il Consiglio di Stato si è pronunciato, arrivando a definire “irragionevole” la sospensione dell’uso del farmaco. Si tratta di una sentenza severa, che utilizza espressioni pesanti per stigmatizzare una decisione indubbiamente singolare dell’ente regolatorio. Purtroppo la discussione intorno all’idrossiclorochina, così come su altri rimedi di efficacia più che probabile – come ad esempio il plasma convalescente – è stata inquinata da connotati di natura politica, che nulla hanno a che fare con la medicina. La vicenda nel complesso è particolarmente intricata e forse solo in futuro comprenderemo davvero quali motivazioni abbiano mosso e ancora muovano i vari attori sulla scena odierna. Nel frattempo, ne soffrono medici e malati, i primi condizionati nella loro autonomia e serenità decisionale, che rischia ovviamente di riflettersi in un danno a carico dei secondi. Va aggiunto che, sebbene l’idrossiclorochina sia un farmaco da maneggiare con prudenza, gravato com’è da vari possibili effetti avversi, l’esperienza documentata da pubblicazioni che riportano i risultati del suo uso in decine di migliaia di pazienti Covid, per quanto non conclusiva sulla sua reale efficacia nelle varie circostanze è tuttavia concorde nell’indicare un ottimo profilo di tollerabilità”.

Altro argomento delicato, che in Italia sembra essere caduto nel dimenticatoio: l'utilizzo del plasma dei convalescenti...

“Gli USA hanno tempestivamente avviato un programma di impiego allargato che ha permesso di documentarne l'efficacia su oltre settantamila persone. Su questa base FDA (Food and Drug Administration, ndr) ne ha autorizzato l'uso in emergenza. Lo scorso ottobre il Centro nazionale sangue si è dichiarato pronto a organizzarne la raccolta e la conservazione, ma tuttora il suo impiego risulta limitato a pochi centri che conducono protocolli di sperimentazione, mentre si apprende di malati cui viene negato in quanto l'ospedale in cui sono ricoverati non è coinvolto in tali studi”.

Anticorpi monoclonali: cosa sono? Perché sarebbero efficaci?

“Si tratta di immunoglobuline – spesso identificate proprio grazie allo studio del plasma di soggetti convalescenti e successivamente prodotte a livello industriale – in grado di legare efficacemente il virus bloccandolo, impedendogli di infettare le cellule del nostro organismo e favorendone l'eliminazione da parte del sistema immunitario. Per certi versi, sono una versione “perfezionata” del plasma convalescente”.

I vaccini rappresentano una soluzione concreta per contrastare la diffusione del coronavirus?

“I risultati noti ad oggi ci dicono che i vaccini fin qui autorizzati riducono la probabilità di ammalarsi di Covid, cosa che non va confusa con la possibilità di contagiarsi. Gli studi in corso sono progettati in maniera tale da non conteggiare gli eventuali positivi asintomatici, di conseguenza non possiamo ancora dire nulla sulla eventuale capacità di un qualsiasi vaccino di ridurre la circolazione del virus. L'efficacia fin qui documentata riguarda inoltre un periodo di tempo di poche settimane dal completamento del ciclo vaccinale. Cosa succeda in tempi più lunghi è ancora tutto da scoprire”.

Parliamo del vaccino a mRNA contro il Covid: come funziona? È sicuro? Perché non convincerebbe la Cina?

“I vaccini a RNA inducono le cellule del ricevente a produrre la proteina S del virus, così che il sistema immunitario possa “imparare” a riconoscerla e ad attaccarla rapidamente quando dovesse ripresentarsi a causa dell'ingresso del virus nell'organismo. Un vaccino, così come un qualsiasi altro farmaco, non è mai “assolutamente” sicuro, e il suo impiego deve essere giustificato dalla constatazione su base documentata di un rapporto favorevole tra benefici attesi e rischi più o meno prevedibili. La circospezione con cui molti esperti non solo cinesi guardano a questi vaccini è dovuta prima di tutto al fatto che si tratta di una tecnologia del tutto nuova, nata innanzitutto per la cura dei tumori, e fino ad ora mai impiegata in clinica (con l'eccezione di un vaccino antirabbico sviluppato qualche anno fa, di efficacia non straordinaria e con qualche problema di sicurezza)”.

Quali sono le differenze e le caratteristiche dei principali vaccini disponibili (“Pfizer-BioNTech”/“Moderna”/“AstraZeneca”)? Quali sono le differenze tra un vaccino a mRNA e uno “tradizionale”?

“Va detto in premessa che al momento l'OMS elenca nei suoi archivi oltre 170 diversi vaccini in fase di studio preclinico e 60 in varie fasi di sperimentazione clinica. Tra questi, la maggior parte è costituita da vaccini “tradizionali”, ovvero contenenti frammenti di virus in grado di “istruire” il sistema immunitario. Il fatto che da noi si parli soprattutto di Pfizer-BioNTech, Moderna e AstraZeneca è probabilmente legato prima di tutto a ragioni “geopolitiche”: il primo nasce dalla ricerca dell'azienda tedesca BioNTech, il secondo ha ricevuto i maggiori finanziamenti dal programma Warp Speed USA e il terzo non casualmente è stato approvato per primo dal Regno Unito. Il primo vaccino in assoluto autorizzato per uso umano è stato lo Sputnik V della russa Gamaleya, fortemente criticato dalle agenzie regolatorie occidentali, salvo poi essere stato preso in considerazione da paesi UE come l'Ungheria ed ora aver avviato una collaborazione con AstraZeneca. Riguardo alle tipologie, Pfizer-BioNTech e Moderna sono prodotti basati sulla tecnologia dell'RNA di cui si diceva sopra, mentre AstraZeneca come Gamaleya (e come la svizzero-italiana Reithera) utilizza la tecnologia del trasferimento genico mediante vettore adenovirale non patogeno e non replicante. Gamaleya si avvale dell'esperienza acquisita con successo anni fa con i suoi precedenti vaccini contro SARS e MERS, e impiega adenovirus non patogeni umani. AstraZeneca e Reithera hanno scelto invece adenovirus di scimmia.

A breve, tuttavia, sono attesi negli USA – e di conseguenza probabilmente anche da noi – vaccini di altro genere, quali Novavax e Sanofi Pasteur/GSK, entrambi basati sull’uso più “tradizionale” di un frammento virale, come pure il vaccino Janssen, altro prodotto che sfrutta il trasferimento genico con vettore adenovirale”. Per il vaccino contro il Covid, l’Ema (European Medicines Agency) ha concesso un’autorizzazione all’immissione in commercio subordinata a condizioni. Che cosa significa?

“EMA per il momento ha autorizzato i vaccini Pfizer-BioNTech e Moderna con procedura condizionata (“conditional marketing authorization”). Si tratta di una procedura di emergenza analoga all’“emergency use authorization” di FDA, che ha validità di un anno rinnovabile, che viene concessa in assenza di dati di efficacia e sicurezza completi, quando si ritenga che il beneficio di un accesso immediato al prodotto per i cittadini sia maggiore dei rischi connessi alla mancanza di informazioni comunque essenziali, e a condizione che l’azienda si impegni a fornire quanto prima queste ultime. AIFA ad esempio nel riassunto delle caratteristiche del vaccino Pfizer-BioNTech identifica i dati mancanti da produrre, tra i quali le specifiche del principio attivo e del prodotto finito, i dati di validazione del processo di produzione, informazioni aggiuntive sui processi di sintesi e controllo di qualità del principio attivo e degli eccipienti, e ovviamente i dati completi dello studio di fase III in corso, i soli che permetteranno di valutare compiutamente buona parte se non proprio tutto il profilo di sicurezza e di efficacia del prodotto. Si prevede che questi dati saranno disponibili nel dicembre dell’anno 2023”.

Il vaccino attuale può rendere immuni e bloccare la trasmissibilità dell’infezione? Si dice che, per raggiungere l’immunità di gregge, si debba vaccinare circa il 70% della popolazione: qual è il Suo parere?

“I risultati degli studi clinici oggi disponibili ci dicono che i vaccini Pfizer-BioNTech, Moderna e Astrazeneca riducono la probabilità di sviluppare Covid sintomatico, quanto meno sul breve termine. Per ora non ci sono dati sull’eventuale prevenzione del contagio, per cui si possono fare solo ipotesi. Anche per questo motivo parlare di “immunità di gregge” o – meglio – di popolazione non ha alcun senso. Al momento l’unica certezza è il conferimento di un certo grado di protezione individuale per i vaccinati”.

Come sta procedendo il piano vaccinale in Italia?

“I progressi della campagna vaccinale possono essere seguiti in rete su una pagina dedicata (https://app.powerbi.com/viewr=eyJrIjojMzg4YmI5NDQzZDM5ZC00ZTIyLTgxN2MtOTBkMWM4MTUyYTg0IiwidCI6ImFmZDBhNzVjLTg2NzEtNGNjZS05MDYxLTJjYTBkOTJlNDIyZiIsImMiOjh9&fbclid=IwAR3LdcsDMsiNoaHJSdD2HGhkY7-wOZNSiCquuqFDKEW0eEmV_cuzYuMGIQI). I giornali hanno riportato nei giorni scorsi la notizia che il governo sta assumendo 3000 medici e 12000 infermieri per le vaccinazioni. Per quanto si tratti di assunzioni a termine, sembra la riprova che a fronte della volontà di consolidare determinate attività e servizi le soluzioni si trovino. Mi pare una buona notizia, se posta in relazione con la ricerca di soluzioni per il superamento delle difficoltà in cui da quasi un anno versa il sistema sanitario nel suo complesso”.

Fonte: [BuongiornoSuedtirol.it](http://buongiornoSuedtirol.it) <http://buongornosuedtirol.it/>.

Il diritto al dubbio e la barbarie di chi vuole toglierlo di Francesco Benozzo

Gen 15, 2021 comedonchisciotte.org

In risposta al vademecum della Comunità Europea per individuare, segnalare e combattere le teorie del complotto.

Sul sito della Commissione Europea è uscito in questi mesi un allarmante vademecum – che sarebbe più corretto chiamare “catechismo” – per difendersi dai complottisti. Il prontuario, tradotto nelle principali lingue europee, si muove a partire da questa premessa: «La pandemia di coronavirus ha registrato un aumento di teorie del complotto dannose e fuorvianti, diffuse principalmente online. Per far fronte a questa tendenza, la Commissione europea e l’UNESCO stanno pubblicando una serie di dieci infografiche didattiche per aiutare i cittadini a individuare, smentire e contrastare le teorie del complotto». Qui il testo completo:

https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/fighting-disinformation/identifying-conspiracy-theories_it L’unica possibilità di reazione per chi, pur avendo letto questo catechismo infarcito di

preoccupazione e costellato di *diktat*, non ne è stato catechizzato, è probabilmente quella di esplodere in una risata. In alternativa, per salvare almeno in parte la nostra anima perduta, possiamo pronunciare con finta o vera convinzione un «Amen». Ancora meglio, se uno di questi invasati e fanatici anti-complottisti si presentasse fisicamente con lo scopo di redimerci sventolando davanti a noi questi foglietti contenenti i nuovi comandamenti, sarebbe rispondere con la famosa frase che il colonnello Antonio Di Maggio (interpretato da Totò nel film *I due colonnelli* di Steno) utilizzò per rispondere al maggiore Kruger quando gli disse «Badate colonnello, io ho carta bianca». Al di là delle reazioni che ciascuno potrebbe avere, va registrato un fenomeno, che io definirei senza mezzi termini barbarico, di appropriazione e istituzionalizzazione di una presunta verità, vale a dire una censura sancita dagli organi governativi europei relativa a opinioni che sono tra l'altro sostenute anche da eminenti scienziati: è davvero ammissibile che la Comunità Europea condanni a priori come false «le affermazioni per cui il virus sarebbe stato creato artificialmente (per esempio in un laboratorio) da persone che avevano un interesse specifico» (posizione sostenuta, insieme a molti altri, dal virologo Luc Montagnier, premio Nobel per la Medicina nel 2008, e ribadita in questi giorni – gennaio 2021 – da uno studio condotto nel Dipartimento di Microbiologia dell'Università di Innsbruck e pubblicato sulla *Wiley Online Library*)? È tollerabile che la Comunità Europea inciti i cittadini a segnalare, arginare, emarginare «le affermazioni per cui talune misure sanitarie adottate per contrastare la diffusione del virus sarebbero utilizzate per controllare la società» (posizione già teorizzata nella “biopolitica” di Michel Foucault e sostenuta, insieme a molti altri, da un filosofo come Giorgio Agamben)? È sopportabile che si tolga ai cittadini ogni diritto al dubbio asseverando perentoriamente – con l'uso di quell'imperativo «Ricorda!» che assomiglia non a caso alla formula usata nei volantini di propaganda per l'arruolamento nell'Esercito Nazionale Repubblicano della Repubblica Sociale Italiana, sotto il comando di fascisti e Tedeschi: «Soldato, Ricorda!» – una versione ufficiale e non contestabile? («Ricorda: nessuno è responsabile della creazione del virus, ma tutti possiamo contribuire ad arginarne la diffusione»). È concepibile che un documento ufficiale come quello preso in esame faccia credere tra le righe che chi osa opporsi a una narrazione imposta su un qualche aspetto della realtà debba essere automaticamente relegato tra coloro che credono anche alle scie chimiche, alle teorie anti-semitiche, al fatto che la terra è piatta, ai rettiliani che hanno colonizzato il mondo, e non si sa a cos'altro? No, non è ammissibile. No, non è tollerabile. No, non è sopportabile. No, non è concepibile. Non è ammissibile, tollerabile, concepibile; ed è pericoloso. Personalmente e nel mio piccolo, ad esempio, considero una conseguenza diretta e pericolosa di fenomeni di indottrinamento come quello rappresentato da questo delirante documento, di cui naturalmente sono i mezzi di comunicazione di massa i primi amplificatori, le dozzine di mail (contenenti offese volgari, augurî di morte per me e i miei figli e minacce gravi) che mi sono state recapitate nei mesi scorsi per alcune posizioni pubbliche che ho preso nei confronti delle misure a mio parere sproporzionate adottate per fronteggiare il dichiarato stato di emergenza. Io ho esercitato il mio diritto al dubbio e continuerò a farlo. Ogni forma di conoscenza implica una sete di irrevocabile. Dubitare è un dovere di *Homo sapiens*, fa parte della sua capacità cognitivo-linguistica da almeno 195.000 anni. Dubitare ci impone la fatica della lucidità, ed è spossante, perché spesso, dopo averci spremuto obbligandoci a usare ed esaurire le nostre capacità critiche e analitiche, ci abbandona ai nostri disinganni. Ogni civiltà nasce col mito e cresce grazie al dubbio. È cioè necessario all'uomo creare dei valori e dei riferimenti per poterli poi mettere in discussione. Alle credenze si sostituiscono sempre delle incertezze. Le antiche storie diventano dei dogmi, e i dogmi diventano occasioni di confutazione dei dogmi. Perché l'istinto, fin da bambini, va sempre verso la negazione. Il dissenso è un istinto primario. Affermare qualcosa significa rendersi intercambiabili, negare qualcosa significa prendere coscienza di se stessi. Ma il dubbio non è semplice negazione, dal momento che quest'ultima ha sempre bisogno di una realtà esterna da confutare, e diventa inevitabilmente un dogmatismo rovesciato, mentre il dubbio attinge ai propri conflitti, assomiglia più da vicino alla pratica dell'astensionismo, e concede la possibilità di sottrarsi alla meccanicistica opposizione tra affermazione e negazione. Il dubbio è una condizione, non una sterile manifestazione di opposizione. Il dubbio è, nella fattispecie, la condizione della mente libera. Anche il vero scienziato per sua natura deve essere un complottista: il premio Nobel per la fisica del 1965,

Richard Feynman, l'elaboratore della teoria elettrodinamica quantistica, ha dichiarato una volta che l'unico modo per avanzare nella ricerca è quello di diffidare di ciò che la scienza ha insegnato a chi fa ricerca, di non credere mai ai risultati pubblicati e accettati, di muoversi sempre in territori contrari. «Molte riviste scientifiche – aggiunge Feynman – sono gestite dagli stessi poteri di tipo politico ed economico da cui gli scienziati ricevono i fondi di ricerca». La vera scienza non ha niente a che fare con la religione scientocratica che ci governa attualmente. La vera scienza è un'arte del dubbio. Chi pratica l'attitudine al dubbio è il nemico giurato di ogni impostura narrativa, e nessun ridicolo documento emanato da una Commissione di politici può togliere a un individuo il diritto di dubitare.

Silenzio stampa sui 23 morti di vaccino in Norvegia e sull' "affaire" di Prato

di ilsimplicissimus 15/01/21

Quando si dice la Scienza... non parlo di quella vera, ma di quella controfigura che vuole vendere ipotesi più o meno fondate come certezze assolute sulle quali è vietato discutere. E quando dico vendere uso un verbo specifico, non generico o metaforico perché questi atteggiamenti hanno sempre un movente e un ritorno economico per il quale – per esempio – la grande informazione occidentale non ha ancora dato notizia dei 23 morti in Norvegia dopo il vaccino, una vera strage di fronte alla quale sarà probabilmente tenuto lo stesso atteggiamento avuto nei confronti di altri decessi posti vaccinali: bè erano anziani, potevano morire di qualunque cosa, non possiamo attribuire al vaccino il decesso e bla bla bla. Ma per carità molto scientifico, molto esperto, molto, ma molto cazzaro, specie quando viene da un ambiente medico che ha un ritorno economico per ogni vaccinato. E mi piacerebbe confrontare questa con un'altra notizia, quella dei 39 anziani di una casa di riposo di Prato che erano stati vaccinati contro il Covid il 30 dicembre scorso e che adesso risultano tutti positivi. Forse il vaccino non funziona? Non sia mai spiegano gli esperti perché la Pfizer (disponiamo solo della sua documentazione della quale dobbiamo interamente fidarci) dice che il suo vaccino fornisce un'immunizzazione al 94 per cento, ma solo dopo 30 giorni dalla prima dose e il richiamo da farsi dopo 21 giorni. Si d'accordo, ma qui siamo al 100 per 100 di non immunizzati che francamente è una cifra sconcertante per quanto riguarda l'efficacia, anche senza richiami e qualunque statistico storcerebbe il naso di fronte a queste cifre. Però dice l'esperto pensoso può darsi che i vaccinati fossero già stati contagiati e il virus fosse in stadio di incubazione. Già può darsi, diciamo così, supponiamo che... Ma vedete ho voluto parlare di questo episodio perché esso è illuminante riguardo alle persone che ci spingono alla vaccinazione. La vicenda di Prato porta anche a domandarsi se non sia stato proprio il vaccino a contagiare gli anziani. Tuttavia questo non è possibile sostiene la professoressa Chiara Azzari, immunologa dell'ospedale pediatrico Meyer di Firenze "perché quello che viene iniettato nel paziente è solo un pezzo del virus: quindi sarebbe come temere che la coda di un cane possa mordere". C'è da saltare sulla sedia scoprendo che l'illustre esperta non ha capito nulla di come funzionano i vaccini a mRNA: non si inietta alcuna parte del virus, come per quelli tradizionali, ma solo istruzioni genetiche che portano alla produzione di piccoli frammenti innocui del virus da parte delle cellule(nel nostro caso la proteina detta "spike") e in questo modo il corpo può rispondere rapidamente quando entra in contatto con il virus integro. Oddio non poi così rapidamente a quanto sembra, ma forse a Prato ce la si prende con calma. Però il concetto è che sono le nostre cellule a fabbricare parti del virus che poi stimolano il sistema immunitario ed è proprio questo il cuore del problema e dei dubbi prima sulla efficacia, poi sulla durata di questa efficacia e infine sulle conseguenze a lungo termine di questo tipo di vaccini. Sono giustificati i timori o essi possono albergare solo nei nemici della Scienza sacrale e non sperimentale? Riporto le parole del presidente della Società Europea di Genetica Umana, professor Maurizio Genuardi riguardanti la possibilità che queste istruzioni genetiche possano interferire con il Dna: "la Società Europea di Genetica Umana vorrebbe assicurare il pubblico che non ci sono prove a sostegno di tali preoccupazioni." Ora che non ci siano prove a sostegno è un conto che si abbia la certezza assoluta che questo non accada, magari attraverso qualche meccanismo non studiato o non ancora scoperto, di fronte alla vaccinazione di miliardi di persone è un altro

paio di maniche e ci mette di fronte a uno straordinario cinismo del profitto ad ogni costo. Inoltre ci si dimentica che se la possibilità di questa interferenza col Dna è esclusa in base a ciò che attualmente conosciamo e che potrebbe rivelarsi falso in un prossimo futuro, non sappiamo affatto quali altre conseguenze potrebbero derivare dall'indurre le nostre cellule a produrre materiali virali: stiamo facendo da cavie. La cosa tuttavia più importante in tutto questo e che si ricollega in contro fase con le feroci notizie Norvegesi è che nella casa di riposo di Prato ci sono 102 persone 101 delle quali sono positive, alla faccia del vaccino, ma stanno tutti bene a parte tre che sono in ospedale per altri motivi, ma anche se fosse per il virus non è certo strano che su una popolazione che sfiora i 90 di media questo accada. Eccola la terribile pestilenza modulabile a comando per cui si devono vaccinare alla cieca miliardi di persone e per giunta senza alcun allentamento delle restrizioni delle libertà personali e della vita sociale, anzi questa è una pestilenza che attacca non i corpi, ma le menti.

Dopo le morti in Norvegia, esperti cinesi chiedono la sospensione dei vaccini mRNA per gli anziani

15 Gennaio 2021

l'AntiDiplomatico

In Europa è partita la campagna vaccinale contro il covid. Per adesso la maggior parte di chi è sottoposto all'inoculazione della prima dose di vaccino ha ricevuto quello prodotto da Pfizer. Un vaccino basato sul cosiddetto mRNA messaggero. Proprio come quello prodotto dalla statunitense Moderna, il secondo vaccino giunto alle nostre latitudini. Dalla Cina, come riporta il quotidiano Global Times, arriva l'invito da parte di esperti sanitari a sospendere l'inoculazione di vaccini che utilizzano mRNA messaggero, in particolare agli anziani, a causa delle incertezze sulla sicurezza a seguito della morte di 23 anziani norvegesi che hanno ricevuto il vaccino. Il nuovo vaccino a mRNA è stato sviluppato in fretta e non era mai stato utilizzato prima su larga scala per la prevenzione delle malattie infettive e la sua sicurezza non è stata confermata per l'uso su larga scala negli esseri umani, ha detto un immunologo cinese. Inoltre gli esperti cinesi hanno evidenziato che le morti avvenute in Norvegia dimostrano che l'efficacia dei vaccini mRNA per Covid-19 non è buona come previsto. La Norvegia ha segnalato ben 23 decessi in relazione alla vaccinazione, scrive il quotidiano cinese. "Finora, 13 decessi sono stati valutati. Gli effetti collaterali comuni potrebbero aver contribuito a un decorso grave negli anziani fragili", ha spiegato l'Agenzia norvegese per i medicinali sul suo sito web. Tutti i decessi si sono verificati in pazienti anziani e fragili in case di cura. Tutti hanno più di 80 anni e alcuni di loro più di 90, secondo quanto riportato dal media norvegese NRK. In Norvegia vengono utilizzati due vaccini COVID-19, Comirnaty, di BioNTec/Pfizer e Moderna. I vaccini sono stati sviluppati sulla tecnologia mRNA e hanno ricevuto un'approvazione temporanea nell'UE, secondo l'agenzia. La Norvegia ha lanciato una campagna di vaccinazione di massa alla fine di dicembre, con la vaccinazione per primi ai cittadini più anziani e ai residenti delle case di cura, compresi quelli di età superiore agli 85 anni. L'Agenzia norvegese per i medicinali ha ammesso che gli studi che costituiscono la base per l'approvazione temporanea del vaccino includevano pochissime persone di età superiore agli 85 anni e si sa poco su come eventuali effetti collaterali influenzeranno queste fasce di età, ma ha affermato: "presumiamo che gli effetti collaterali per gli anziani saranno in gran parte gli stessi di quelli di età superiore ai 65 anni". Il quotidiano cinese ha sentito il parere del virologo Yang Zhanqiu, dell'Università di Wuhan, il quale ha spiegato che se le morti sono state causate dall'inoculazione del vaccino viene dimostrato che l'effetto del vaccino Pfizer e di altri vaccini a mRNA non è buono come previsto.

Come funziona un vaccino mRNA

Rispetto ai vaccini che potremmo definire 'classici', come lo sono Sputnik V della Russia, i vaccini sviluppati e prodotti dalla Cina, come pure quello di AstraZeneca-Oxford, che utilizzano tecnologie già collaudate, i vaccini a mRNA insegnano alle cellule umane a produrre una proteina per attivare una risposta immunitaria; quindi, la risposta immunitaria può proteggere le persone dall'infezione quando il virus penetra nel corpo. Nel frattempo, sostanze tossiche possono essere sviluppate durante il processo di vaccinazioni con mRNA; quindi, la sicurezza dei vaccini non può essere completamente garantita, ha detto Yang. Ma questo non è il caso dei vaccini inattivati ??in Cina, che utilizzano una tecnologia più matura già collaudata negli anni, ha aggiunto il virologo

di Wuhan. Un immunologo di Pechino, che ha richiesto l'anonimato, ha detto al Global Times che il mondo dovrebbe sospendere l'uso del vaccino mRNA COVID-19 di Pfizer, poiché questa nuova tecnologia non ha dimostrato sicurezza nell'uso su larga scala o nella prevenzione di eventuali malattie infettive. Le persone anziane, specialmente quelle con più di 80 anni, non dovrebbero essere ricevere alcun vaccino COVID-19, ha poi esortato il medico cinese. Poiché le persone con più di 80 anni hanno un sistema immunitario più debole e sono più inclini agli effetti negativi; quindi, dovrebbe essere raccomandato loro di assumere farmaci per migliorare il loro sistema immunitario. La Cina ha avviato la vaccinazione per le persone di età compresa tra i 18 e i 59 anni, poiché le statistiche sulle persone di età pari o superiore a 60 anni e sulle persone di età pari o inferiore a 18 anni erano relativamente piccole durante gli studi clinici sui vaccini. Pertanto, non è stato possibile rilevare correttamente l'efficacia e gli effetti collaterali per questi due gruppi, ha rivelato al Global Times un esperto di salute con sede a Pechino che ha chiesto di restare anonimo.

Vaccino Covid, "Si rischia una reazione avversa fatale"

Monica Camozzi intervista Loretta Bolgan Published: 15 January 2021 Created: 15 December 2020
(sinistrainrete.info – affaritaliani.it)

Su Affaritaliani.it il parere di Loretta Bolgan, Harvard Medical School di Boston. "Alterazioni epigenetiche e infertilità"

Mentre si ascolta Loretta Bolgan parlare del vaccino, la sensazione è quella di una roulette russa. Laurea in chimica e tecnologia farmaceutiche, dottorato in scienze farmaceutiche e research fellow alla Harvard Medical School di Boston, quindi ricercatrice industriale per aziende che producono kit diagnostici e si è occupata di registrazione di farmaci, Bolgan teme, nell'ordine, "un rischio gravissimo di reazione avversa fatale; il pericolo di reazioni autoimmuni, di malattie gravi a carico del sistema nervoso; la possibilità che si verificano alterazioni epigenetiche, ovvero capaci di modificare l'espressione dei geni. Infine, l'ipotesi che possa essere attaccato il sistema riproduttivo con lo spettro dell'infertilità".

"Sono sempre stata per la libertà vaccinale e terapeutica, ma questa volta sono assolutamente contro l'autorizzazione del vaccino. Non è stato rispettato alcun principio di precauzione. La popolazione farà da cavia".

* * * *

Dottoressa, perché è così allarmata?

Perché non ci sono i requisiti per mettere in commercio questi vaccini. Quando mancano dati certi si usa il principio di precauzione. Qui non è stato applicato. Nei fatti, nonostante le assicurazioni dei produttori, è stata fatta una sperimentazione molto parziale e non esistono dati certi. E rischiamo di scoprire le conseguenze una volta inoculato il vaccino. In particolare, il rischio gravissimo di reazione avversa fatale. Tutti i vaccini contro la SARS sono stati bloccati, perché gli animali morivano di complicazione polmonare fatale una volta reinfezzati.

Cos'è una reazione avversa fatale?

Una reazione avversa fatale avviene quando il nostro sistema immunitario reagisce potenziando la malattia per cui ci stiamo vaccinando. Ovvero, scatenando la malattia da cui dovremmo proteggerci. Ma qui ci sono due tipi di problemi: il tipo di virus utilizzato per fare il vaccino. E i rischi dovuti al fatto che iniettiamo materiale genetico senza avere studi a riguardo. In linea teorica il vaccino dovrebbe essere sicuro, se il virus non mutasse. Ma il virus muta...

Andiamo per gradi. Ci spieghi perché il pericolo starebbe nel tipo di virus usato per fare il vaccino

Partiamo dal vaccino di Oxford. Prevede la produzione di un vettore in cui viene inserito un frammento della spike, ovvero la sequenza genetica che dovrebbe portare alla produzione di anticorpi e che è stata sintetizzata chimicamente a partire dalle sequenze fornite dai cinesi. Ma il virus si è modificato profondamente nel passaggio da uomo a uomo. Inoltre, essendo un virus a RNA, ha la proprietà di formare delle popolazioni di mutanti minori. Sono "quasi specie" che si formano dentro la persona quando si infetta ed entrano in

competizione fra loro. In sostanza, possono produrre una resistenza verso il vaccino ma, ancor peggio, una selezione di mutanti più pericolosi e contagiosi. La persona rischia di infettarsi con virus più pericolosi.

Che probabilità ci sono che questo accada?

Il punto è questo, non lo sappiamo. La sperimentazione animale è stata condotta con il ceppo originario del virus, non con quello attuale. Il rischio è quello di iniettare materiale genetico senza una sperimentazione certa. Faccio un altro esempio. Il frammento con materiale genetico entra nella cellula e viene tradotto in proteina dal sistema ribosomale. Teoricamente dovrebbe restare a livello di citoplasma. Il rischio è che questo RNA non si trasformi solo in proteina, ma anche in DNA a doppia elica e che venga portato all'interno del nucleo, producendo effetti imprevedibili. Ripeto, non abbiamo una sperimentazione in grado di dircelo. Rischiamo che tutto questo si scopra una volta che le persone sono state vaccinate.

Ci sta dicendo che le persone faranno da cavie?

Nonostante il vaccino sia fatto per non integrarsi con il nostro DNA, nei fatti non ci sono studi e non possiamo sapere cosa accadrà. Il materiale genetico ingegnerizzato, quando iniettato, può scatenare reazioni avverse di immunopatologia violenta, ovvero creare quella tempesta di citochine per cui il COVID-19 si è rivelato letale. Oppure potrebbero verificarsi alterazioni epigenetiche, che significa una modifica dell'espressione dei geni. Non mutazioni della sequenza, ma cambiamenti nel modo in cui i geni vengono espressi.

Lei ha parlato del potenziamento della malattia che invece si dovrebbe combattere. In che modo si sostanzia questo rischio?

Il vaccino viene creato per produrre anticorpi, ma non è sterilizzante, cioè non evita l'infezione e la trasmissione del virus. Ci stanno dicendo che è efficace al 95% ma contesto questo dato: si tratta della capacità di formare anticorpi vaccinali, ma nessuno garantisce che sia protettivo. Fino a prova contraria la persona può comunque infettarsi ed essere contagiosa. Sostengono che la persona venga protetta dalla malattia, ma non lo sappiamo perché hanno scelto modelli animali che non hanno sviluppato la complicazione.

Domandiamoci perché i vaccini contro la SARS furono bloccati. Lo studio su animali, che deve sempre precedere quelli sull'uomo, ci dicono che essi morivano di complicazione polmonare fatale una volta reinfettati. Il vaccino era visto come fonte di reazione avversa quindi venne bloccato. Qui hanno vaccinato gli animali con un antigene che ha le sequenze del virus di Wuhan ma, lo ripeto, il virus circolante è mutato. Nessuno ha condotto questo studio in modo tale da rassicurarci. I vaccini messi in commercio ci dicono solo se una persona è in grado di produrre anticorpi vaccinali, sul resto abbiamo la totale incertezza. Dovremmo fare un monitoraggio a lungo termine, ma negli studi clinici è stato previsto un monitoraggio attivo molto corto, da 7 a 15 giorni.

Cosa si vede, in 7 o 15 giorni?

Nella scheda tecnica troveremo rossori, indurimento nella sede d'iniezione, febbre, inappetenza o anafilassi (allergia grave) come reazioni acute. Le reazioni autoimmuni non si vedono subito, si vedono più in là nel tempo. In particolare, le reazioni autoimmuni potrebbero verificarsi soprattutto con i richiami. Potremmo avere risposte che peggiorano progressivamente. Mi spiego. Questo virus forma anticorpi autoimmuni e questo è documentato in letteratura. Significa che oltre ad anticorpi contro il virus si formano anticorpi contro le proteine umane. Quando si ha una reazione del sistema immunitario alle proteine umane, si ha una reazione autoimmune. Gran parte delle proteine oggetto dell'attacco autoimmune sono del sistema nervoso centrale. Ciò significa l'insorgere di SLA, sclerosi, e altre patologie gravissime. Ma questo non possiamo saperlo, se non facciamo una farmacovigilanza attiva nel tempo. Inoltre non sono affatto note le azioni a danno dell'apparato riproduttivo.

Vuole dire infertilità?

Sì, ma non solo. La velocità con cui lo hanno prodotto mi lascia il dubbio che non lo abbiano adeguatamente purificato da alcuni residui di lavorazione. E anche qui mi spiego. Dopo aver sintetizzato il pezzettino di sequenza genetica e creato il vettore, devono produrlo in grande quantità per fare il vaccino. 300 milioni di dosi non possono essere fatte per sintesi, bisogna trovare un sistema che replica questo pezzettino in quantità

industriali. Per questo si sano le linee cellulari. Ebbene, il vaccino ad adenovirus di Oxford viene prodotto utilizzando linee cellulari immortalizzate. In particolare linee cellulari fetali potenzialmente cancerogene. Se rimangono residui di lavorazione nel vaccino è molto pericoloso. Il DNA fetale ha alta capacità di integrarsi nel DNA dell'ospite ed essendo immortalizzato porta con sé geni mutati che potrebbero innescare la cancerogenesi. E poi rimane il problema evidenziato da uno studio dell'ISS, della vaccinazione antinfluenzale.

Cosa c'entra l'antinfluenzale?

Tre anni fa ho segnalato al sottosegretario del Ministro della Salute uno studio dell'ISS, in cui si dimostrava che l'incidenza di polmoniti gravi aumentava del 50% nei vaccinati con l'antinfluenzale. Lo studio riportava inoltre il 12% in più di mortalità nei vaccinati, per potenziamento della malattia.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29616677/>

<https://www.onb.it/2018/11/02/vaccini-antinfluenzali-risposte-ed-efficacia-per-fasce-di-eta/>

Può trattarsi anche di una coincidenza ma varie città in cui hanno anticipato di due mesi l'antinfluenzale, dopo sono diventate zone rosse. Ho portato l'evidenza tre anni fa, ho segnalato il pericolo di potenziamento della malattia e non l'hanno considerato. Anzi, dopo due mesi sono partiti con la campagna vaccinale senza tener conto di questo grave rischio. Come per il vaccino antinfluenzale, anche per il vaccino anti-COVID, oltre i rischi noti e potenziali, non sappiamo quanto dura la sua azione.

Vuol dire che non sappiamo per quanto tempo espleta il suo effetto protettivo?

Esatto. Sembra che la durata sia bassissima, ovvero di qualche mese. Ad esempio, il vaccino con vettore adenovirale forma anticorpi contro il vettore stesso, non si possono fare richiami. L'adenovirus viene riconosciuto dal sistema immunitario e non possiamo usare lo stesso vettore. Non possiamo fare richiami. Gli anticorpi protettivi, ammesso che si formino, restano limitati nel tempo, massimo due o tre mesi. Un altro problema è che quando comincia a replicarsi per produrre la proteina, l'adenovirus "sputa" fuori il pezzettino di sequenza dell'antigene che gli hanno messo dentro. Quindi si replica l'adenovirus ma non la sequenza, ci sono perciò problemi di inefficacia dovuti alla modalità di costruzione del vaccino.

E sul problema della conservazione cosa ci dice?

Il vaccino va inoltre conservato a meno ottanta gradi ed è di importanza vitale che ciò avvenga. Il materiale genetico degradato è fortemente infiammatorio. Scatenava una reazione infiammatoria molto violenta. Quindi inoculare un vaccino degradato risulta pericolosissimo.

Per maggiori informazioni:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29616677/>

<https://www.onb.it/2018/11/02/vaccini-antinfluenzali-risposte-ed-efficacia-per-fasce-di-eta/>

COVID test: specificità e sensibilità Dr. John Hunt Gen 16, 2021 internationalman.com

Nota dell'editore americano. Nell'ambito del COVID-19, quasi tutti i paesi del mondo hanno chiuso le proprie frontiere, messo in lockdown la popolazione e costretto le aziende a chiudere. Oggi, la maggior parte dei governi limita ancora i viaggi, l'attività economica e gli incontri sociali. La giustificazione di queste misure senza precedenti è il numero crescente di casi di COVID-19. Questo ha scatenato una vera e propria epidemia di COVID test, facendo ricorso alla PCR e ai test antigenici rapidi per identificare i casi positivi. Il Dr. John Hunt fa un breve riassunto del razionale scientifico alla base dei COVID test, della loro efficacia e della logica della risposta governativa alla pandemia.

Cosa significano e cosa non significano i COVID test

I test RT-PCR sono progettati per essere estremamente sensibili alla presenza di RNA di origine virale. Ma un test estremamente sensibile rischia di avere una scarsa specificità per una malattia infettiva vera e propria. I test antigenici rapidi sono diversi. Determinano la presenza di proteine virali facendo reagire un campione clinico con uno o due anticorpi creati in laboratorio accoppiati ad un marcatore rilevabile. Questi test antigenici

spesso sono scarsamente specifici, il che significa che possono risultare positivi anche in assenza di una proteina virale specifica o di una patologia da COVID.

Per un test di laboratorio, cosa significa essere sensibile e cosa significa essere specifico?

Userò il COVID per chiarire meglio la terminologia. Per farlo in modo corretto, dovremmo evitare di usare la fraseologia dei media e del governo, perché queste istituzioni tendono ad ingannarci proprio con la manipolazione del linguaggio. Per esempio, ci hanno erroneamente detto che un test COVID-positivo è sinonimo di malattia da COVID. Questo non è vero, come vedremo in seguito. Nell'articolo userò il termine "*Malattia Infettiva COVID rilevante*" per indicare una condizione clinica causata dal COVID-19 in cui un paziente è o sofferente per l'infezione virale o, pur essendo asintomatico, ha (nel tratto respiratorio) virus vivi e replicanti trasmissibili ad altri. Questa sembra una definizione abbastanza corretta di ciò che dovrebbe preoccuparci di questa patologia. Se il paziente non è malato e non è quindi in grado di trasmettere la malattia, allora qualsiasi frammento di RNA da COVID o di proteina virale rilevato da un test non è importante, non può trasmettere l'infezione ed è perciò di scarsa significatività.

Sensibilità. Si potrebbe spiegare la sensibilità di un test facendo questo esempio: in un gruppo di 100 persone che soffrono tutte di Malattia COVID Infettiva Rilevante, quante persone risulteranno effettivamente "*positive*" al test? Utilizzando un test con una sensibilità del 95%, 95 di questi 100 pazienti veramente malati saranno segnalati dal test come COVID positivi e 5 non verranno rilevati.

Specificità. In un gruppo di 100 persone che sicuramente **non** soffrono di Malattia COVID Infettiva Rilevante, quante persone saranno segnalate dal test come "*negative*"? Con un test specifico al 95%, 95 di queste persone sane saranno segnalate come COVID-negative e 5 saranno erroneamente etichettate come COVID-positive. Sensibilità e specificità sono caratteristiche intrinseche di un test, non di un paziente, non di una malattia e non di una popolazione. Questi termini sono molto diversi dal Valore Predittivo Positivo (PPV) e dal Valore Predittivo Negativo (NPV). Il PPV e il NPV sono influenzati non solo dalla sensibilità e dalla specificità del test, ma anche dalle caratteristiche delle persone scelte per il test e, in particolare, dalla probabilità di fondo dei pazienti soffrire effettivamente di Malattia COVID Infettiva Rilevante. Il Valore Predittivo Positivo (la probabilità che un test positivo indichi effettivamente una vera malattia) è notevolmente più preciso se si testano persone con un'alta probabilità di aver contratto il COVID e, cosa altrettanto importante, se si evita di testare persone che, molto probabilmente, non soffrono di COVID. Se fate un COVID test con un 95% di sensibilità e un 95% di specificità a 1.000 pazienti con febbre, rinorrea, tosse insistente e dispnea, allora state usando quel test come test diagnostico in persone che attualmente hanno una ragionevole possibilità di soffrire di Malattia COVID Infettiva Rilevante.

Supponiamo che 500 di loro abbiano effettivamente la Malattia COVID Infettiva Rilevante e gli altri 500 un comune raffreddore. Questo test, sensibile al 95%, identificherà correttamente 475 persone veramente malate di COVID come COVID-positive e non ne individuerà 25. Questo test è anche specifico al 95%, il che significa che etichetterà, sbagliando, 25 dei 500 pazienti non COVID come COVID-positivi. Anche se il test non è perfetto, in questo gruppo di persone ha un valore predittivo positivo del 95%, ed è un test, nel complesso, abbastanza buono. Ma, cosa succede se si esegue questo stesso test COVID su tutta la popolazione?

Supponiamo che, negli Stati Uniti, la probabilità di avere la Malattia COVID Infettiva Rilevante sia, in questo momento, di circa lo 0,5% (cioè che 5 persone su 1000 siano attualmente infette e contagiose, tenete presente che è una stima elevata). Come funzionerà questo stesso test specifico al 95% e sensibile al 95% con una tale impostazione di screening?

La buona notizia è che questo test, molto probabilmente, identificherà le 5 persone su 1000 con Malattia COVID Infettiva Rilevante! Evviva! La cattiva notizia è che, per ogni 1000 persone, il test sbaglierà e identificherà come COVID-positive 50 persone che non soffrono di Malattia COVID Infettiva Rilevante. Su queste 55 persone con test positivo ogni 1000, 5 avranno effettivamente la malattia e 50 saranno falsi positivi. Con un valore predittivo positivo del 9,09%, si potrebbe dire che questo è un test piuttosto scadente. Ed è ancora più scadente se si sottopongono al test solo persone senza sintomi (come nello screening di una scuola,

di un cantiere o di un college), nelle quali la probabilità di avere la Malattia COVID Infettiva Rilevante è sostanzialmente ancora più bassa.

Lo stesso test, che è piuttosto buono quando si sottopongono a test persone effettivamente malate o a rischio, è pessimo quando si sottopongono a screening di massa gruppi di popolazione che non lo sono.

Nel primo scenario (con sintomi), il test viene utilizzato correttamente come strumento diagnostico. Nel secondo scenario (senza sintomi), il test viene usato per effettuare uno screening, e quindi in modo sbagliato. Un test diagnostico va utilizzato nei pazienti che il medico ritiene abbiano una ragionevole possibilità di avere la malattia (per sintomi intendiamo febbre, tosse, rinorrea e dispnea nel periodo stagionale delle patologie virali). Un test di screening serve invece ad accertare l'eventuale presenza di una determinata malattia in persone asintomatiche e non a rischio elevato di contrarre la malattia.

Un test di screening può essere appropriato quando ha una specificità molto alta (99% o più), quando l'incidenza della malattia nella popolazione è elevata e quando è disponibile una cura per la malattia, se identificata. Tuttavia, se l'incidenza è bassa (come nel caso della Malattia COVID Infettiva Rilevante) e il test non è abbastanza specifico (come nel caso della PCR e dei test antigenici rapidi per il virus COVID), allora l'uso di tali test come mezzo di screening in persone sane ne riduce automaticamente l'attendibilità. Più vengono usati in modo errato, più disinformazione producono.

Le nostre autorità sanitarie raccomandano di effettuare un numero sempre maggiore di test su persone asintomatiche. In altre parole, stanno incoraggiando un'applicazione sbagliata e fuorviante di questi test. I nostri funzionari sanitari stanno facendo quello che uno studente di medicina del primo anno saprebbe già di non dover fare. È un errore talmente grave che, per spiegarlo, esistono due sole possibilità: 1) i nostri più importanti funzionari sanitari governativi sono veramente incompetenti e/o 2) noi, come nazione, siamo stati intenzionalmente ingannati e manipolati. O magari entrambe le cose. (Un'altra conclusione da tener presente è che la mia analisi potrebbe non essere corretta. Sono disponibile al confronto).

Che cosa succederebbe se voi, come individui, risultaste positivi al test PCR (che ha una specificità del 95%) senza avere i sintomi del COVID-19 o senza essere stati di recente a contatto con un paziente realmente sofferente di Malattia COVID Infettiva Rilevante? Che cosa fareste? Beh, con quel test positivo, il vostro rischio di avere il COVID passerebbe di colpo da meno di 5/1.000 (il rischio generale della popolazione), a circa 5/55 (il vero rischio di Malattia Infettiva COVID Rilevante in persone asintomatiche con un test COVID-19 positivo). Si tratta di un aumento di rischio di 18 volte, pari ad una probabilità del 9% di essere affetti da Malattia COVID Infettiva Rilevante (o una probabilità del 91% di essere completamente sani).

Questo potreste considerarlo un aumento rilevante del rischio, tanto da farvi scegliere di evitare di esporre i vostri amici e familiari al rischio connesso alla vostra probabile, maggior infettività rapportata a quella della popolazione generale. Ma, se il governo dovesse spendere le proprie risorse per tracciare tutti i vostri contatti, allora traccerebbe inutilmente il 91% delle persone.

Però i lockdown vengono imposti sulla base dell'idea sbagliata che i test COVID-positivi in persone sane siano epidemiologicamente accurati, quando, in realtà, sono per lo più sbagliati. Per quanto riguarda le 50 persone asintomatiche a basso rischio che risultano falsamente positive in ogni gruppo di 1.000, cos'è che le rende positive? Con un test antigenico rapido il motivo è che il test non è mai stato destinato ad essere usato come mezzo di screening in persone asintomatiche sane, perché non è abbastanza specifico. Per un test PCR, la positività significa che, sì, nel campione c'era sicuramente RNA di COVID, ma che, molto probabilmente, nella mucosa nasale o faringea erano presenti detriti e frammenti virali provenienti dalle particelle di polvere sospese nell'aria che avevate respirato mentre andavate al laboratorio analisi per farvi fare il test, prima di sapere che avreste potuto usare il drive-in. La PCR può essere veramente troppo sensibile. La presenza di alcuni filamenti di RNA è irrilevante. Anche poche centinaia di particelle virali intatte non sono in grado di infettare o scatenare la malattia. Gli esseri umani non sono poi così fragili. Però tenete presente che c'è una piccolissima possibilità che il test sia positivo perché state per ammalarvi di COVID-19 e il test ve lo ha segnalato, per pura fortuna, abbastanza in tempo.

Oltre a questo uso errato dei test diagnostici come mezzo di screening, il governo sta sovvenzionando gli ospedali affinché trattino i pazienti positivi al COVID-19. Supponiamo che, durante la degenza ospedaliera, un ospedale sottoponga, per quattro volte, un paziente asintomatico al test COVID, utilizzandolo come mezzo di screening. Se quel test risulta positivo una volta e negativo le altre tre, l'ospedale riferirà che il paziente soffre di COVID-19, anche se è molto probabile che l'unico risultato positivo sia un falso positivo. Perché gli ospedali usano così di frequente questo test?

In parte, perché ricevono dal governo 14.000 dollari per ogni paziente che dichiarano affetto da COVID-19. Quando vediamo le statistiche dei decessi da COVID-19, dovremmo ammettere che una parte sostanziale dovrebbe essere rinominata "*Morti con un test COVID-19-positivo.*" Quando vediamo aumentare il numero dei casi, dovremmo sapere che viene definito "*caso*" chiunque abbia avuto un test COVID-19-positivo, e, come ora sapete, questi sono numeri che non dicono assolutamente nulla.

Riassunto:

1. Abbiamo un'epidemia di test COVID-positivi che è sostanzialmente ben più grave della vera epidemia di Malattia COVID Infettiva Rilevante. All'opposto, molte persone con casi reali, ma lievi, di patologia da COVID non vengono testate. Quindi, i dati su cui si dovrebbero basare le misure di contenimento, sono inattendibili.
2. I dati sui ricoveri ospedalieri e sui decessi da COVID negli Stati Uniti sono artificialmente gonfiati da un programma di sovvenzioni governative che incentiva l'uso improprio dei test in persone senza particolare rischio di malattia.
3. Fate il test COVID se avete i sintomi della malattia, se siate stati a contatto con persone sintomatiche e/o positive al test COVID o se avete qualche altra, logica, ragione personale che lo giustifichi.
4. Sappiate che fare il test prima di un viaggio all'estero comporta un modesto rischio di ottenere un risultato falso-positivo che sicuramente metterà a rischio il vostro viaggio. È il nuovo rischio politico del viaggiare.
5. C'è in ballo molto di più di quel che appare nella gestione politica dei test virali e ci sono un sacco di strani incentivi. Ci sono aree grigie e c'è spazio per il dibattito.
6. Sì, il COVID può uccidere. Ma un test positivo non ucciderà nessuno. Purtroppo, ogni test COVID-positivo dà più potere a quei politici e burocrati che hanno una naturale tendenza a controllare le persone, ai sociopatici e a tutti quelli come loro.

Link: <https://internationalman.com/articles/covid-tests-gone-wild-an-epidemic-of-covid-positive-tests/> Scelto e tradotto da Markus per comedonchisciotte.org.

“È indecente mettere in giro un vaccino in questo modo. Lo dice anche il British Medical Journal: non sappiamo troppe cose” ▷ Dott. Szumski 16 Gennaio 2021 Radioradio.it

Dopo Pfizer, arriva Moderna: il tanto agognato vaccino anti-covid ora si fa in due, e presto altre case farmaceutiche sbarcheranno in Italia dopo aver ricevuto il via libera dall'EMA. Giunto a bordo del classico furgone poco dopo le 2 di notte, ha attraversato il Brennero e intorno a mezzogiorno è arrivato a Roma all'Istituto Superiore di Sanità.

Nonostante la solennità e la speranza con cui la notizia viene accolta dai media però, non vengono dissipati quei dubbi che apparivano ormai più di un mese fa perfino sul sito dell'Aifa per quanto riguarda rischi e vantaggi. Il sospetto che sia troppo presto e che tutto sia stato fatto in fretta e furia è ancora presente, e giunge anche da quelle voci che, come il Dottor Riccardo Szumski, non possono essere considerate ideologicamente come “no-vax”.

Nelle ultime ore, anzi, ha sganciato la bomba il British Medical Journal, rivista scientifica più autorevole al mondo in tale ambito secondo cui l'efficacia reale dei vaccini in circolazione non sarebbe intorno al 95% ma tra il 19% e il 29%. Lo ha scritto una delle voci più influenti a livello mondiale per il New York Times, il professor Peter Doshi, dopo essere entrato in possesso dei dati di Pfizer e Moderna. In molti non sarebbero dunque

disposti a fare il vaccino, e non proprio a torto. [Sentite cosa ha detto il Dottor Szumski a Fabio Duranti e Francesco Vergovich.](#)

“Nasco come pediatra, quindi sono un vaccinatore di prima linea. Nei primi anni '80 ho vaccinato anche i miei figli più grandi quando non c'era alcun obbligo vaccinale, perché essendo stato in ospedale e avendo visto gli effetti collaterali di malattie considerate – a suo tempo – banali, facevo questo ragionamento. Ben venga il vaccino... ma su questo vaccino fatto in fretta e furia ci sono dei buchi neri di conoscenza, di pratica e di tempo. Hanno detto che visto che c'è l'emergenza bisogna farlo a tutti i costi. Io ieri mi sono letto un editoriale sul British Medical Journal – non della signora Maria in piazza – dove vengono fatte osservazioni non contro, ma dove si dice che tutto questo che hanno fatto non è chiaro.

Poi le autorità hanno deciso “vacciniamoli tutti”. Per carità, io sono dieci mesi che mi infilo nelle case delle persone e non ho preso niente. Speriamo di continuare così... aspetto che arrivi un altro vaccino perché ci sia un'esperienza maggiore. E' indecente che venga messo in giro e la gente deve firmare così, per un effetto di fede. I grandi Boiardo non vengono a vedere cosa facciamo noi medici di base perché sennò cadrebbe la loro narrazione. Gran parte della loro narrazione e del copione che si sono scritti cadrebbe. Ciò non vuol dire che non c'è nulla da combattere, però c'è sicuramente un altro modo di affrontare tutto questo“.

50 minuti e senza smartphone agli eurodeputati per leggere il contratto segreto dei vaccini

Antonio Di Siena 16 Gennaio 2021 l'AntiDiplomatico

La trasparenza. Alcuni giorni fa gli europarlamentari hanno finalmente avuto accesso al contratto di fornitura concluso tra la Commissione europea e CureVac, l'azienda tedesca che sta sviluppando un vaccino anti-covid insieme alla Bayer. Un contratto confidenziale la cui consultazione è stata però preceduta dalla sottoscrizione di un accordo di riservatezza da parte dei deputati, funzionale a impedire la diffusione delle informazioni acquisite.

La consultazione del materiale, poi, è stata limitata a 50 minuti. Meno di un'ora per leggere (e capire) centinaia di pagine piene di clausole ed eccezioni e senza la possibilità di fare fotografie. Perché smartphone e computer hanno dovuto lasciarli fuori. E, si badi, queste non sono bozze di accordo. Ma contratti già firmati (dalla Commissione e suon di miliardi di euro di vostri soldi) e pertanto giuridicamente validi ed efficaci.

A rivelare questa vicenda è Marc Botenga eurodeputato belga del gruppo Sinistra Unitaria e membro del Partito del Lavoro del Belgio. Un fatto che, per quanto gravissimo, suona paradossale e grottesco perché ridicolizza fino all'assurdo il ruolo di questi parlamentari. Rappresentanti farlocchi di quei popoli europei costantemente calpestati da istituzioni plenipotenziarie non democratiche e non elette da nessuno. E chiamati a validare ex post (e a scatola chiusa) un processo decisionale delicatissimo come quello vaccinale di massa che interessa decine di migliaia di cittadini europei.

Eccola qua la vostra Europa. Un leviatano dispotico che sopravvive grazie alla propaganda mentre nasconde informazioni cruciali ai suoi sudditi. Impedendo ad essi persino di essere tutelati nei loro interessi fondamentali - come la salute - dai loro presunti rappresentanti i quali, nonostante formalmente godano delle più ampie libertà, non possono neanche divulgare all'esterno quanto appreso dalla lettura di documenti secretati benché così importanti per la vita delle persone. Se cercate i reali motivi alla base della sfiducia nei confronti della scienza e della politica ce li avete sotto il naso. Basta volerli vedere. Ma per farlo bisogna smettere di fiancheggiare questa associazione a delinquere chiamata Unione europea. Iniziando a combatterla senza sosta perché nemica dei diritti basilari delle persone.

E ora che succede con la seconda dose Pfizer? Francesco Santoianni 17/01/21 l'AntiDiplomatico
Pfizer: volano gli stracci (addirittura minacce di [azioni legali](#)) davanti alla improvvisa decisione della multinazionale di ridurre del 29% le forniture di vaccino all'Italia e ad altri paesi. Decisione che, ufficialmente,

sarebbe dettata dalla incomprensibile necessità della Pfizer di ristrutturare in questi giorni (ma non avrebbe potuto farlo mesi fa?) l'impianto di Puurs, in Belgio per potenziare la produzione. Decisione che, invece, secondo [Repubblica](#), potrebbe servire a dirottare verso paesi che li pagherebbero di più, dosi già ordinate da paesi come l'Italia. Una ipotesi davvero infamante, ma che sbiadisce di fronte a quella collegata all'[attacco informatico all'EMA](#) del 10 dicembre all'EMA da parte di hackers che minaccerebbero la divulgazione dei dati (oltre alla documentazione presentata dalla Pfizer per ottenere l'approvazione del vaccino, mail riservate di dirigenti dell'EMA e della multinazionale).

“[Dati manipolati](#)” assicurano i media, forse perché preoccupati che da quei dati potrebbero uscire fuori verità che ci farebbero rimpiangere il “[caso Poggiolini](#)” o il “[caso de Lorenzo](#)”. Potrebbe esserci, quindi, secondo accuse non documentate circolate sui social, dietro la decisione della Pfizer una qualche pressione sui governi europei per far mettere un coperchio su questo scandalo. Certo, tutto sarebbe più chiaro se la Pfizer, l'EMA e l'AIFA avessero resi pubblici i risultati della sperimentazione del vaccino e se l'Unione Europea avesse pubblicato il contratto per la fornitura.

Così non è stato e oggi i parlamentari dell'Unione Europea che voglio dare una occhiata ai contratti inerenti i vaccini devono sottoporsi alle umilianti procedure [descritte qui](#) mentre la documentazione sulla sperimentazione del vaccino Pfizer (che si si concluderà nel dicembre 2022) sarà nota soltanto nel dicembre 2024. “*Prima di vaccinarmi, voglio vedere i dati*”. dichiarava [Andrea Crisanti](#). Si è vaccinato qualche giorno fa.

P.S. Tra l'altro questa decisione della Pfizer impedisce di potere effettuare la seconda dose (di richiamo) del vaccino, soprattutto in aree come la Gran Bretagna dove ci si è affrettati a vaccinare più di un milione di persone e ora sono “[alla canna del gas](#)”. Il rimedio proposto? Effettuare la dose di richiamo del vaccino Pfizer utilizzando il vaccino Astrazeneca. Una [follia](#) a detta di non pochi medici.

California, sospeso un lotto vaccino Moderna dopo gravi reazioni allergiche sotto indagine

18 Gennaio 2021 l'AntiDiplomatico

Mentre il resto del mondo ha stipulato accordi tra stati (in particolare con Russia e Cina) per la regolazione e distribuzione del bene pubblico globale che è oggi il vaccino anti Covid, l'Europa, Italia in testa, ha scelto la strada dei profitti delle multinazionali Usa. E i risultati sono sotto gli occhi tutti. Con la Pfizer, ad esempio, che dopo le morti in Norvegia ha deciso di tagliare la distribuzione in Europa lasciando un paese come l'Italia nel caos di dover gestire la seconda dose dei primi vaccinati, come scriveva il Corriere della Sera ieri, addirittura con il vaccino di Moderna.

A proposito del vaccino di quest'ultima multinazionale Usa del farmaco, la giornalista della CBS47 (il referente della CBS per la California), Shawna Khalafi, annuncia su Twitter che il Dipartimento della sanità pubblica della California, ha interrotto la distribuzione delle dosi sospette di un lotto del vaccino Moderna, il Lot 041L20A, a causa di "numero di eventi avversi superiore al normale". Si tratta di almeno 10 casi reazioni allergiche gravi che sarebbero localizzate in un'unica cittadina anche se il lotto di 330.000 dosi è stato distribuito a 287 fornitori in tutto lo stato della California.

FOR IMMEDIATE RELEASE

January 17, 2021

PH21-021

CONTACT: CDPH: CDPHpress@cdph.ca.gov

California State Epidemiologist Statement Recommending Providers Pause Administration of Single Lot of Moderna COVID-19 Vaccine

SACRAMENTO – California State Epidemiologist Dr. Erica S. Pan issued the following statement today recommending providers pause the administration of lot 41L20A of the Moderna COVID-19 vaccine due to possible allergic reactions that are under investigation.

“Our goal is to provide the COVID vaccine safely, swiftly and equitably,” said Dr. Pan. “A higher-than-usual number of possible allergic reactions were reported with a specific lot of Moderna vaccine administered at one community vaccination clinic. Fewer than 10 individuals required medical attention over the span of 24 hours. Out of an extreme abundance of caution and also recognizing the extremely limited supply of vaccine, we are recommending that providers use other available vaccine inventory and pause the administration of vaccines from Moderna Lot 041L20A until the investigation by the CDC, FDA, Moderna and the state is complete. We will provide an update as we learn more.”

All appeared to be experiencing a possible severe allergic reaction during the standard observation period – a type of adverse event that the [CDC reports](#) some people have experienced when receiving a COVID-19 vaccine.

While no vaccine or medical procedure is without risk, the risk of a serious adverse reaction is very small. While less data exists on adverse reactions related to the Moderna vaccine, a similar vaccine shows that the expected rate of anaphylaxis is approximately 1 in 100,000.

More than 330,000 doses from this lot have been distributed to 287 providers across the state. The shipments arrived in California between Jan. 5 and 12. The state has not been notified of any other cluster or individual events related to this lot.

The manufacturer, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and U.S. Food and Drug Administration (FDA) are reviewing the lot and related medical information.

Il Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e la Food and Drug Administration (FDA), prosegue la giornalista della Cbs47, stanno attualmente riesaminando il lotto.

Studio della Stanford University sui lockdown Michael Haynes – LifeSiteNews – 14/01/21

Gen 18, 2021 comedonchisciotte.org

Uno studio della Stanford University: il lockdown non ha alcun effetto significativo nel ridurre il numero di infezioni del COVID-19 anzi, potrebbe aumentarle.

Non abbiamo riscontrato alcun ulteriore beneficio dall'obbligo di smartworking e dalla chiusura delle attività. Un nuovo studio condotto da alcuni esperti della Stanford University in California ha mostrato come le dure restrizioni relative al lockdown, come l'obbligo di rimanere a casa e la chiusura delle attività commerciali, non abbiano prodotto alcun chiaro beneficio nel prevenire la diffusione del Covid-19 e potrebbero, invece, aumentare il rischio di contagio. I lockdown nazionali o quelli dei singoli sono stati la tattica di approccio al problema adottata dai governi sin dall'inizio della pandemia; ora però nuove ricerche dimostrano che tali drastiche misure draconiane sono, in effetti, totalmente inefficaci. Il 5 gennaio di quest'anno il Dr. Eran Bendavid ed il professor John Ioannidis, in collaborazione con Christopher Oh e Jay Battacharya (uno dei tre autori della [Dichiarazione di Great Barrington](#)), [hanno pubblicato un documento](#) dal titolo “Valutazione degli effetti dell'obbligo di permanenza domiciliare e della chiusura delle attività a causa del COVID-19”. Tutti e quattro i professori insegnano in quattro diversi dipartimenti della Stanford University, tra cui il Dipartimento di Medicina, il Centro per la Salute Pubblica, il Centro per le Cure primarie e la Ricerca sui risultati e il Dipartimento di Epidemiologia e Salute pubblica. Gli autori dello studio hanno condotto ricerche sull'effetto degli “interventi non farmaceutici” (INF) distinguendoli in “molto restrittivi” (INFmr) e “poco restrittivi” (INFpr). Nel documento i lockdown, l'obbligo di rimanere in casa e la chiusura delle attività commerciali, nell'articolo, sono stati definiti come “alcuni degli obblighi più restrittivi”.

Nessuna prova dell'efficacia del lockdown “in nessun paese”.

Basandosi sui risultati ottenuti dai paesi in cui gli INFmr sono stati largamente utilizzati, confrontati con i risultati di paesi con, invece, INFpr, lo studio ha dimostrato “l’assenza di effettivi benefici ai fini del contenimento del contagio come risultato di regole eccessivamente restrittive”. Per quanto riguarda l’ipotetica diminuzione del tasso di contagio dovuta al lockdown, ovvero gli INFmr, della primavera del 2020, lo studio riporta che *“non vi è alcuna prova che gli INFmr abbiano contribuito in modo sostanziale alla diminuzione del contagio in Gran Bretagna, Francia, Germania, Italia, Iran, Olanda, Spagna o Stati Uniti all’inizio del 2020”*. Gli autori hanno ammesso che, mentre non si potevano escludere *“modeste diminuzioni della crescita giornaliera”* in pochi paesi, la possibilità di grandi diminuzioni dovute a INFmr è incompatibile con i dati accumulati. Gli otto paesi che hanno adottato misure drastiche per evitare la diffusione del virus (Stati Uniti, Gran Bretagna, Germania, Francia, Italia, Iran, Olanda e Spagna) sono stati messi a confronto con i paesi che hanno adottato regole meno restrittive, come la Svezia e la Corea del Sud e gli autori hanno notato che *“non esiste alcun dato che dimostri che in alcuno dei paesi con regole restrittive il contagio sia diminuito”*. Di fatto, in 12 confronti su 16 era vero il contrario cioè che *“la crescita giornaliera di casi era una conseguenza dei INFmr”*. Come affermato dagli autori *“È possibile che l’obbligo di rimanere a casa possa facilitare la trasmissione del virus nel caso in cui aumenti il contatto laddove la trasmissione è molto più facile come, ad esempio, nei luoghi chiusi”*. Le prove presentate dimostrano che gli INFmr come i lockdown non erano neppure necessari dato che *“la riduzione delle attività sociali che portava ad un rallentamento della crescita si stava verificando prima dell’attuazione del lockdown perché i popoli dei paesi colpiti stavano assorbendo l’impatto della pandemia in Cina, Italia e a New York e stavano osservando una serie crescente di raccomandazioni per ridurre i contatti sociali. Tutto questo è accaduto prima degli INFmr”*. Gli autori hanno esaminato attentamente le manchevolezze contenute in un noto studio, molto quotato, pubblicato nel giugno dello scorso anno, nel quale si affermava che gli INFmr, e particolarmente i lockdown, *“erano particolarmente efficaci nel limitare il contagio”*. Il professor Bendavid e il professor Ioannidis hanno osservato che, nello studio di giugno che utilizzava la modellazione della malattia, gli effetti del lockdown sulla trasmissione erano *“presunti piuttosto che valutati”*. Infatti, lo studio di giugno attribuiva falsamente *“quasi tutta la riduzione della trasmissione all’ultimo intervento, qualunque esso fosse”*.

Le conclusioni di Bendavid e Ioannidis sono stati confermate, quasi per certo involontariamente, dallo Scientific Advisory Group for Emergencies (SAGE) inglese. Nel settembre del 2020, [un documento del SAGE](#) che chiedeva un altro lockdown nazionale e la chiusura delle imprese, nel testo faceva un’affermazione rivelatrice affermando che *“l’efficacia e i danni di queste misure sono generalmente deboli”*.

Nonostante sia fortemente a favore del lockdown, il SAGE ha ammesso che le misure che aveva richiesto avrebbero avuto un effetto relativamente minore a livello di popolazione. Il gruppo ha aggiunto che *“potrebbero esserci effetti sinergici (o addirittura antagonisti) derivanti dall’adozione di più misure e che gli impatti benefici sulla salute sarebbero solo modesti”*.

Danni derivanti da regole di lockdown più restrittive

A parte la mancanza di benefici derivanti da INFmr, Bendavid e Ioannidis hanno messo in guardia contro i gravi danni che ne potrebbero derivare, diversi dall’aumento delle infezioni. Gli INF possono avere più danni che benefici e alcuni danni sono più evidenti con alcuni INF rispetto ad altri. L’articolo ha evidenziato l’effetto che la chiusura delle scuole avrebbe sui bambini statunitensi, stimando il danno a *“un equivalente di 5,5 milioni di anni di vita per i bambini negli Stati Uniti solo durante la chiusura delle scuole nella primavera del 2020”*. Tale cifra si aggiunge ad una stima di *“168.000 morti infantili in più”* che, secondo un altro studio, potrebbero verificarsi nei paesi più poveri entro il 2022. Bendavid e Ioannidis hanno menzionato una serie di altri effetti significativi e dannosi degli INFmr, tra cui fame, overdose di oppioidi, mancate vaccinazioni, aumento delle malattie non COVID dovute a servizi igienici non adeguati, abusi domestici, salute mentale e suicidio, oltre ad una serie di conseguenze economiche con implicazioni sanitarie. Un altro aspetto importante sono i dati che mostrano come i decessi nelle case di cura siano stati più numerosi nelle aree in cui ci sono state misure più restrittive rispetto alle aree in cui le misure sono state meno limitative. Tali cifre *“suggeriscono, inoltre, che le*

misure restrittive non arrivano a proteggere del tutto le categorie a rischio". In effetti, lo studio ha evidenziato una ulteriore prova per suggerire che durante gli INFmr, "le infezioni possono essere più frequenti in ambienti in cui risiedono persone a rischio rispetto ad ambienti frequentati da persone in salute".

I danni da lockdown potrebbero superare qualsiasi vantaggio

Le prove presentate in questo nuovo studio non mancano di precedenti, in quanto [anche il parere del 2019](#) dell'OMS era quello di non avvalersi di misure molto restrittive come la chiusura delle attività e delle frontiere. Per quanto riguarda la chiusura delle attività commerciali per prevenire la diffusione di virus simili a quelli dell'influenza, l'OMS scriveva: "vi è una qualità generale molto bassa delle prove che le misure e le chiusure sul posto di lavoro riducano la trasmissione del virus. Intanto, le chiusure delle frontiere, insieme alla tracciatura dei contatti e alla "quarantena dei soggetti a rischio" sono state tutte "non raccomandate in nessuna circostanza" in una pandemia. Le conclusioni finali presentate nello studio di Bendavid e Ioannidis valgono la pena di essere ripresentate qui sotto per intero:

- *In sintesi, non riusciamo a trovare prove consistenti a sostegno di misure più restrittive nel controllo del Coronavirus all'inizio del 2020. Non mettiamo in discussione il ruolo di tutti gli interventi atti a preservare la salute pubblica o di comunicazioni coordinate sull'epidemia, ma non riusciamo a trovare un ulteriore vantaggio degli ordini di rimanere in casa e delle chiusure delle attività.*
- *I dati non possono escludere completamente la possibilità di alcuni benefici. Tuttavia, anche se esistono, questi benefici potrebbero non compensare i molti danni dovuti a queste misure aggressive. Interventi di salute pubblica più mirati che riducano in modo più efficace il numero di contagi possono essere importanti per il futuro controllo di future epidemie, senza i danni di misure altamente restrittive.*

Link: https://www.lifesitenews.com/news/stanford-study-lockdowns-have-no-significant-effect-in-reducing-covid-19-may-even-spread-it-utm_source=LifeSiteNews.com&utm_campaign=8d390c8fdeFreedom_1_14_21&utm_medium=email&utm_term=0_12387f0e3e-8d390c8fde-407670138 Traduzione di Francesco Paparella per ComeDonChisciotte.

Il Movimento Ippocrate e il Gruppo Assistenza: medici volontari in soccorso di chi si ammala

Manuela Zafferani 18.01.2021 IppocrateOrg - Pressenza.com

Il gruppo Assistenza del Movimento IppocrateOrg è formato da un gruppo di persone fuori dal comune. Un po' eroi, un po' superman e superwoman, un po' solamente persone con un CUORE talmente grande che sentiamo il dovere di scriverlo in maiuscolo e in grassetto. Oltre a lavorare quotidianamente svolgendo le loro mansioni di medici, impiegati, professionisti di vario genere, trovano il tempo e si impegnano per qualcosa di veramente importante di questi tempi. Cosa fanno? Danno sostegno a tutti coloro che, ammalandosi di Covid e non trovando riscontro nei medici di base o nella USCA, si rivolgono al Movimento IppocrateOrg. Basta inviare un messaggio all'indirizzo mail info@ippocrateorg.org con scritto in chiaro "Assistenza 999" e subito una persona ne legge il contenuto, smistando ognuno dei messaggi nel modo più opportuno. Un fiume di mail arriva, ma subito il fiume viene incanalato in tre rami principali: "prevenzione", "assistenza 999" e "118". Ormai si supera il migliaio.

Nella parte centrale della gaussiana rientrano coloro che, ancora abbastanza all'inizio della malattia, possono essere curati con terapia domiciliare. Gli instancabili medici ippocratici leggono attentamente il contenuto della mail, chiamano il malato a casa, raccolgono tutte le informazioni necessarie sullo stato di salute, eventuali patologie pregresse, terapie in corso e, basandosi sui sintomi Covid-19 descritti assegnano una terapia a base di idrossiclorochina, azitromicina, cortisone ed eparina (se necessario) coadiuvata da vitamine e integratori opportuni (vitamina D, vitamina K2, vitamina C, etc..). Ma non è finita qui. I malati e i familiari dei malati sono normalmente molto preoccupati e spaventati; pertanto i medici di Ippocrate svolgono anche un'altra funzione importantissima: sono presenti durante tutta l'evoluzione della malattia. Dal momento in cui prescrivono le medicine, seguono telefonicamente il paziente e se sono nelle vicinanze del malato, si recano presso il domicilio. Confortano, supportano le persone anche da un punto di vista psicologico. Perché la paura e

l'abbandono nel quale si trovano i malati di Covid sono qualcosa che bisogna sperimentare in prima persona per comprendere.

Agli estremi della gaussiana rientrano invece, da una parte coloro che vogliono avere indicazioni sulla prevenzione al Covid (IppocrateOrg ha da poco attivato anche un centro "Prevenzione"), dall'altra quelle persone le cui condizioni richiedono una ospedalizzazione e alle quali viene consigliato di rivolgersi immediatamente al 118, in quanto una terapia domiciliare non sarebbe più sufficiente (livello di saturazione inferiore a 93). Quindi, in estrema sintesi, poiché il diritto alla salute e l'accesso alle cure per tutti hanno ispirato e animato fin dal primo momento ogni dibattito in seno al Movimento Ippocrate, visti i ritardi e le indicazioni di protocolli a dir poco lacunosi con cui il Governo attraverso il Ministero della Salute operava (e ancora opera) durante il periodo di Pandemia, il Movimento ha deciso di intervenire al fianco dei cittadini e di curare quante più persone possibile.

Questo avviene attraverso il Gruppo Assistenza che utilizza il prontuario di cura Covid-19 stilato dai medici parte del Movimento. I medici di IppocrateOrg stanno di fatto facendo quello che l'ISS insieme alla gran parte dei medici di medicina generale (MMG) e le USCA, non sono riusciti a fare. Bisogna ricordare che le USCA "Unità Speciali Continuità Assistenziale", erano state create appositamente dalle regioni in seguito al DDL 9 Marzo 2020 (legge numero 14/20) per l'assistenza e la sorveglianza sul territorio dei pazienti Covid-19. Le USCA avrebbero dovuto fornire assistenza tramite monitoraggio a distanza, visite domiciliari o in strutture territoriali a tutti i pazienti con infezione confermata o sospetta da Sars-Cov-2. Purtroppo hanno fallito e da 1200 unità che avrebbero dovuto esserci in tutta Italia, si è arrivati ad averne in totale 610, cancellandole in alcune regioni, con il risultato di avere in quelle stesse regioni una più alta ospedalizzazione. Questo dato è stato confermato da Antonio Magi, presidente dell'Ordine dei medici di Roma. Cosa è successo quindi? Per affrontare la seconda ondata del virus sarebbe stato fondamentale alleggerire il peso sulle strutture sanitarie e favorire le cure domiciliari.

Questo si sapeva da mesi. I medici di base erano insufficienti, le USCA non organizzate e inferiori al numero minimo necessario, e mentre da una parte alcuni medici si sono immolati al servizio del cittadino e si sono offerti volontari, altri non solo non sono andati a visitare i loro pazienti, ma non hanno nemmeno provato a curarli a distanza. E' mancato tutto: organizzazione, personale specializzato, un protocollo di cura da distribuire a tutti i medici, sono mancate le protezioni e gli ambulatori presso i quali fare i tamponi velocemente (code di ore in auto per fare un tampone si sono verificate in più regioni).

Durante il lavoro di assistenza, il Movimento Ippocrate ha raccolto molte testimonianze non solo di persone che chiedevano aiuto, ma anche di persone che raccontavano le traversie e le tragedie da loro vissute dai primi mesi del 2020 fino a dicembre. A leggere queste testimonianze c'è da rabbrivire. Storie di persone che cercando aiuto presso i medici di base non lo trovano, persone che vengono rimbalzate tra MMG e USCA, per fare un tampone e riceverne il risultato a distanza di settimane, mentre i giorni passano e le condizioni peggiorano. Storie di persone che chiamano ripetutamente anche la guardia medica e che non ricevono nemmeno risposte telefoniche. Nessun aiuto medico, nessun aiuto psicologico. Persone che di conseguenza dopo giorni di attesa si rivolgono direttamente al pronto soccorso o chiamano il 118. Ci sono persone che hanno dovuto insistere anche con il 118 per far trasportare il loro congiunto in ospedale. Persone che il congiunto non lo hanno più potuto abbracciare.

Negli ospedali poi è mancata anche l'umanità, non del personale sanitario, ma perché i malati, completamente isolati dal mondo esterno, hanno trascorso tutto il periodo di degenza senza incontrare i parenti. Quelli che non ce l'hanno fatta, se ne sono andati da soli. Senza un abbraccio, senza un conforto. Tutti i racconti mettono in luce una verità disarmante: a Marzo ed Aprile non eravamo né pronti, né attrezzati, né psicologicamente preparati ad affrontare un simile tsunami. E questo era ed è comprensibile. Ma a distanza di dieci mesi non è cambiato nulla, se non il fatto che sorgono strutture private di volontari che cercano di sostituirsi all'assenza dello stato, aiutando i cittadini. Tra queste, il Movimento Ippocrate con la sua Assistenza sta cercando di portare un po' di luce e conforto a chi ancora è in balia delle onde del Covid.

“Obiezioni importanti” al Pfizer. Le Monde pubblica e-mail hackerate all'EMA

19 Gennaio 2021 l'AntiDiplomatico

La guerra dei vaccini si fa aperta. Il quotidiano [Le Monde](#) ha pubblicato delle e-mail rubate da qualche ignoto hacker all'Agenzia europea del farmaco (Ema), circolanti nel dark web e di grande interesse. L'autorevole quotidiano transalpino spiega che alcune di queste e-mail appaiono manipolate, ma altre no, com'è evidente, altrimenti non ne avrebbero rivelato il contenuto. In tali missive affiorano pressioni per far approvare in via forzosa il vaccino tedesco-americano Pfizer-BionTech e quello Moderna, tutto americano, anche ad opera del Commissario europeo, la tedesca Ursula von der Leyen, il cui annuncio pubblico dell'approvazione del vaccino, a stare alle e-mail, ha destato sorpresa in seno all'Ema. In particolare, le e-mail interne dell'Ema riferiscono di “obiezioni importanti” fatte al vaccino Pfizer, e si rileva come siano state riscontrate differenze tra quello annunciato e documentato negli studi e quello effettivamente commercializzato, almeno per alcuni lotti, col risultato che esso potrebbe avere un'efficacia ridotta (o nulla? L'interrogativo è d'obbligo, data l'assenza di informazioni in merito). Per i particolari rimandiamo all'articolo del giornale parigino.

In questa nota ci limitiamo a reiterare le domande poste nella nota pregressa, In questo tempo di pandemia gli interessi economici delle Case farmaceutiche hanno avuto un peso maggiore della salute dei cittadini? E ancora, all'emergenza reale si stanno dando risposte reali o, per urgenza o altro, tale risposta viene depotenziata?

Ci sembra interessante che tali e-mail siano trapelate, sia che davvero si tratti di hacker, sia che si tratti di una qualche talpa nell'Ema (o di un combinato disposto), qualcuno evidentemente è imbarazzato per quanto sta avvenendo e ha scopercchiato il vaso di Pandora, usando dell'anonimato del dark web, dato che gli interessi in gioco sono talmente alti che si rischia di rimanere fulminati. Ma che la corsa ai vaccini avrebbe provocato una vera e propria guerra era chiaro fin dall'inizio.

A parte indizi e sentori, ci aveva colpito molto l'attacco subito il 1 aprile dallo Spallanzani e dal San Camillo, Istituti che avevano iniziato a lavorare allo sviluppo dei vaccini.

Un attacco hacker al primo istituto, un vero e proprio attacco vandalico, con relativa distruzione del laboratorio, al secondo, riferiti dalla [cronaca locale](#). Tutta la corsa ai vaccini è stata scandita da attacchi hacker. Sono stati accusati i russi, come d'uso ormai da tempo, ma anche altri. Di certo tale corsa ha visto vincenti e perdenti.

A oggi i perdenti sono Oxford e Mosca, che hanno sviluppato vaccini analoghi, ambedue marginalizzati. Forse anche per questo hanno stretto una [partnership](#), nella speranza, chissà, che l'unione gli dia la forza necessaria a navigare in acque meno tempestose.

Va infine notato che, nonostante siamo costantemente bombardati da notizie sul coronavirus, la guerra dei vaccini, pure importante per l'esito che ha e avrà sulla salute globale, passa sottotraccia. Pochi hanno interesse, o la forza, di denunciare quanto si sta consumando sulla pelle dei cittadini. Tale la potenza dei gestori della pandemia, che anzitutto è gestione delle relative informazioni.

il caos informativo è solo apparente, come dimostra lo studio della [Carnegie Mellon University](#), che nell'estate dello scorso anno scoprì che la maggior parte delle informazioni globali via twitter, cioè tweet e re-tweet, era gestito da bot. Uno studio che, data la sensibilità del tema, avrebbe dovuto suscitare scalpore e avviare inchieste giudiziarie, ma che passò del tutto inosservato. Né si ha notizia di studi analoghi successivi, almeno di rilievo. E non crediamo che i bot al lavoro, e i loro gestori, si siano successivamente acquietati. Tale il tempo di pandemia, cui ben si attaglia il pandemonio.

Note urgenti contro la campagna militar-vaccinale di Il Rovescio

Published: 18 January 2021 Created: 12 January 2021 (sinistrainrete.info - ilrovescio)

L'attuale campagna “militar-vaccinale”, pur non arrivando come un fulmine a ciel sereno, è un evento senza precedenti. Il silenzio al riguardo di parte “antagonista” (e anche, con rare eccezioni, anarchica) ci sembra un inquietante segno dei tempi. Di sicuro stiamo pagando la scarsa attenzione – quando non addirittura l'appoggio

– con cui in ambiti “di movimento” era stata affrontata l’introduzione delle vaccinazioni obbligatorie da parte del governo italiano per conto della Glaxo. Non solo rispetto alla medicalizzazione forzata che ha fatto all’epoca un importante balzo in avanti (e che ha preparato il contesto per l’attuale crociata medico-politico-mediatica contro chiunque esprima un parere anche solo blandamente dubbioso sui vaccini anti-Covid); ma proprio per l’accettazione del discorso dominante sul rapporto tra corpo, difese immunitarie e virus, che ha favorito le metafore apertamente belliche alla base dell’attuale gestione politico-sanitaria. Queste assenze e queste debolezze hanno contribuito a lasciar spazio alle più svariate tesi cospirazioniste su cui prolifera l’estrema destra.

Ma l’attuale campagna di vaccinazioni non andrebbe contrastata solo per non lasciar spazio a (per mera reazione non si va mai lontano), bensì per la gravità delle sue conseguenze, dalle quale sarà molto difficile tornare indietro. In questa campagna convergono gli enormi interessi dell’industria farmaceutica (pezzo importante della speculazione finanziaria e di tutto il “sistema del debito”, quindi dell’attacco alle condizioni di vita e di lavoro di miliardi di sfruttati) e la potenza propagandistica degli Stati.

Assieme al vaccino si stanno inoculando dosi da cavallo di retorica nazionalista (“siamo il primo Paese in Europa per vaccinazioni eseguite”... un “primato” che vorrebbe cancellarne un altro, decisamente meno entusiasmante: “siamo il Paese con il maggior numero di morti per Covid”) e patriottica (“i sacrifici di tutta la comunità non possono essere vanificati dagli egoisti, dagli irresponsabili”, dai... disertori nell’ora del pericolo). La sostituzione del personale sanitario da parte dei militari per eseguire i tamponi – decisa, non a caso, in ambito NATO (1) – è diventata ora monopolio del Ministero della Difesa nella gestione della logistica per le vaccinazioni. Senza contare che il vaccino anti-Covid prodotto in Israele è stato realizzato nello stesso istituto dove si ricercano e sperimentano armi chimico-biologiche (2). Sotto l’impero della paura, passa qualsiasi cosa: chiusura di siti contrari ai vaccini, radiazione dei medici dissidenti, silenzio imposto ai dubbiosi (non solo minacciando una dolorosa “solitudine morale”, ma potendo licenziare grazie alle clausole inserite da tempo nei contratti di lavoro di una Sanità aziendalizzata).

Il messaggio è chiaro: se non lo accettate di buon grado per “spirito di responsabilità”, ve lo faremo accettare per forza. Magari non con un obbligo diretto, ma con la coercizione indiretta: il governatore della Campania ha già predisposto un nuovo tesserino sanitario che permetterà ai soli vaccinati di avere accesso a certi luoghi o servizi. Insomma, il sistema cinese del “credito sociale” si avvicina. Benché siano, tutte queste, conseguenze materiali nient’affatto trascurabili, l’aspetto decisivo è un altro. Per capirlo bisogna partire da un dato che, nelle quotidiane cronache della paura e della speranza, non viene neanche minimamente accennato. Sia il vaccino Pfizer-BioNTech sia quello Moderna sono stati sviluppati grazie alla tecnica mRNA. Sono, cioè, vaccini basati sul cosiddetto editing genetico. Poche parole per spiegarlo (e invitiamo quei compagni da anni impegnati nella critica alle varie forme dell’ingegneria genetica ad approfondire meglio di quanto siamo in grado di fare noi con queste prime note). L’editing genetico – già il termine indica quanto tecnologie digitali e ingegneria genetica siano sempre più intrecciate – è quella tecnica che permette sia di riscrivere dal nulla il genoma di un organismo (grazie alla biologia sintetica) sia di “correggere” e modificare un genoma già esistente (l’editing in senso più stretto è proprio la riscrittura di un genoma).

La tecnica più in voga è chiamata Crispr Cas/9, perché generalmente utilizza la proteina Cas9, ma per brevità viene indicata con la sigla CRISPR. Si tratta di minuscole “forbici” che possono tagliare e ricombinare le sequenze di DNA. Da anni questo tipo di ricerche – che in Cina sono già state condotte anche su embrioni umani impiantabili, aprendo scenari esplicitamente eugenetici – cercano di aggirare le sempre più rare contestazioni con l’argomento che, a differenza dei “vecchi” OGM, non si inserisce DNA esterno negli organismi, ma si riscrive quello esistente. I vaccini normali contengono virus indeboliti o proteine distintive del virus che vengono purificate. Un vaccino mRNA (o RNA messaggero), invece, non inietta direttamente proteina virale, ma introduce materiale genetico sintetico che è in grado di codificare da solo la proteina virale, “traducendo” le “informazioni genetiche” nelle cellule dell’organismo. Come diversi immunologi e virologi non completamente allineati stanno dicendo, le reazioni del nostro sistema immunitario sono del tutto

sconosciute, al punto che definiscono quelli di cui è partita la somministrazione in questi giorni “vaccini-chimere”. Per dirne una, i vaccini basati su vettori virali possono ricombinarsi con virus presenti in natura e produrre degli ibridi con trasmissibilità e virulenza indesiderate, provocando mutazioni di virus e aumentando la loro patogenicità. Per dirne un'altra, possono provocare malattie autoimmuni. Solo in un mondo digitale in cui tutto è Informazione si può pensare che riscrivendo un pezzo di DNA non se ne possa modificare il “discorso” complessivo (cioè il suo delicato equilibrio). D'altronde, quando il sistema immunitario viene paragonato a un corpo di polizia da compattare di fronte al Nemico, si capisce bene a cosa si stia riducendo la visione del soggetto vivente. Se teniamo presente che finora nessun farmaco basato sulla tecnologia mRNA è mai stato approvato, anche dopo anni di sperimentazioni cliniche, dai cosiddetti organi di controllo; che gli attuali vaccini mRNA sono stati autorizzati pur avendo alle spalle solo tre mesi di sperimentazione (cosa mai successa nella storia, certo abbondante di aberrazioni, dell'industria farmaceutica); che tre dei 15 soggetti umani sottoposti alla sperimentazione ad alte dosi del vaccino Moderna hanno avuto sintomi gravi e significativi dal punto di vista medico (3) (attenzione quando in televisione annunciano che il vaccino è sicuro al 90 per cento).

Che significa? Che ha una copertura del 90 per cento? oppure che i suoi effetti sono noti al 90 per cento? Nel secondo caso, teniamo presente l'ordine di grandezza: il 10 per cento di 3 o 4 miliardi di vaccinati sono trecento o quattrocento milioni di persone); che gli effetti di un test spesso si vedono a distanza di molti mesi; che Pfizer-BioNTech, e Moderna, e gli altri che si aggiungeranno al colossale banchetto godono dell'immunità legale e quindi non possono essere citati in giudizio nel caso in cui il nuovo vaccino abbia effetti collaterali dannosi o provochi addirittura la morte; ebbene possiamo concludere, senza tema di passare per “complotto”, che questa è la più vasta sperimentazione medica di massa della storia. Nonché un formidabile cavallo di Troia per l'ingegneria genetica, la cui applicazione non conosce ostacoli (se non quelli, esterni ad essa, della contestazione attiva).

Dopo che ci ha “salvato la vita” di fronte al Covid, come rifiutare l'editing genetico, ad esempio, nella procreazione? Come è stato ben riassunto: «Non esistono limiti per coloro che non hanno principi». Si potrebbe anche aggiungere qualcosa sulla tedesca BioNTech (il nome stesso non suggerisce niente?), a cui si deve la creazione del vaccino mRNA contro il Coronavirus. Nata nel 2008, l'azienda è stata quotata in borsa nel settembre 2019, poco dopo aver stretto un accordo di collaborazione sull'editing genetico in campo farmaceutico con la Fondazione Melinda e Bill Gates. Il gigante Pfizer – come ormai avviene di norma con i cosiddetti Big Pharma – ha comprato e fatto fruttare il lavoro svolto da altri. Si tratta di un'informazione utile se non viene isolata dal contesto. La maggiore attività di ricerca in ambito farmaceutico viene svolta da istituzioni pubbliche. Quando le ricerche – il cui indirizzo è esso stesso condizionato dai finanziamenti – danno risultati promettenti, le multinazionali, forti della loro potenza finanziaria, brevettano e quotano in borsa i farmaci del futuro prima ancora che questi vengano sperimentati.

I vaccini mRNA anti-Covid, verso i quali l'attesa creata nelle popolazioni era inferiore solo all'ingordigia finanziaria di accaparrarsene i brevetti, hanno accelerato in maniera impressionante questo processo biomedico e speculativo già in atto da tempo. Sono oggi un'arma formidabile nelle mani degli Stati per non modificare in nulla un sistema sanitario pubblico al collasso (dei 196 miliardi previsti del Recovery plan, ad esempio, alla Sanità ne andranno circa 10, cioè meno di un terzo dei fondi tagliati negli ultimi dieci anni). Per liquidare ogni discussione sulle cause strutturali di questa epidemia (e delle altre che seguiranno). Per nascondere, dietro il trionfalismo del Rimedio, le responsabilità economiche, politiche e sociali. E per ritardare il più possibile il rischio di pagare il conto per le conseguenze che la gestione dell'epidemia ha avuto e avrà sulla vita di miliardi di persone. Quello della mera efficacia è un criterio del tutto fuorviante per valutare uno strumento, una soluzione, una tecnica. Per poter stabilire se qualcosa è “efficace”, questo qualcosa si deve già essere realizzato. La teoria, gli ideali, i principi orientativi, l'etica, la capacità immaginativa – vale a dire proprio le facoltà umane che lo sviluppo tecnologico cerca con ogni mezzo di soppiantare – servono per chiedersi se certe azioni siano giuste, utili, desiderabili ecc. prima che esse vengano compiute. Se la vaccinazione di massa anti-Covid

producesse conseguenze sanitarie disastrose, accertarlo dopo sarebbe troppo tardi. Lo stesso per la creazione di virus ancora più pericolosi e letali. Se invece fosse un “successo”, essa ci farebbe sprofondare ancora di più nell’ingegneria genetica, cioè nel mondo degli uomini-macchina e della Natura-Lego. Siamo arrivati ad un punto in cui ciò che a noi sembra da irresponsabili è proprio accettare speranzosi oppure seguire la logica “lasciamo passar la notte” e poi riprendiamo il conflitto. Questa notte non passa da sola. La pace sociale è ogni giorno di più uno scrigno di sciagure.

Tre postille

Nel coro di promozione della campagna militar-vaccinale non poteva mancare il Papa. Rifiutare di vaccinarsi sarebbe, per il Pontefice, una forma di “negazionismo suicida”. “Negazionismo” – questo ignobile accostamento alla negazione dello sterminio degli ebrei e dell’esistenza storica delle camere a gas – non vale più solo per l’epidemia da Covid, ma anche per le “soluzioni” statal-capitalistiche adottate. Per non essere “negazionisti”, insomma, bisogna accettare il pacchetto completo delle verità rivelate dall’alto. Che in questo caso confinano – è proprio il caso di dirlo – con i miracoli. Essi sono almeno di tre tipi.

1) Per la prima volta nella loro storia congiunta, i profitti del grande capitale e la potenza degli Stati sarebbero volontariamente al servizio dell’umanità. Quelle stesse multinazionali farmaceutiche al centro fino all’altro giorno di scandali più o meno duraturi per aver aumentato di duemila volte il prezzo di mercato di alcuni “farmaci salva-vita”, o per aver nascosto per quindici anni che l’assunzione di un anti-epilettico provocava gravi malformazioni nei feti, improvvisamente diventano insospettabili benefattrici. Che poi le verità trasmesse a reti unificate corrispondano in tutto e per tutto a quello che è forse il più grande business della storia, è solo una pura coincidenza. Un miracolo, non c’è che dire.

2) Stati e capitalisti rimangono quelli di sempre. Ma in questo caso, la congiuntura storica creata dall’epidemia da Covid-19, ha fatto coincidere potenza e profitti stratosferici, da un lato, e la volontà di sopravvivere al virus da parte di miliardi di esseri umani schiacciati o lasciati da parte fino a ieri, dall’altro. Sono l’Umanità, la Responsabilità, la Solidarietà che hanno piegato quei profitti e quella potenza ai propri fini. E anche questo, si converrà, è un miracolo.

3) Non bisogna vaccinarsi per proteggere se stessi – ripetono politici, scienziati e il portavoce di Dio sulla Terra. Questo sarebbe banale “egoismo”. No, bisogna farlo per gli altri, per senso etico, per responsabilità, per spirito comunitario. Così, centinaia di migliaia di persone che non hanno mai mosso un dito per il prossimo – morisse pure di fame, annegato nel Mediterraneo o sotto le bombe occidentali – improvvisamente sono disposte a fare qualcosa per gli Altri, anche assumendosi consapevolmente la propria dose di rischio. Se non è un miracolo, certo è una conversione che gli assomiglia.

Note

1) <https://antoniomazzeoblog.blogspot.com/2020/10/assumere-piu-personale-sanitario-no.html>

2) <https://antoniomazzeoblog.blogspot.com/2020/11/arriva-il-vaccino-anti-covid-lo-produce.html>

3) <https://www.globalresearch.ca/moderna-covid-vaccine-trials/5713705>.

«Medici di base impotenti. Ma ho continuato a curare»

Luisella Scrosati intervista la dottoressa Maria Grazia Dondini

Published: 19 January 2021 Created: 05 November 2020 (sinistrainrete.info – lanuovabq.it)

«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». La testimonianza di un medico di base di Bologna che rivela come il ministero «abbia disincentivato i pazienti dal ricorrere a noi medici di famiglia». Il mistero delle sovradiagnosi da Covid e dell’attendibilità dei tamponi.

E’ sempre più chiaro che uno dei problemi maggiori nella gestione di questa emergenza sanitaria, riguarda la “messa in quarantena” dei medici di base. Viene loro chiesto di fare tamponi, ma vengono ostacolati nel fare il lavoro proprio di identificazione di una malattia in base alla sintomatologia dei pazienti, con conseguente cura. Di un malato, importa solo sapere se sia positivo e negativo al tampone; e nel caso di positività, si mette in atto tutto il

carrozzone di identificazione dei contatti, isolamenti, etc. «La medicina territoriale è stata esclusa dai giochi e si è voluto creare una distanza tra noi e i pazienti», dice alla *Bussola* la dottoressa Maria Grazia Dondini, medico di Medicina generale di Monterezeno, in provincia di Bologna.

* * * *

Dottoressa, che cos'è successo verso la fine dell'inverno di quest'anno?

Noi medici di medicina generale, tutti gli anni, 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.

Quest'anno non è andata così...

Il 22 febbraio di quest'anno è stata comunicata la circolazione di un nuovo coronavirus. 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.

Quale?

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?

Un disastro.

In sintesi: le polmoniti atipiche non sono state più trattate con antibiotico, i pazienti lasciati soli, abbandonati a se stessi a domicilio. 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 lei, come si è comportata?

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'OMS 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.

Con questo approccio però, una persona non muore solo di covid. Se si lascia in casa un malato senza cure...

Assolutamente sì. Poi 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.

Lei 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 100% 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 Dott. Mullis, ha sempre sostenuto che non dovesse essere utilizzato a fini diagnostici!

L'OMS mette a disposizione la possibilità di consultare i [dati relativi all'influenza](#). Dall'aprile di quest'anno, praticamente pare non esista più l'influenza.

Certo. Ma non solo. 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.

Una parola sull'affollamento degli ospedali.

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. E' evidente che si voglia ricercare solo quello.

Filantrocapialismo, Covid-19 e salute globale. Ne parliamo con Nicoletta Dentico

Lorenzo Poli 19.01.2021 – Pressenza.com

Il filantrocapialismo è un tema poco conosciuto e molto importante su cui dibattere. Tutto nasce quando nel 1997 Ted Turner, il fondatore della Cnn, erogò la maggior donazione di sempre all'Onu. Bisognerà aspettare il 2001 per la creazione del "Fondo Globale per la lotta all'Aids, alla tubercolosi e alla malaria" voluto e finanziato da Bill Gates. Furono i primi "atti filantropici" che non lasciarono via d'uscita alle agenzie Onu per la salute: l'Oms e Unaid. Non è un caso che dall'anno scorso, la Bill & Melinda Gates Foundation, si sia adoperata nella corsa al vaccino anti-Covid. Si tratta di uno dei massimi esempi di privatizzazione delle più alte istanze internazionali in ambito pubblico. Il libro "Ricchi e buoni? Le trame oscure del filantrocapialismo" mostra come le visioni "umanitarie" delle fondazioni dei ricchissimi e "generosissimi", da John Rockefeller a Bill Clinton e Mark Zuckerberg, siano potenti strumenti di controllo planetario a colpi di donazioni con i quali i filantrocapialisti si assicurano che la struttura stessa del capitalismo non venga messo in discussione. Di questo ne parliamo con l'autrice Nicoletta Dentico, giornalista, esperta di salute globale, di cooperazione internazionale e diritti umani. È stata coordinatrice della *Campagna per la messa al bando delle mine*, direttrice generale di Medici Senza Frontiere Italia Onlus e cofondatrice dell'Oisg (Osservatorio Italiano sulla Salute Globale). È stata membro del CDA di Banca Etica, ha lavorato per la *Drugs for Neglected Diseases Initiative* ed

è stata consulente per l'Oms. Oggi dirige il programma di salute globale Society for International Development (Sid).

Da dove nasce l'esigenza di scrivere l'ultimo tuo libro-inchiesta sul filantropocapitalismo?

Caro Lorenzo, la risposta a questa domanda la trovi nelle prime righe del mio prologo emotivo, che intendevano appunto spiegare l'origine e il senso di questo lavoro. Cito la rabbia e il dolore come stimolo primigenio. Poi il desiderio di condividere le derive geopolitiche cui assisto da anni per motivi professionali. E in ultima analisi la necessità di portare anche nel mio paese un dibattito su questo tema sconosciuto e poco battuto, il ruolo egemonico dei grandi filantropi, che fa a cazzotti con i principi di democrazia e uguaglianza. Nel mondo anglosassone se ne parla, in Italia ai filantropi si aprono incondizionatamente le braccia

Da quanto tempo Bill Gates si sta "comprando" la sanità globale?

Bill Gates ha cominciato ad essere attivo nel campo sanitario a partire dai primi anni 2000, e nel giro di pochi anni è riuscito a scalare ai vertici della comunità globale di salute pubblica puntando alle singole malattie – malaria, polio – e alla strategia dei vaccini come soluzione principale per risolvere le sfide sanitarie del pianeta. Gates è convinto che i vaccini siano lo strumento che garantisce il maggior ritorno sull'investimento. Inoltre i vaccini rispondono alla filosofia delle soluzioni tecniche, che eludono apparentemente ogni necessità di ragionare dei determinanti sociali, commerciali, o ambientali della salute. Sia chiaro, i vaccini sono uno straordinario strumento di salute pubblica, ma da soli non possono rispondere a tutti i problemi. Bene, questa invece è la cultura sanitaria delle "soluzioni farmaceutiche" su cui Bill Gates ha investito molto denaro, ha mobilitato la sua fondazione, ha costruito alleanze con l'industria del farmaco, ha creato nuove iniziative pubblico-private dedicate a singole malattie o interventi, e così facendo è diventato in meno di dieci anni il primo finanziatore della salute internazionale. Il capitolo che ho dedicato a lui nel mio libro racconta i passaggi di questa scalata. L'Oms, smagrita dal poco sostegno finanziario dei governi, ha dovuto adeguarsi per forza anche perché Gates ha cominciato a finanziarla, diventando nel 2013 il primo finanziatore in assoluto della agenzia – cosa che è avvenuta di nuovo nel 2015.

Si è parlato tanto di visione "umanitaria" di Bill Gates, ma sappiamo che le correnti filantropiche del capitalismo hanno la funzione di aprire nuovi mercati. Ci puoi spiegare come sia una forma di esproprio e di controllo planetario?

Io non escludo che Gates abbia un personale interesse umanitario, a modo suo, che voglia adoperarsi per il mondo. Ma so per certo che porta avanti questo interesse con la stessa identica logica monopolista che tutto il mondo ha conosciuto quando Bill era il capo assoluto di Microsoft. E la evoluzione delle attività della Fondazione Gates mostra che, passo dopo passo, il suo obiettivo non è solo conquistare la scena nel campo della salute, ma occuparla completamente. I governi glielo permettono, sia chiaro, emotivamente assoggettati al potere dei suoi soldi, che ormai è potere geopolitico tout court. Se vogliamo parlare di esproprio, visto che usa questa parola, direi che si tratta di un esproprio di risorse alla fiscalità generale degli Stati Uniti – perché comunque la Fondazione Bill & Melinda Gates ha enormi agevolazioni fiscali in America – e poi di esproprio di una cultura democratica che finisce per non aver più diritto di parola. Sia nel campo scientifico che in quello politico. Chi si oppone a Bill Gates, con l'aria che tira, non ha molte possibilità di andare lontano, se si occupa di salute pubblica. Ormai si è creato una sorta di "cartello Gates" difficile da espugnare, almeno nel breve periodo.

In questi mesi Gates si è impegnato nella "lotta anti-Covid-19" con tanto di "profezie" e asservimento di moltissimi governi. Perché Bill Gates si sta interessando al tema delle pandemie? Cosa fu l'Event 201?

La profezia di Gates non è sua capacità vaticinatoria, ma capacità di convocare a Seattle nel 2015 il gotha della comunità scientifica per una riunione di scenari. In quella occasione gli esperti confermarono quello che David Quammen aveva già pubblicato con *Spillover*. Quindi c'è poco da fare i complottisti con questa storia di Gates che profetizza il virus. Gli riconosco, anzi, che dal 2015 in poi il filantropo Gates ha fatto di tutto per allertare il mondo; il mondo ha bellamente trascurato i suoi avvertimenti, come ha ignorato del resto i segnali di allarme che son venuti di nuovo dalla comunità scientifica, dalla Banca mondiale, dal dipartimento di stato americano.

Per quanto riguarda l'Event 201, altro non è se non una nuova proiezione pandemica che ha coinvolto il World Economic Forum di Davos.

La Bill&Melinda Gates Foundation ha tessuto una rete di finanziamenti in grado di distorcere i dati sulla salute pubblica globale?

Più che altro credo si possa dire che ha orientato e orienta ancora in maniera determinante le scelte in salute globale. La gran parte dei dati vengono da realtà che Gates finanzia, e questo rappresenta un punto di criticità.

La corsa al vaccino è una fitta rete che coinvolge governi, case farmaceutiche, interessi economici e geopolitica. Il ruolo di Covax è veramente salvifico per il "Terzo Mondo"?

Covax è la prima iniziativa di solidarietà multilaterale che la comunità internazionale è riuscita a mettere in campo cinque mesi dopo l'inizio del contagio, e in piena pandemia. Non è perfetta ma, dopo mesi di sovranismo sanitario nella gestione nazionale di Covid19, ritengo che sia un importante risultato e occorre lavorare perché ottemperi agli impegni presi, e lo faccia nel modo migliore possibile. Non so se il ruolo di COVAX possa essere salvifico, quello che so è che si tratta del solo canale esistente oggi per far arrivare vaccini, diagnostici e medicinali contro Covid ai paesi del sud del mondo secondo principi di equità e non di libero mercato. Non sarà uno scherzo, uno sforzo di questa dimensione non ha precedenti, e non mancano le criticità. Ad esempio il fatto che i partenariati pubblico privati sono al cuore di questa iniziativa e io non amo particolarmente queste realtà nate negli ultimi 20 anni. Tuttavia non possiamo permetterci di non sostenere queste iniziative, salvo monitorarle con estrema attenzione e indipendenza. Se buttiamo fango su COVAX, non ci resta nient'altro.

Che ne pensi del vaccino Soberana che si sta sviluppando a Cuba? Potrebbe essere la soluzione etica e gratuita per i Paesi poveri?

Guardo con molta attenzione ai vaccini prodotti da Cuba, e credo che avranno un ruolo importante nei programmi di immunizzazione del sud del mondo. Fa bene Cuba ad affermarsi come protagonista nella produzione dei vaccini per combattere Covid, è dimostrato ampiamente che gli scienziati cubani sanno fare bene questo lavoro di ricerca, e giocheranno un ruolo importante, una volta che i vaccini avranno le approvazioni dalle autorità regolatorie e dall'OMS. Ma penso comunque che, data la situazione pandemica, nessun vaccino da solo può essere *la soluzione*. I vaccini cubani sono pubblici, ma anche quelli cinesi lo sono. Al netto delle proporzioni, avranno un ruolo significativo entrambi.

Sei stata tra le autrici del rapporto di 206 pagine pubblicato da Navdanya International sull'impatto ambientale, sull'esproprio dei sistemi sanitari e sull'ingerenza del filantropocapitalismo di Bill Gates nel "Terzo Mondo", chiamandolo il "nuovo imperialismo". Ci potresti raccontare qualche esempio di questi crimini da volto filantropico?

La situazione in ambito sanitario è piuttosto seria, ma lo scenario nel settore agricolo, con la rivoluzione verde imposta ai paesi africani da parte della Fondazione Gates e Rockefeller – un modello di agricoltura industriale che rivela il suo fallimento anche nel nord del mondo – credo che sia una versione moderna di una cultura e di un modo di operare veramente colonialista basato sul potere dei soldi.

Esplodono i casi Covid in Israele. Haaretz: "Al momento non è possibile trarre conclusioni sull'efficacia del vaccino" 19 Gennaio 2021 21:00 l'AntiDiplomatico

Tutti ad applaudire Israele che, il 19 dicembre, ha cominciato la campagna vaccinale risultando oggi il primo paese per percentuale di vaccinati. Eppure, oggi, il numero giornaliero di positivi al virus Sars-CoV-2 è il più alto dall'inizio della pandemia: oltre 10.000 nuovi casi nelle ultime 24 ore a fronte di 100.000 tamponi esaminati. In aumento anche i casi gravi, che ora sono 1.114, mentre i "decessi per Covid" sono arrivati a 4.049 (su una popolazione di 8,8 milioni). Ancora peggio tra i vaccinati (2,2 milioni di persone): ben 12.400 tra questi sono risultati positivi al coronavirus nel giro di due settimane dalla somministrazione della prima dose; 69 di

loro avevano già ricevuto una seconda dose. Si tratta del 6,6% dei 189.000 vaccinati che hanno ricevuto il test dopo la somministrazione. La presenza del virus è stata rilevata anche a due settimane di distanza dalla prima dose: un periodo durante il quale, fa rilevare [Haaretz](#), avrebbe già dovuto esistere un'immunità parziale. Dei 20.000 testati nella terza settimana, si son rivelati positivi 1.410 ovvero il 7,2%; di quelli testati a nella quarta settimana, i positivi sono stati il 2,6%. “A questo stadio - conclude Haaretz - è ancora difficile trarre conclusioni sull'efficacia del vaccino. In alcuni gruppi di persone vaccinate, durante i diversi periodi post-vaccino, la percentuale di test risultati positivi corrisponde a quella della popolazione generale, in maggioranza non ancora vaccinata”. Naturalmente, altri media si affrettano a precisare che per l'immunità occorre una seconda dose o anche qualcos'altro (se, ad esempio, arriva una qualche “variante del virus”). E tutto questo mentre non si sa se il vaccino eviti la contagiosità del vaccinato (la cosiddetta “immunità sterilizzante”) e quanto duri l'effetto del vaccino.

Sul dispotismo scienista Gianluca Ricciato 19 Gennaio 2021 www.comune-info.net

Non è mai stato facile aprire discussioni feconde sui nessi che legano capitalismo, comunicazione, democrazia, patriarcato, scienza e salute. Oggi meno ancora. Un punto di partenza potrebbe essere, qualcuno lo ricorderà, perfino il “decalogo del perfetto credulone” diffuso dal presidente di una fondazione privata di ricerche farmacologiche. È possibile difendersi dalla tecnocrazia?

“In un convegno del settembre 2017 presso il Cicap – Comitato Italiano per il Controllo delle Affermazioni sulle Pseudoscienze, Silvio Garattini, presidente di una fondazione privata di ricerche farmacologiche, tiene una lectio magistralis per smascherare la «finta scienza». Ma si evince subito che i suoi obiettivi non sono i seguaci del paranormale, bensì suoi colleghi medici e ricercatori che hanno idee e pratiche diverse dalla sua. Obiettivo legittimo naturalmente, quello di criticare. All'interno però di questa conferenza – che si può ascoltare [online su youtube](#) – Garattini stila un arbitrario «decalogo del perfetto credulone» (visionabile dal minuto 7), in cui invita a fare attenzione ad una serie di persone che hanno almeno «due o tre» delle seguenti caratteristiche, tra cui ad esempio vegetarianesimo, alimentazione biologica e metodi di cura «non ortodossi».”[1]

UN IDENTIKIT

- Sono vegetariani o vegani.
- Combattono gli ogm.
- Hanno sostenuto la terapia Di Bella.
- Erano favorevoli a Stamina.
- Sono contrari alla sperimentazione animale.
- Preferiscono il cibo bio.
- Utilizzano prodotti omeopatici e erboristici.
- Sono antivax.
- Credono negli oroscopi.
- Amano il “naturale”.

10 autodifese

1. “Sono vegetariani o vegani”

Io sono vegetariano anche se non è una fede e non so nemmeno se posso considerarmi tale veramente visto che ogni tanto mangio pesce, ma comunque la mia alimentazione è totalmente diversa dal cibo artificiale inscatolato che vorrebbero farmi mangiare, è sostanzialmente un'alimentazione da terrone contaminato da altre culture e consapevole dei danni ecosistemici e sociali dell'industria alimentare. In ogni caso non tocco carne terrestre da 18 anni, e questo ha motivazioni ecologiche, politiche e psicosomatiche, ma non mi dilungo perché c'è chi lo spiega meglio di me;

2. “Combattono gli OGM”

Combatto gli ogm, o meglio considero un sistema di potere violento e criminale il sistema dei semi e dei cibi transgenici in mano alle multinazionali che hanno impoverito territori e popolazioni, e che per questo andrebbero processate da tribunali internazionali e non servite e riverite dai governi nazionali come accade ora. Sarebbe utile leggersi o rileggersi una serie di pubblicazioni scientifico-divulgative della scienziata Vandana Shiva che molto utile fu per decodificare ciò che stava succedendo a cavallo dei millenni tra globalizzazione e potere delle multinazionali biotech – molto utile fu a quella galassia politica nascente che i professionisti dell'informazione di allora chiamavano “nogglobal”. Sarebbe utile anche ora ma nel frattempo un tizio che fa l'orefice ha messo su un baraccone virtuale fintamente intelligente (li chiamano *debunker*) e spara il suo fango insulso da anni contro Vandana Shiva, e l'intelligenza di “sinistra” gli crede anche, ahinoi, ma del resto non saremmo qui a parlarne se non fosse così;

3. “Hanno sostenuto la terapia Di Bella”

Curo dal 2005 una piastrinopenia (porpora trombocitopenica idiopatica autoimmune), causata probabilmente (ma non avrò mai le prove) da una somministrazione sconsiderata e senza analisi preventive di eparina e nimesulide, prescritta dall'ospedale Rizzoli di Bologna (quello pubblico dove andiamo noi pezzenti e finiamo in mano ai dottorini, non quello privato dei calciatori), dopo un incidente stradale che avevo avuto nel 2000; curo, dicevo, questa piastrinopenia con una delle scoperte del medico e scienziato Luigi Di Bella, cioè la melatonina coniugata con adenosina che agisce in difesa delle piastrine (scoperta legata a malattie ben più gravi della mia, come la leucemia, che sono accompagnate da piastrinopenie che diventano critiche e portano alla morte).

Melatonina che acquisto nelle Farmacie Ferrari di Bologna o Crimi di Roma, che la producono insieme ad altri prodotti galenici della terapia Di Bella: sono farmacie ufficiali, interne alla medicina cosiddetta “tradizionale”, ma i prodotti del metodo Di Bella sono trattati nel solito modo infamante e criminale da una serie di persone che non sa nulla di tutto questo ma si crede “scienziata”, oppure sa ma si comporta in modo ostativo al benessere e alla salute delle popolazioni, e sono costoro che a mio avviso hanno affondato la scienza e la medicina fino ad arrivare a questa situazione a dir poco allarmante; scienza e medicina che sono cose bellissime quando non cadono in mano a gente che ragiona in modo fideista o opportunisto; [2]

4. “Erano favorevoli a Stamina”

Del caso Stamina non so nulla e finora non me n'è importato nulla, ma magari qualcuno mi illuminerà prima o poi;

5. “Sono contrari alla sperimentazione animale”

Amici e amiche antispeciste mi hanno portato argomentazioni convincenti dell'inutilità e crudeltà della sperimentazione animale, amici e amiche con lauree varie che vanno dall'economia, alla medicina, ad altre di vario tipo, sia scientifico che umanistico, dettaglio questo del titolo di studio che ha un valore relativo, ma che diventa un valore assoluto e indiscutibile per chi è vittima dell'istupidimento dottrinale (e non me la vorrei prendermela con le vittime, ma con i carnefici), cioè con quel processo di indottrinamento opposto alla vera cultura che Nietzsche chiamava “filisteismo”;

6. “Preferiscono il cibo bio”

Quanto al cibo bio, come disse qualcuno: “non voglio cibo green, voglio cibo vero”, e il mio sacerdote culinario è Don Pasta, anche se non condividerebbe tante cose di quelle che ho scritto (ma tante altre sì, ne sono sicuro); [3]

7. “Utilizzano prodotti omeopatici o erboristici”

Andando a memoria ho fatto cure omeopatiche, erboristiche, fiori di Bach e forse altro che non ricordo (anche molta cannabis “terapeutica” ho utilizzato, in passato, per resistere a chi mi voleva far diventare normale) e hanno sempre contribuito al mio benessere: punto. Anzi, punto e virgola;

8. “Sono antivax”

Antivax? Quali vax? Mica vorrai, egregio imbonitore populista, mettere nello stesso calderone tutti i vax esistenti, facendo così di tutti i vax un fascio, parlando di immunità di gregge per i vax antitetanici ad esempio, e amenità simili, fino ad arrivare a dimenticare le tangenti pagate nel 1992 al Ministro della Sanità De Lorenzo, in cambio di una legge che imponesse l’obbligatorietà del Vax Epatite B? [4] Tangente pagata dalla multinazionale Glaxo, per questo condannata dalla legge italiana, come in decine di altri paesi del mondo per fatti simili, attuale produttrice di Vax e finanziatrice, ovviamente, dei criminali che hanno varato la legge 119/2017 e che la storia, un giorno, processerà, se esiste una giustizia. In ogni caso, per gli sprovveduti di ogni ordine e grado su cui fa leva il fascismo scienziato del terzo millennio, occorre ricordare che esiste la Convenzione di Oviedo, che all’articolo 5 recita: “Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell’intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso”. [5] Per spiegarlo terra terra agli stessi sprovveduti: io non sono contrario nemmeno all’eroina in sé (all’eroina in me sì) e vorrei che fosse legale, figuriamoci a un farmaco o a un vaccino qualsiasi; sono contrario a leggi che impongano l’obbligatorietà, individuale o collettiva, a qualsiasi trattamento sanitario, e apprezzo e caldeggio tutta quella cultura medica e scientifica che negli ultimi decenni ha iniziato ad approcciare il problema della salute psico-fisica dell’essere umano trattandolo come un’unicità insostituibile vista nella sua specificità, e non come un corpo-macchina seriale da trattare con metodi seriali. Questo, al di là degli interessi economici di Big Pharma che grezzamente ne beneficia, è il modello mentale e culturale riduzionista-scienziato ottocentesco messo in discussione ormai da un secolo da più fronti, ma che prima di morire e lasciare il posto alle nuove evidenze sta cercando di trascinare nel baratro tutti. Ma per quanto mi riguarda, lo alimenta ormai solo la paura e l’alienazione, compresa la psicosi collettiva. Ma sia dalla paura sia dall’alienazione sia dalla psicosi collettiva si può uscire, anche senza psicofarmaci;

9. “Credono negli oroscopi”

“E disprezziamo i politici, e ci arrabbiamo preghiamo, ridiamo, piangiamo e poi leggiamo gli oroscopi”, si legge nel poema vendittiano *In questo mondo di ladri*: no, non credo agli oroscopi, ma di solito sono molto interessato al segno zodiacale delle persone con cui sto per intraprendere una storia d’amore, per motivi personali che non sto qui a descrivere per brevità;

10. “Amano il naturale”

La costruzione dell’idea di “natura” è il punto fondamentale: sia chi osanna una ideale “natura” pura e libera dalla cultura, sia chi esalta l’essere “contro-natura” (e su questo ci sono tutta una serie di pensieri, pratiche, idee e movimenti che dovrebbero guardarsi allo specchio su quanto siano conniventi con la distruzione del pianeta Terra, mentre vaneggiano astrattamente di diritti civili dentro il regime capitalista e danno dei trogloditi a chiunque), è figlio di un pensiero idealistico e logocentrico dove la “natura” è statica, ferma, immobile, e su di essa si costruisce la “cultura” (cioè la società, il progresso, l’artificio umano). Un illusorio “grado zero”, parlando strutturalista, da cui sono colonizzate sia le “famiglie catto-naturali”, sia “i progressisti dominatori della natura”. E’ un’illusione, ovviamente, che però è durata secoli e ha generato il nostro modo di pensare e di vivere occidentale, nel bene e nel male, successi e genocidi compresi. Uscire da questa dicotomia, dal

binarismo natura-cultura, è quello che tanti/e stanno tentando di fare, se solo si riuscisse anche a respirare un po' più a lungo dentro questo acquario soffocante e rarefatto che sono diventate la vita sulla Terra e le relazioni.

Tu che sei laureato in filosofia non dovresti parlare

“Non è reclamando per la scienza un genere di verità metafisica o assoluta che si proteggeranno i valori di ragione che la scienza classica ci ha insegnati. Oltre ai nevrotici, il mondo conta un buon numero di ‘razionalisti’, che sono un pericolo per la ragione vivente. Viceversa, il vigore della ragione è legato alla rinascita di un senso filosofico che giustifichi sì l’espressione scientifica del mondo, ma nel suo ordine, al suo posto nel tutto del mondo umano”

Maurice Merleau-Ponty (‘Einstein e la crisi della ragione’, in M.M.P., “Segni”, 1960)

Tempo addietro mi chiedevo come facesse – chi non studiava filosofia o non si era mai interessato ai modelli del pensiero – a capire che il linguaggio, la comunicazione, perfino l’estetica, venivano, vengono e verranno usate come principali modelli di comportamento e strumenti di potere. Dicevo a me stesso, come fanno a capire che la manipolazione avviene in forma subliminale e non nell’iperuranio – anche nell’iperuranio delle grandi idee – ma soprattutto nei carrelli della spesa e quando hai più paura, cioè quando sei fragile, debole, vulnerabile, malato? Questo fecero feudatari, teocrazie e preti; questo fecero dopo anche monarchie assolute, aristocrazie e tribunali dell’inquisizione moderna; questo fecero infine dittatori nostrani, siberiani e caudillos; e questo fa da qualche dopoguerra a questa parte la rappresentazione-fiction della democrazia attraverso la comunicazione tossica alla massa intossicata.

Solo che senza decodifica linguistico-comunicativa è incomprendibile capire questo potere. O lo studi, le cose giuste, quelle sovversive che hanno generato cultura vera, non quelle dottrinali. O ti capita qualcosa di personale che te lo fa sperimentare in prima persona, o sei veramente in gamba. Oppure, ho capito da un certo punto in poi, sei femmina. Non (solo o necessariamente) in senso biologico, ma in senso che riesci a stare nel tuo corpo, nelle tue sensazioni, nel tuo insieme corpo-spirito-sensi in modo tale da non farti imporre totalmente le alienazioni di una società atomizzante e disintegrante.

Non diventi cioè un automa logocentrico che pensi che il tuo linguaggio specialistico sia la verità, non diventi quindi un burattino della tecnocrazia, non affidi la tua autodeterminazione a una lingua assoluta – filosofica, legale, medica, scientifica, religiosa, poco cambia, sempre di matrice patriarcale parliamo, anche quando la retorica tecnologista fa apparentemente sparire la matrice patriarcale – ma riesci ancora a sentirti. Già a sentirti: quella femmina lì, non una femmina qualsiasi schiava della parità post-moderna e stronza come un uomo. E questa cosa me ne ha fatto poi capire un’altra. Che a volte non basta, anzi a volte non serve nemmeno, studiare filosofia – perfino la filosofia del Novecento: quella degli Husserl, dei Merleau-Ponty, dei Foucault, delle Irigaray, delle Lonzi, dei Wittgenstein, dei Bateson, insomma di tutti/e quelli/e che hanno polverizzato l’identificazione idee/mondo, il gran libro della Natura che la scienza sola saprebbe leggere, il regnum hominis sulla Terra dove l’uomo è il dominatore, il Bacone inquisitore delle streghe e fondatore del metodo induttivo, grazie al quale il compito del maschio moderno sarà quello di “dominare la natura allo stesso modo in cui sottomettiamo le donne-streghe”.

Non basta, e l’ho capito definitivamente nel 2017. Anni di alienazioni a cui ci siamo sottoposte, di rarefazione della realtà, di ostilità all’essere umano a partire da noi stessi, di psicosi ossessive generalizzate, di repressione dei corpi e sottomissione al patriarcato tecnocratico, alla dittatura del denaro, all’aziendalizzazione delle esistenze, hanno polverizzato qualsiasi voce interna alla tecnocrazia che indicasse e nominasse i suoi codici, che facesse cioè almeno (minimo sindacale) il wittgensteiniano lavoro di chiarificazione che dovrebbe fare la filosofia – analizzare i modelli – non dico (esagerazione) quello foucaultiano di decodificare e svelare gli errori/orrori dei regimi di verità presunta. E fuori dalla tecnocrazia, fuori da questo baraccone virtuale, quello che succede non esiste, essendo questa l’unica merda possibile, come diceva quello scrittore italiano che fu ucciso dalle multinazionali al loro nascere perché aveva scoperto il loro gioco, e riuscirono a far credere a tutti che fu ucciso perché era frocio. Nel momento in cui non esiste più niente che non sia rappresentato, le vie sono

due: la sorda opposizione reazionaria e asfissiante (Salvini) VS l'ovvia narrazione del vero nel regime di polizia discorsiva (Burioni).

Fascismi del terzo millennio entrambi, ma di verso opposto e speculare, che lavorano ad un unico fine: iniziare una narrazione comunicativa mediatica ossessionante, una narrazione svelabile da qualunque analisi rudimentale della comunicazione, la quale a sua volta, quelle poche volte che emerge nel mare della banalità politica, invece diventa sovversione dell'ovvio, quindi ridicolo agli occhi dei "normali/normalizzati".

Complottismo e creduloneria. Somarismo. Nei casi più illuminati, in bocca ai ruderi della "comunicazione di sinistra" ormai acquistata dal sistema tecnocratico, "gli intelligenti che cadono nelle trappole di credere a idee cretine".

Non ci voleva e non ci vuole la filosofia (anche se serve e per questo oggi è il primo obiettivo su cui spara chi ragiona a compartimenti stagni, da una parte e dall'altra), ma l'estrema determinazione e auto-imposizione di non abdicare a ciò che si sente, a non considerare ovvio l'osceno quotidiano che ci stanno imponendo.

Semplicemente. E questo forse lo fa meglio un analfabeta, o comunque uno o una che le mani nella terra, simbolica e reale, ce le mette. Perché non ha una cultura logocentrica, almeno se ha conservato qualcosa di resistente alla società di massa che sventra l'anima degli individui, come diceva Pasolini, più o meno.

Poi è arrivato anche in Italia, sempre nel 2017, il "Medioevo": una litania social ottusa e ignorante che scambia per Medioevo la violenza della tecnocrazia in cui viviamo e le sue radici moderno-rinascimentali, cioè i cento anni dell'Inquisizione ideata nel Concilio di Trento, messa a punto dall'Imperatore moderno Carlo V e sviluppata nei cento anni successivi (1550-1650). La violenza del modello di vita moderno-contemporaneo fatta passare, artatamente, per Medioevo, dai "vincitori" della modernità, l'economia capitalista e i suoi fidi segugi. Il delitto perfetto, direbbe Baudrillard. Scambiare la ri-fondazione del patriarcato moderno-contemporaneo e le sue atrocità per "ciò che ci difenderà dal Medioevo che sta tornando". Essere in balia cioè del potere, averlo hegelianamente-marxisticamente interiorizzato, esserne stati sodomizzati e odiare chiunque ne parli, chiunque lo nomini. E consolarsi con "noi elit*, progressist*, scientist*, illuminist*, acculturat*" e "chiunque metta in discussione questo è un troglodit* terrapiattist*". Così dal 2017 qualsiasi imbecille su Repubblica, sul Corriere o su Wired può sputare merda con la risata sarcastica nella penna contro i genitori vegani, la fuffa new age, i no vax, per colpire in realtà chi da decenni sta praticando l'uscita dalla rarefazione che ci ha resi automi incapaci di sentire. E in questa cornice si iscrive un qualsiasi Silvio Garattini. Che stila il decalogo, l'identikit perfetto che l'automa "intelligente e acculturato del terzo millennio" deve odiare. Specularmente all'identikit che deve odiare invece l'automa fascista/sovrانىista (negri, froci e donne libere, sostanzialmente). Ma è una fiction, nel patto per la fantascienza ci stanno lopalchi e grilli senza soluzione di continuità. Il binarismo è una fiction, il potere è uno e si distribuisce tra le diverse mafie in competizione o in collaborazione tra loro, a seconda di come tira il vento. Questo meccanismo permette al sistema di reiterarsi. Alla grande fiction della rappresentazione democratica che ha sostituito la democrazia rappresentativa, di alimentarsi ancora coprendo l'orrore distruttivo globale del capitalismo, fino a quando il meccanismo non si incepperà definitivamente. Ma forse sono solo io che devo evitare di diventare il solito comiziante commediante. È che certe idee, nella post-democrazia della rappresentazione virtuale, se non sono su internet non esistono. E ne potrei nominare centinaia di persone mie amiche o meno amiche, che condividono il 20, il 50, l'80 o il 100% di quello che sto scrivendo, che fanno, studiano, vivono e amano e cercano di fare migliore la circostanza in cui vivono e con cui potremmo fare anche pubblicamente un dialogo fecondo, aperto, euristico, attraverso cui limare le posizioni e accrescere le conoscenze, ma che giustamente si rompono il cazzo o le ovaie di dire queste cose ed essere attaccate ogni giorno dai filistei del terzo millennio di verso opposto e speculare ai salviniani, ma in tutto simili per pratiche di vita, modo di relazionarsi, semina dell'odio e impatto ambientale. E allora abbozzano. E le capisco. E abbozzo anche io, ogni giorno. Ma a volte non ce la faccio, a volte mi faccio più violenza ad abbozzare e autocensurarmi che a parlare o scrivere. E in fondo spero sempre che ci sarà chi, un giorno, in un'altra generazione, riuscirà a centrare finalmente l'obiettivo e a capire chi e cosa ha reso invivibile il luogo che ci ospita, che invece è meraviglioso.

Note

[1] Le Faq al Decreto. Fine del Molite. <https://molitemovimento.wordpress.com/2020/05/24/le-faq-al-decreto-fine-del-molite/>

[2] “Io, le piastrine, Di Bella e la guerra psichica. Un coming out”
<https://www.facebook.com/gianluca.ricciato/posts/3382699475083485>

[3] “I villani” di Don Pasta, un documentario che mostra in modo formidabile la situazione politica legata alla produzione alimentare in Italia. Nel momento in cui pubblico si trova online qui: <https://www.raiplay.it/video/2019/03/I-Villani-891f7f1e-8f1f-4081-a5c0-72eff9d63733.html>

[4] Nel mio articolo del giugno 2020 “La malattia cronica della sanità italiana” descrivo le vicende in cui si inserisce anche la condanna per tangenti della Glaxo <https://fiabetroci.wordpress.com/2020/06/22/la-malattia-cronica-della-sanita-italiana/>

[5] “Convenzione per la protezione dei Diritti dell’Uomo e della dignità dell’essere umano nei confronti dell’applicazioni della biologia e della medicina :

Convenzione sui Diritti dell’Uomo e la biomedicina” <https://rm.coe.int/168007d003>

Publicato su labottegadelbarbieri.org e su fiabetroci.wordpress.com.

Sulla paura e l’obbligo del vaccino

aa.vv.

19 Gennaio 2021

www.comune-info.net

Era piuttosto facile prevedere che ci fosse chi, sempre molto preoccupato per le responsabilità dei datori di lavoro, avanzasse l’ipotesi che il vaccino antiCovid fosse “implicitamente” obbligatorio in Italia. D’altra parte, non mancano i rappresentanti delle istituzioni che hanno più o meno esplicitamente anticipato che la volontarietà della vaccinazione sarà condizionata al raggiungimento della cosiddetta “immunità di comunità”, o di gregge. Qualora essa non fosse raggiunta nel tempo previsto, la scelta di promuovere l’obbligo o, in alternativa, gli incentivi alla vaccinazione sarebbe, a dir loro, inevitabile. Si propone da più parti, ad esempio, l’istituzione di un “passaporto vaccinale” che consenta di tornare a partecipare pienamente alla vita pubblica (prendere un treno o un aereo, assistere a un concerto) o addirittura di ottenere una riduzione nei tempi di accesso a prestazioni sanitarie non salvavita. La presidente della Commissione Ue, Ursula von der Leyen, ha aperto all’idea di un “passaporto per gli immunizzati”, lanciata dal premier greco Kyriatos Mitsotakis. In Italia, il Presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca, ha già annunciato di voler procedere in questa direzione, dichiarando che “la Campania darà una card a tutti i cittadini vaccinati”. Di diverso avviso, alcuni degli autori di “Pillole per l’ottimismo”, una delle poche autorevoli fonti d’informazione scientifica davvero aperte al confronto, anche al suo interno. In questo testo si dicono convinti che un eventuale “passaporto vaccinale” risulterebbe discriminatorio, da un punto di vista etico e giuridico, e non porterebbe un guadagno nei termini di una maggiore adesione ai vaccini e una minore mortalità. Un passaporto vaccinale escluderebbe, peraltro, da diritti costituzionalmente garantiti i soggetti che pur volendo vaccinarsi non possono accedere alle dosi per ragioni indipendenti dalla loro volontà. Si configurerebbe una situazione in cui una fascia della popolazione, soprattutto anziana, sarebbe primariamente “liberata” mentre i giovani e gli adulti sotto i 50 anni no. Gli autori ritengono che in una fase successiva, quando le dosi di vaccino saranno disponibili in adeguate quantità, sia auspicabile che la vaccinazione sia promossa e accolta da tutti i soggetti idonei che vorranno spontaneamente vaccinarsi, sentendosi parte di una comunità la cui salute e le cui libertà sono state fortemente minate nel corso di tutta la pandemia

Il vaccino contro il Covid-19 è faticosamente sbarcato in Europa e il dibattito pubblico si sta concentrando intorno al tema della campagna di vaccinazione. L’Italia ha già chiarito la posizione ufficiale del nostro Paese: il vaccino sarà gratuito e per il momento non obbligatorio (1). Tuttavia, alcuni rappresentanti delle istituzioni hanno più o meno esplicitamente anticipato che la volontarietà della vaccinazione sarà condizionata al raggiungimento della cosiddetta “immunità di comunità”, o di gregge. Qualora questa non fosse raggiunta, compatibilmente con i tempi di distribuzione del vaccino nel nostro Paese, si verificherebbero, a dir loro, le condizioni per promuovere l’obbligo vaccinale o, in alternativa, gli incentivi alla vaccinazione (2). Questa seconda alternativa, definita “spinta gentile” (in inglese, “nudge”) consisterebbe in alcune iniziative come l’istituzione di un “passaporto vaccinale” che consenta ai vaccinati di tornare a partecipare pienamente alla vita pubblica (prendere un treno o un aereo, assistere a un concerto) o addirittura ottenere una riduzione nei tempi di accesso a prestazioni sanitarie non salvavita (3). Ieri, la presidente della Commissione Ue, Ursula von der

Leyen, ha aperto all'idea di un "passaporto per gli immunizzati" lanciata dal premier greco Kyriatos Mitsotakis. E in Italia, il Presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca, ha già annunciato di voler procedere in questa direzione, dichiarando che "la Campania darà una card a tutti i cittadini vaccinati" (3bis).

Tra i due estremi di chi aspetta l'arrivo del vaccino e chi dall'altra parte rifugge non soltanto l'obbligo di vaccinazione ma il vaccino stesso (i cosiddetti "no-vax") esiste una zona grigia, vasta e in aumento, che si pone domande. È proprio questa fascia di cittadini che ha maggiormente bisogno di risposte dalle Istituzioni, possibilmente non incentrate sull'effetto spot bensì su una informazione seria e corretta. Esistono diversi fattori che portano gli autori di questo documento a ritenere che l'obbligo, così come il passaporto vaccinale, possano e debbano essere scongiurati.

Tali fattori attingono alle seguenti aree di competenza:

- etica
- epidemiologica e statistica
- giuridica.

Lo scorso 7 dicembre, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha chiarito che la strada della "scelta informata" e delle "campagne d'informazione" sia senz'altro preferibile a quella dell'obbligatorietà, "soprattutto per questo vaccino". "L'obbligo imposto con il fine di migliorare la copertura vaccinale in un Paese, a volte ha raggiunto il risultato opposto", ha spiegato Kate O'Brien, Direttrice del Dipartimento Immunizzazione e Vaccini dell'OMS (4), secondo la quale "l'evidenza è che in realtà l'obbligo porta ad entrambe le direzioni". Per O'Brien, sostanzialmente, non c'è neanche bisogno di imporlo, "perché la maggior parte delle persone chiede e vuole questo vaccino". L'importante rivista scientifica JAMA ha affrontato il discorso sull'obbligo lo scorso 29 dicembre, partendo proprio dalla problematicità della procedura di autorizzazione delle autorità regolatorie che approvano i farmaci (ricordiamo che i vaccini contro Covid-19 non sono stati approvati con procedura standard, che richiede anni, ma "condizionata"). "L'obbligo di vaccini Covid-19 nell'ambito di un'EUA (l'Autorizzazione ad Uso in Emergenza concessa dall'FDA ai due vaccini Pfizer e Moderna) – scrive JAMA – è giuridicamente ed eticamente problematico. L'obbligatorietà di vaccinazione non è giustificata perché un'autorizzazione di emergenza richiede meno dati di sicurezza ed efficacia rispetto all'approvazione completa (BLA – Biologics License Application). E' verosimile che i cittadini possano diffidare dell'obbligo di vaccinazione in caso di uso di emergenza, considerandola come una ricerca medica in corso". La Commissione USA per le pari opportunità di lavoro (EEOC) ha stabilito che i datori di lavoro possano richiedere i vaccini contro Covid-19 ed escludere i dipendenti dal posto di lavoro in caso di rifiuto. JAMA circoscrive tuttavia a una serie di aree professionali (medici e operatori sanitari, impieghi legati al rapporto con il pubblico) il possibile obbligo di vaccinazione. Quanto al turismo, incluso da JAMA tra le aree suscettibili, Gloria Guevara, presidente del World Travel and Tourism Council, ha rilevato che imporre il passaporto vaccinale equivarrebbe a "uccidere il settore", dato che peraltro saranno gli anziani, coloro che viaggiano di meno, ad essere vaccinati per primi nel mondo (5).

Nelle conclusioni, la rivista prende in considerazione un'eventuale obbligatorietà del vaccino ad alcune condizioni: "La ricerca deve prima accertare se i vaccini prevengono il contagio – il cosiddetto "effetto sterilizzante" – o soltanto i sintomi della malattia". Se non viene dimostrato che un vaccino riduce la trasmissione – e ancora non è stato dimostrato – la base etica per renderlo obbligatorio viene indebolita. Secondo JAMA, qualsiasi certificazione o passaporto vaccinale deve esplicitamente poter attestare garanzie di protezione contro Covid-19. "L'obiettivo della comunicazione del rischio è informare sul processo decisionale, nel rispetto delle scelte individuali: gli obblighi alterano fundamentalmente questa dinamica, prevalendo sull'autonomia personale". Più in generale, "non esistono meccanismi chiari per applicare l'obbligo di vaccinazione a livello di popolazione" (6).

Il dibattito è molto acceso nei Paesi anglosassoni. Nel mondo della bioetica anglosassone si è da tempo affermato il principio della cosiddetta "alternativa meno restrittiva possibile" (the least restrictive alternative), sancito già nel 1966 negli Usa e ripreso dal Consiglio d'Europa in una Raccomandazione del 1994. Il Governo

Britannico è finora l'unico che, dopo aver interrogato un gruppo di scienziati sull'etica della vaccinazione obbligatoria, ha pubblicato i documenti sul sito web del Parlamento (7), (8), sollevando numerose polemiche. Il Governo UK ha dovuto precisare che non sta prendendo in considerazione la vaccinazione obbligatoria, anche se il Ministro della Salute, il conservatore Matt Hancock, non ha voluto escluderla (9).

La prestigiosa rivista BMJ (British Medical Journal) ha ospitato l'intervento del filosofo e bioetico australiano Julian Savulescu, direttore dell'Uehiro Center for Practical Ethics dell'Università di Oxford, sull'obbligo di vaccinazione, che ha suggerito un sistema di incentivi a ricompensa, anziché a punizione (10). Lo snodo, secondo gli autori di questa Pillola, è proprio questo: gli incentivi alla vaccinazione possono funzionare come sistema a premio, ma non a punizione, altrimenti si rischia di scendere su un piano inclinato pericoloso, che potrebbe creare sacche discriminatorie tra cittadini. Il cosiddetto "patentino vaccinale" si presenta come un sistema "ad incentivi", ma in realtà è un sistema a punizione, in quanto non offre una ricompensa al cittadino "virtuoso", colui che si vaccina, ma sottrae diritti fondamentali e inalienabili (quello alla libera circolazione, o quello dell'accesso alle cure mediche ordinarie) al cittadino considerato meno virtuoso, creando un pericoloso precedente. Una tale previsione rischierebbe inoltre di eludere il principio costituzionale della responsabilità penale personale, per introdurre una sorta di responsabilità di categoria (quella dei "non vaccinati"), creando così un precedente normativo preoccupante. Gli incentivi (del tipo proposto da Savulescu, ossia piccola ricompensa in denaro) non hanno raccolto unanimi consensi: secondo Alberto Giubilini, Senior Research Fellow dello stesso Uehiro, "la vaccinazione dovrebbe essere obbligatoria, almeno per alcuni gruppi. Ciò significa che ci sarebbero sanzioni in caso di mancata vaccinazione, come multe o limitazioni alla libertà di movimento" (11).

Il concetto ormai chiaro è che "c'è un dibattito su quale sia la soglia", ha dichiarato Thomas Douglas dell'Università di Oxford. "Molti avvocati ed esperti di etica presumono che il diritto all'integrità fisica sia in qualche modo più fondamentale e più forte del diritto alla libera circolazione e associazione". Il Nuffield Council on Bioethics ha emesso delle Guidelines in cui sostiene che i vaccini obbligatori sono accettabili solo quando la malattia in questione è estremamente mortale o se un Paese è molto vicino all'eradicazione completa di una malattia. Secondo Hugh Whittall, direttore del Nuffield, "è difficile sostenere che la situazione attuale possa soddisfare questi criteri" (12).

Una recensione del noto epidemiologo John P.A. Ioannidis (professore della Stanford University che ha contribuito alla medicina evidence-based, all'epidemiologia e alla ricerca clinica) pubblicata ad ottobre nel Bulletin del WHO, calcola un IFR (Infection Fatality Rate, letalità per casi totali) medio di 0,23% (range 0-1,31%) in cinquantuno località del mondo (13). La Public Health England ha deciso, lo scorso 19 marzo, di non annoverare il Covid-19 tra le malattie infettive ad alto rischio a causa del suo "tasso di mortalità relativamente basso" (14). Secondo Whittall, l'istituzione di un "passaporto vaccinale" sarebbe potenzialmente discriminatoria: "Sarà sempre preferibile informare le persone, incoraggiarle, al limite incentivarle, piuttosto che interferire con la loro libertà". Anche in Francia il dibattito sull'obbligo della vaccinazione ha preso corpo. Lo scorso 21 dicembre, il governo presieduto da Jean Castex ha presentato a sorpresa all'Assemblea Nazionale (la Camera dei Deputati francese) un disegno di legge (Projet de Loi n. 3714) intitolato "Istituzione di un regime PERENNE di gestione delle emergenze sanitarie" (15). Nell'articolo 3131-9, comma 6, l'esecutivo prevede che durante lo stato di urgenza sanitaria "il Governo possa (...) subordinare la circolazione delle persone (...), oltre all'esercizio di determinate attività (...) a un trattamento preventivo, compresa la somministrazione di un vaccino (...)". Dopo le forti polemiche sollevate da maggioranza e opposizioni, il ddl è stato ritirato. In Italia si è espresso il Consiglio Nazionale di Bioetica che, lo scorso 27 novembre, ha stabilito che "debbono essere fatti tutti gli sforzi per raggiungere e mantenere una copertura vaccinale ottimale, non escludendo l'obbligatorietà in casi di emergenza soprattutto per gruppi professionali maggiormente esposti all'infezione e alla trasmissione della stessa. Il Comitato auspica che tale obbligo "sia revocato qualora non sussista più un pericolo importante per la società e sia privilegiata e incoraggiata l'adesione spontanea da parte della popolazione" (16). A livello epidemiologico, l'eradicazione di SARS-CoV-2 sembra attualmente

impossibile, considerando che il virus sopravvive in serbatoi animali, che ancora non è chiaro se il vaccino si limiti soltanto ad immunizzare dai sintomi o consenta anche di non essere più contagiosi (l'“effetto sterilizzante”) e che i tempi esatti della durata della copertura vaccinale non sono noti.

A questo proposito, un'elaborazione effettuata sulla base dei dati ISS e ISTAT per tutto il 2020 per calcolare l'NNT (Number Needed to Treat, unità di misura epidemiologica per valutare l'efficacia di un trattamento medico o di un vaccino), stabilisce che per salvare un uomo di 90 anni o più, bisogna vaccinarne 45, mentre per salvare un uomo tra i 20 e i 29 anni, sarebbe necessario vaccinarne 166.000. Quindi, se si avessero a disposizione soltanto un milione di vaccini si dovrebbe decidere se salvare 22.000 novantenni (con questo la popolazione guadagnerebbe 75.000 anni di speranza di vita) oppure 6 ventenni (con questo la popolazione guadagnerebbe 340 anni di vita). Naturalmente, si tratta di un calcolo matematico che non tiene conto di implicazioni etiche sull'importanza per la società e per il sentire comune di ciascuna vita, con implicazioni socioeconomiche diverse e tutte rilevanti. Tuttavia, si dovrebbe tenere comunque conto del fatto che parte di quei 22.000 novantenni andrebbero a saturare gli ospedali, sottraendo quindi anni di vita anche ai più giovani. L'affollamento degli ospedali è stata la ragione che ha portato il nostro Governo ad imporre misure restrittive come il lockdown, ritenendo che una minore circolazione delle persone avrebbe portato ad una minore circolazione del virus e, pertanto, ad un abbassamento della frequenza di contagio. In questa sede, gli autori di questo testo non vogliono entrare nel merito dell'efficacia di tali misure e del modo in cui queste sono state applicate, ma tengono a sottolineare che la vaccinazione delle persone che ricadono nelle categorie a rischio e degli operatori sanitari, nella fattispecie chi lavora a contatto con soggetti a rischio (ospedali, RSA) e nei servizi essenziali, sia fortemente raccomandabile per allentare la pressione nelle strutture ospedaliere. Gli autori di questo testo tengono comunque a evidenziare che, seppure i vaccini siano stati rilasciati con un'autorizzazione in misura di emergenza, i dati sulla sicurezza ed efficacia sono solidi a sufficienza per autorizzarne la distribuzione e la somministrazione, anche se in modo condizionato, e che, pertanto, la vaccinazione delle persone al di sopra dei 50 anni costituisca un mezzo efficace e sicuro per evitare una malattia potenzialmente letale nelle fasce di età più anziane e nelle persone con malattie concomitanti e per assicurare che gli ospedali non siano più luoghi occupati per buona parte da malati COVID-19, ma luoghi in cui ciascun cittadino possa trovare adeguata assistenza.

Uno dei grandi problemi della pandemia è stato ed è ancora la circolazione di SARS-CoV-2 negli ospedali e nelle RSA. La vaccinazione degli operatori sanitari sembra oggi l'unico mezzo per ridurre il rischio che i pazienti in ospedale contraggano COVID-19 da medici ed infermieri. Per questa ragione, gli operatori del settore sanitario, consapevoli del loro importante compito e sensibili verso i pazienti che a loro si affidano, devono considerare quanto importante sia sottoporsi a vaccinazione. Successivamente, quando le dosi di vaccino saranno disponibili per tutti, è consigliata l'estensione della vaccinazione ai soggetti idonei dell'intera popolazione, ma senza obbligo o “passaporto vaccinale”. La vaccinazione di una grande percentuale dei cittadini aiuterebbe a proteggere tutta la comunità dall'infezione da SARS-CoV-2. Sottoporsi, dunque, a vaccinazione spontaneamente ci renderebbe parte di una comunità consapevole, in cui ogni individuo può proteggere gli altri ed aiutare tutti, con i mezzi forniti dalla scienza, ad uscire dalla pandemia.

Per comprendere le motivazioni giuridiche che portano ad escludere l'eventualità di un obbligo vaccinale o di soluzioni che contemplino una qualsiasi limitazione all'esercizio dei diritti è necessario partire da alcune importanti pronunce della Corte Costituzionale tra le quali, da ultima, la sentenza n.5/2018, senza perdere di vista il contesto in cui questa pronuncia è stata emessa (17). Tale sentenza ha infatti riguardato tipologie di vaccini somministrati da almeno trent'anni nella popolazione in età pediatrica. In questo ambito e contesto specifico, la Corte ha affermato la legittimità dell'imposizione di un obbligo vaccinale laddove ricorrano determinati, specifici presupposti che, nel concreto, risiedevano nei dati relativi sia al forte calo delle coperture vaccinali raccomandate anche a livello internazionale, sia ai rischi irrisori di reazioni avverse legati alla somministrazione di questi vaccini (dati da tempo consolidati nella comunità scientifica).

Nel caso esaminato dalla Corte, gli studi condotti in Italia prima dell'emanazione del D.L.73/2017 convertito in legge n. 119/2017 e, in particolare, i dati statistici sull'accesso alle terapie mediche, attestavano un progressivo calo delle coperture vaccinali, rispetto alla soglia del 95% (18), accertato da numerosi studi a livello internazionale, la cui solidità aveva indotto l'OMS a raccomandarne il raggiungimento, al fine di ottenere la cosiddetta immunità di comunità. L'insieme di tali specifiche valutazioni ha spinto la Corte a ritenere rispettato il principio dell'equo contemperamento dei contrapposti interessi (del singolo e della collettività) nell'esercizio di quella discrezionalità del legislatore, che lo aveva portato ad optare per l'obbligatorietà di alcune vaccinazioni. La Consulta ha anche specificato, nella medesima sentenza, come tale discrezionalità possa considerarsi legittima fintantoché non mutino i presupposti che l'hanno giustificata. Il mutare delle condizioni epidemiologiche e delle conoscenze scientifiche comporta, infatti, la necessità di riconsiderare la scelta dell'obbligo, come già accaduto in passato.

Ebbene, proprio i limiti delle conoscenze medico-scientifiche a disposizione non consentono oggi di addivenire ad una conclusione favorevole all'obbligatorietà, né ad alcuna forma di limitazione di libertà e diritti – come il cd “passaporto vaccinale” – volta a promuovere la vaccinazione contro Covid-19. Si noti ad esempio come uno dei motivi addotti a sostegno dell'imposizione risieda nella necessità di addivenire alla maggiore copertura vaccinale possibile della popolazione, allo scopo di ottenere la cosiddetta “herd immunity”, possibilità ancora oggetto di studio in assenza di certezze sulle proprietà “sterilizzanti” del vaccino. Ancor più dirimente è la definizione del concetto di “obbligo vaccinale”, per com'è stato sempre inteso nel nostro Paese, da quando si diede corso alla prima campagna vaccinale sino ad oggi.

Si deve, in primis, rammentare che il tema degli obblighi vaccinali si è sempre posto in riferimento alle vaccinazioni riservate alle fasce di prima infanzia e con la finalità di ottenere l'eradicazione di determinate malattie e la tutela dei minori. La Corte Costituzionale ha precisato come “la norma del citato art. 32 postuli il necessario contemperamento del diritto alla salute del singolo (anche nel suo contenuto negativo di non assoggettabilità a trattamenti sanitari non richiesti od accettati) con il coesistente e reciproco diritto di ciascun individuo (sentenza 1994 n. 218) e con la salute della collettività (sentenza 1990 n. 307); nonché, nel caso in particolare di vaccinazioni obbligatorie, “con l'interesse del bambino”, che esige “tutela anche nei confronti dei genitori che non adempiono ai compiti inerenti alla cura del minore” (sentenza 132/1992)” (19,20). Tale posizione è stata ulteriormente confermata da altre sentenze, tra cui la citata sent. n. 5 del 2018.

Anche con quest'ultima pronuncia la Corte ha ribadito che “la legge impositiva di un trattamento sanitario non è incompatibile con l'art. 32 Cost.: se il trattamento è diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri; se si prevede che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che è obbligato, salvo che per quelle sole conseguenze che appaiano normali e, pertanto, tollerabili; e se, nell'ipotesi di danno ulteriore, sia prevista comunque la corresponsione di una equa indennità in favore del danneggiato, e ciò a prescindere dalla parallela tutela risarcitoria”. Tuttavia, giova ricordare che in tutti questi casi, all'inosservanza dell'obbligazione imposta non è mai stata collegata alcuna forma punitiva, men che meno la compromissione dei diritti e delle libertà fondamentali. È difatti previsto solo un procedimento (regolato dall'art. 1 comma 4 del decreto-legge n. 73 del 2017) strutturato tramite apposito colloquio organizzato con le autorità sanitarie, al fine di favorire la comprensione reciproca, la persuasione e l'adesione consapevole e, in caso di persistenza della violazione dell'obbligo vaccinale, l'applicazione di una misura punitiva che è rappresentata da una sanzione amministrativa pecuniaria – il cui importo massimo è pari ad Euro 500,00 – senza, quindi, alcun pregiudizio sulla frequenza della scuola dell'obbligo per i bambini/ragazzi di elementari e medie non vaccinati (solo i bambini di asili nidi e scuola materna possono, infatti, essere esclusi dalla frequenza se non vaccinati). Quello che, quindi, emerge dal quadro normativo e giurisprudenziale evidenziato è che alla violazione degli obblighi vaccinali ad oggi previsti in Italia non sia stata collegata la soppressione dei diritti e delle libertà fondamentali nell'individuo (21) e che, sebbene venga utilizzata la parola “obbligo”, lo stesso sembra assumere più che altro i connotati di un onere particolarmente (ma non assolutamente) stringente.

Va, inoltre, considerato che le eventuali restrizioni o limitazioni imposte in caso di mancata sottoposizione al vaccino (cd. “Passaporto vaccinale”) determinerebbero una situazione profondamente discriminatoria a carico dei cittadini non vaccinati, in quanto si vedrebbero penalizzati nell’accesso ai servizi (al cui funzionamento sono, comunque, tenuti a contribuire con la propria attività lavorativa ed il versamento delle imposte) o nell’esercizio delle proprie libertà per aver esercitato il diritto di rifiutare un trattamento sanitario, con conseguente disparità di trattamento rispetto ai propri connazionali e ai cittadini stranieri presenti sul territorio italiano, potenzialmente non vaccinati (sulla non discriminazione nell’accesso all’assistenza sociale, rispetto a servizi e prestazioni v. Corte Cost. sent. n.222 del 2013) (22). Lo stesso accadrebbe per quelle persone che non possono sottoporsi a vaccinazione per motivi di carattere medico (ad es. donne in gravidanza, soggetti fragili esclusi dai trials, ecc.), o in ragione dell’età (minori di 18/16 anni) o a causa dell’indisponibilità dei vaccini (in quanto giustamente destinati prioritariamente alle categorie a rischio), giungendo così al paradosso di mantenere insostenibili misure restrittive per i giovani e, in molti casi, per le persone meno a rischio della popolazione, “liberando” le fasce più anziane della popolazione. Ciò renderebbe ancor più ingiusta e grave la disparità di trattamento tra i cittadini.

CONCLUSIONI

In definitiva, tutti gli aspetti innanzi esposti non possono, ad avviso di chi scrive, essere ignorati ai fini della determinazione di una campagna di vaccinazione che sia al tempo stesso legittima ed ottimale, sussistendo validi modelli alternativi di tutela del diritto e dell’interesse generale, a cominciare da una comunicazione capillare e comprensibile ai più. Alla luce dei dati epidemiologici, la mortalità così come il sovraccarico delle strutture ospedaliere per COVID-19 si dovrebbero ridurre una volta vaccinate le categorie a rischio e gli operatori sanitari. L’adozione di protocolli sanitari corretti, rinforzando la sanità territoriale e adottando eventuali particolari forme di tutela limitate ai soli soggetti fragili che non possono ricorrere al vaccino potrebbero concorrere alla riduzione di mortalità e sovraccarico ospedaliero. Gli autori di questo testo sono quindi convinti che un eventuale “passaporto vaccinale” risulterebbe discriminatorio, da un punto di vista etico e giuridico, e non porterebbe un guadagno nei termini di una maggiore adesione ai vaccini e una minore mortalità. Infine, un passaporto vaccinale escluderebbe da diritti costituzionalmente garantiti i soggetti che pur volendo vaccinarsi non possono accedere alle dosi per ragioni indipendenti dalla loro volontà. Si configurerebbe una situazione in cui una fascia della popolazione, soprattutto anziana, sarebbe primariamente “liberata” mentre i giovani e gli adulti sotto i 50 anni no. Gli autori di questo testo ritengono che in una fase successiva, quando le dosi di vaccino saranno disponibili in adeguate quantità, sia auspicabile che la vaccinazione sia promossa e accolta da tutti i soggetti idonei che vorranno spontaneamente vaccinarsi, sentendosi parte di una comunità la cui salute e le cui libertà sono state fortemente minate nel corso di tutta la pandemia.

Maddalena Loy, Ilaria Baglivo, Ugo Bardi, Francesco Cecconi, Elena Dragagna, Maria Luisa Iannuzzo, Olga Milanese, Sara Gandini

Fonte: Pillole di Ottimismo

***”Il medico che ha a che fare con gli uomini liberi – diversamente dal medico degli schiavi – deve convincere il suo paziente a sottomettersi alla cura, e ragionare con lui per mezzo di argomenti razionali, cioè persuaderlo, non minacciarlo soltanto“. Platone

BIBLIOGRAFIA

- 1.<http://www.salute.gov.it/.../dettaglioFaqNuovoCoronavirus...>
- 2.<https://www.ansa.it/.../silerivaccino-obbligatorio-se-non...>
- 3.Thaler e Sunstein, Nudge, Yale University Press, 2008 (trad. It. a cura di Feltrinelli, La spinta gentile, 2014)3bis)
<https://www.rainews.it/.../vaccini-de-luca-campania-card...>
- 4.<https://www.who.int/.../covid-19-virtual-press-conference...>
- 5.<https://www.bloomberg.com/.../mandatory-covid-19-vaccines...>
- 6.<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2774712...>
- 7.<https://committees.parliament.uk/writtenevid.../9253/pdf/...>

8. <https://committees.parliament.uk/.../written-evidence/>
9. <https://twitter.com/BBCBreakfast/status/1326070589086445568>
10. <https://jme.bmj.com/.../2020/11/09/medethics-2020-106821>
11. <https://theconversation.com/should-covid-19-vaccines-be...>
12. <https://www.newstatesman.com/.../would-mandatory-covid-19...>
13. https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf
14. <https://www.gov.uk/.../high-consequence-infectious...>
15. https://www.assemblee-nationale.fr/.../115b3714_projet...
16. <http://bioetica.governo.it/.../i-vaccini-e-covid-19.../>
17. Sentenza n.5 del 2018 della Corte Costituzionale: https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COST:2018:5
18. Decreto Legge 7 giugno 2017, n. 73 – Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale – Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 31 luglio 2017, n. 119 (in G.U. 05/08/2017, n. 182): <https://www.gazzettaufficiale.it/.../2017/06/7/17G00095/sg>
19. Costituzione italiana: <https://www.senato.it/.../istituzione/costituzione.pdf>
20. Sentenza n.258 del 1994 della Corte Costituzionale: <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia...>
21. “Quarant’anni di politiche vaccinali in Italia”, del Prof. Carlo Signorelli su Acta Biomedica: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6502166/>
- 22 Sentenza n.222 del 2013 Corte Costituzionale: <https://www.giurcost.org/decisioni/2013/0222s-13.html>.

Covid-19: due NESSI, due misure? Leopoldo Salmaso Gen 21, 2021 comedonchisciotte.org

Due pesi, due misure:

- Se sei Covid+ e muori di infarto, la diagnosi di morte è Covid-19.
- Se ti vaccinano contro Covid-19 e muori di infarto, la diagnosi di morte è infarto.

Quanto sopra potrebbe sembrare una battuta di spirito, ma non lo è. E’ quello che sta succedendo in Italia e ovunque il costume sia sempre più riplasmato dai media occidentali e dai loro ripetitori. Eppure ciò è in aperta contraddizione con la Logica che, da Aristotele in poi, dovrebbe guidare il corretto ragionamento.

FONDAMENTI DI LOGICA: PROPRIETA' TRANSITIVA

**Se c'è una relazione fra A e B,
e la medesima relazione c'è anche tra B e C,
allora questa relazione c'è anche tra A e C**



Proprietà Transitiva in LOGICA

Nella pratica clinica, autopsie comprese, non si può mai affermare una diagnosi con sicurezza assoluta (probabilità = 1) né escluderla (probabilità = 0). Si possono solo formulare ipotesi diagnostiche più o meno plausibili. Cercherò di chiarire questo fatto con un esempio estremo, diciamo pure “scandaloso” per il buon senso comune: una persona uccisa con dozzine di proiettili potrebbe aver avuto un arresto cardiaco per lo spavento al vedere che il killer stava per ucciderla: nessuna autopsia potrà mai escludere tale ipotesi, per quanto remota essa sia. La causa di morte sarà “ferite di arma da fuoco” con probabilità 0,999...9 e “arresto cardiaco” con probabilità 0,000...1). Passando a gruppi di persone (cioè in epidemiologia), una correlazione statisticamente significativa non implica un nesso causale. Cioè: il rapporto causa-effetto è possibile ma non è né dimostrato né (tantomeno) escluso. Vediamo come esempio le due situazioni che seguono:

1) Casi di morte associata a positività dei test per SARS-CoV-2: il nesso causale (cioè: il virus ha ucciso la persona) è possibile ma non è né dimostrato né escluso.

2) Casi di morte associata a vaccinazione anti SARS-CoV-2: il nesso causale (cioè: il vaccino ha ucciso la persona) è possibile ma non è né dimostrato né escluso.

Fin qui l'inoppugnabile teoria. **E la pratica?**

I casi del primo tipo (morte associata a test positivo) vengono regolarmente analizzati dall'Istituto Superiore di Sanità. Al 16 dicembre 2020 sono state esaminate 5.962 cartelle cliniche, da cui risulta che in media c'erano 3,6 altre gravi patologie pre-esistenti e che solo nel 3,1% dei decessi non vi erano altre patologie (1). Si tratta di un campione estremamente rappresentativo di tutti i 63.573 casi registrati dall'inizio della cosiddetta "pandemia" (2). Su quei dati si è sviluppata la polemica "morti CON / morti PER" Covid-19, ma pochi hanno evidenziato il nocciolo del problema così chiaramente come il governatore del Veneto Luca Zaia. In una conferenza stampa del 27 agosto, Zaia dice che, data una positività del test, da quel momento in poi la diagnosi di morte è sempre e comunque "Covid-19". Egli commenta due volte: *"è un assurdo ma oggi si ragiona così"* e *"purtroppo è sbagliato però è così"*. ([VEDI VIDEO ZAIA: da minuto 0:00 a 2:40](#))

Ma allora i medici sono impazziti? No, dal 20 aprile 2020 è "impazzita" l'OMS che ha cambiato i criteri (3), con grande soddisfazione del suo azionista di maggioranza, nonché piazzista di vaccini con enormi profitti, Bill Gates. **Conclusione: nei casi del primo tipo il nesso causale viene sempre affermato, anche se ciò comporta un errore di logica.**

I casi del secondo tipo (morte associata a vaccino) vengono indagati mediante esame autoptico. Il caso più clamoroso riguarda 29 morti in Norvegia (4), ma vi sono casi in tutto il mondo (5), Italia compresa. In tutti quei casi finora è emersa qualche grave patologia associata (tranne il riferimento 14, sotto), la quale viene sistematicamente registrata come causa di morte. Anzi, le dichiarazioni ufficiali si spingono all'assurdità logica di escludere un pur possibile nesso causale fra vaccino e morte (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, ...).

Conclusione: nei casi del secondo tipo il nesso causale viene sempre escluso, anche se ciò comporta un errore logico di segno opposto a quello commesso nei casi del primo tipo.

Insomma, si potrà anche contestare tutto ma non l'evidenza che i mass media, i politici e i vertici della sanità stanno applicando il trucco dei due pesi, due misure. Anzi, due nessi, due misure!

L'informazione è uguale per tutti?

Per risolvere la contraddizione logica di tutto quanto sopra restano solo tre ipotesi:

- A) L'informazione è dominata da una élite di personaggi SI-VAX-A-PRESCINDERE, con uno stuolo di ripetitori acritici fra le autorità politiche e sanitarie (15);
- B) L'informazione è dominata da una élite di personaggi SI-COVID-A-PRESCINDERE, con uno stuolo di ripetitori acritici fra le autorità politiche e sanitarie;
- C) Entrambe le precedenti.

In questo contesto di schiavitù globale non ci indigniamo nemmeno per il fatto che l'Italia sta al 41mo posto nella classifica mondiale per indipendenza dell'informazione, dopo Botswana, Burkina Faso e Repubblica Ceca (16). Un noto proverbio recita: "chi paga la banda sceglie le musiche". E chi è che paga la banda di giornalisti e politicanti (inclusi molti politicanti della Sanità) a livello locale, nazionale e globale?

1) [Epicentro ISS, revisione cartelle cliniche al 16/12/2020](#)

2) 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 documento scritto, protocollato, da parte degli organi competenti in base allo statuto dell'OMS: Assemblea Generale (art. 21a) o Consiglio Direttivo (art. 28i).

3) [OMS cambia i criteri di diagnosi di morte](#)

4) [La Stampa: "coincidenza temporale, nessun allarme"](#)

5) [La California sospende il vaccino Moderna: troppe reazioni gravi](#)

6) [Covid: infermiera morta dopo vaccino, autopsia ESCLUDE legame](#)

7) [Medico di Mantova morto per attacco cardiaco, il giorno prima si era vaccinato: "NESSUNA CORRELAZIONE, patologie preesistenti"](#)

8) [Covid: Svizzera, 91/enne morto dopo vaccino, NESSUN NESSO.](#)

9) [Germania: morte 10 persone poco dopo la vaccinazione contro il coronavirus.. Gli specialisti PARTONO DAL PRESUPPOSTO](#)

[CHE IL DECESSO NON SIA LEGATO AL VACCINO.](#)

10) [Repubblica.it: “\(autopsia\) dovuta, MA SI TRATTAVA DI PERSONE IN CONDIZIONI GIA' MOLTO GRAVI”.](#)

12) [Mantova: “EVENTO IMPROVVISO LEGATO A CONDIZIONI PREESISTENTI”](#)

13) [Genova, anziana in Rsa muore per emorragia cerebrale dopo vaccino Covid. La Regione: “AL MOMENTO NESSUN NESSO”.](#)

14) [Infermiera muore nel sonno “CAUSE NATURALI” \(ma viene CENSURATA l’informazione che era stata vaccinata\)](#)

15) [Sì-vax-a- prescindere: perdona loro perché non sanno quello che fanno!](#)

16) [Italia 41ma per libertà di stampa.](#)

OMS ammette l'inutilità dei tamponi molecolari. Perché proprio adesso?

21 Gennaio 2021 l'AntiDiplomatico

Finalmente (20 gennaio), [dall'OMS](#) una considerazione sull'inaffidabilità dei tamponi molecolari RT-PCR (Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction) utilizzati per scovare positivi al Sars-Cov-2 e, quindi imporre lockdown, coprifuoco, scuole chiuse, limitazioni agli spostamenti. Considerazione tardiva considerando che, [da mesi](#), innumerevoli [virologi](#) stanno mettendo in guardia contro tamponi sottoposti [a cicli di amplificazione](#) talmente numerosi da potere attestare in un soggetto la positività anche davanti a rimasugli di un virus ormai inattivo.

Ma perché solo ora questa considerazione dell'OMS? Perché il vaccino Pfizer è vero che secondo la stessa azienda farmaceutica non garantisce una durevole immunità ma almeno, si spera possa arginare il numero dei contagiati. Si spera. Intanto imponiamo criteri più restrittivi per scovare i contagiati. Comunque vada, sarà un successo.

3 milioni di italiani hanno smesso di curarsi per difficoltà economiche

22 Gennaio 2021 La Fionda

Più di 3 milioni di persone, dall'inizio dell'epidemia, hanno rinunciato a curarsi per via dei tempi dilungati e dei blocchi della sanità pubblica causati dall'emergenza Covid. A questi si aggiungono più di 2,2 milioni di persone che, per rivolgersi alle strutture private e aggirare i tempi lunghi del pubblico, si sono ritrovati a chiedere prestiti a parenti e amici. È quanto emerge da una ricerca condotta da Facile.it, da mUp Research e Norstat. Anziché spingere verso il potenziamento del sistema sanitario nazionale, estendendo l'accesso alle cure, l'emergenza Covid sta portando a una negazione del diritto, espresso in Costituzione, dell'universalismo delle cure.

"Le risorse sono poche", "non possiamo curare tutti", è l'inquietante mantra che vediamo aleggiare nel nuovo piano pandemico 2021-2023, un mantra che spinge sempre più verso un sistema sanitario privatistico e destinato a chi può permettersi le cure. Il Covid ha determinato un'accelerazione di questa deriva. Sappiamo bene ormai che le risorse ci sono, ma che non c'è volontà politica di investirle per un'estensione del diritto alle cure, per un ripristino dello stato sociale, per una vera e piena attuazione dei diritti e delle libertà espresse nella Costituzione del 1948. Per quanto tempo ancora dovremo assistere allo sfregio del Paese e dei suoi cittadini?

“Obiezioni importanti” al Pfizer. Le Monde pubblica e-mail hackerate all'EMA

Published: 22 January 2021 Created: 19 January 2021 (sinistrainrete.info - L'Antidiplomatico)

La guerra dei vaccini si fa aperta. Il quotidiano Le Monde ha pubblicato delle e-mail rubate da qualche ignoto hacker all'Agenzia europea del farmaco (Ema), circolanti nel dark web e di grande interesse. L'autorevole quotidiano transalpino spiega che alcune di queste e-mail appaiono manipolate, ma altre no, com'è evidente, altrimenti non ne avrebbero rivelato il contenuto. In tali missive affiorano pressioni per far approvare in via forzosa il vaccino tedesco-americano Pfizer-BionTech e quello Moderna, tutto americano, anche ad opera del Commissario europeo, la tedesca Ursula von der Leyen, il cui annuncio pubblico dell'approvazione del

vaccino, a stare alle e-mail, ha destato sorpresa in seno all’Ema. In particolare, le e-mail interne dell’Ema riferiscono di “obiezioni importanti” fatte al vaccino Pfizer, e si rileva come siano state riscontrate differenze tra quello annunciato e documentato negli studi e quello effettivamente commercializzato, almeno per alcuni lotti, col risultato che esso potrebbe avere un’efficacia ridotta (o nulla? L’interrogativo è d’obbligo, data l’assenza di informazioni in merito).

Per i particolari rimandiamo all’articolo del giornale parigino. In questa nota ci limitiamo a reiterare le domande poste nella nota pregressa, In questo tempo di pandemia gli interessi economici delle Case farmaceutiche hanno avuto un peso maggiore della salute dei cittadini? E ancora, all’emergenza reale si stanno dando risposte reali o, per urgenza o altro, tale risposta viene depotenziata?

Ci sembra interessante che tali e-mail siano trapelate, Sia che davvero si tratti di hacker, sia che si tratti di una qualche talpa nell’Ema (o di un combinato disposto), qualcuno evidentemente è imbarazzato per quanto sta avvenendo e ha scoperchiato il vaso di Pandora, usando dell’anonimato del dark web, dato che gli interessi in gioco sono talmente alti che si rischia di rimanere fulminati.

Ma che la corsa ai vaccini avrebbe provocato una vera e propria guerra era chiaro fin dall’inizio. A parte indizi e sentori, ci aveva colpito molto l’attacco subito il 1 aprile dallo Spallanzani e dal San Camillo, Istituti che avevano iniziato a lavorare allo sviluppo dei vaccini.

Un attacco hacker al primo istituto, un vero e proprio attacco vandalico, con relativa distruzione del laboratorio, al secondo, riferiti dalla cronaca locale. Tutta la corsa ai vaccini è stata scandita da attacchi hacker. Sono stati accusati i russi, come d’uso ormai da tempo, ma anche altri. Di certo tale corsa ha visto vincenti e perdenti. A oggi i perdenti sono Oxford e Mosca, che hanno sviluppato vaccini analoghi, ambedue marginalizzati. Forse anche per questo hanno stretto una partnership, nella speranza, chissà, che l’unione gli dia la forza necessaria a navigare in acque meno tempestose.

Va infine notato che, nonostante siamo costantemente bombardati da notizie sul coronavirus, la guerra dei vaccini, pure importante per l’esito che ha e avrà sulla salute globale, passa sottotraccia. Pochi hanno interesse, o la forza, di denunciare quanto si sta consumando sulla pelle dei cittadini. Tale la potenza dei gestori della pandemia, che anzitutto è gestione delle relative informazioni.

Il caos informativo è solo apparente, come dimostra lo studio della Carnegie Mellon University, che nell’estate dello scorso anno scoprì che la maggior parte delle informazioni globali via twitter, cioè tweet e re-tweet, era gestito da bot. Uno studio che, data la sensibilità del tema, avrebbe dovuto suscitare scalpore e avviare inchieste giudiziarie, ma che passò del tutto inosservato. Né si ha notizia di studi analoghi successivi, almeno di rilievo. E non crediamo che i bot al lavoro, e i loro gestori, si siano successivamente acquietati. Tale il tempo di pandemia, cui ben si attaglia il pandemonio.

Efficacia e sicurezza dei vaccini mRNA per il SarsCov2 Adriano Cattaneo

NoGrazie – Lettera di informazione periodica n° 88 – Gennaio 2021

Dopo molti annunci, dichiarazioni e comunicati stampa, sono stati finalmente pubblicati i primi risultati degli studi di fase 3 per i vaccini di Pfizer e Moderna,^{1,2} entrambi basati sull’innovativa tecnologia di un pezzo di mRNA virale inserito in una nano particella di grasso. Diciamolo subito: gli articoli pubblicati sono stati scritti da ricercatori pagati delle due ditte e perciò con impliciti conflitti di interessi (CdI). Se al governo negli USA ci fossero stati i NoGrazie, gli studi di fase 3 sarebbero stati affidati a ricercatori privi di CdI e potremmo porre maggiore fiducia su metodi, risultati e interpretazione degli stessi. Inoltre, come scrive Peter Doshi nel suo blog sul sito del BMJ, i dati grezzi non sono a disposizione, e probabilmente non lo saranno per i prossimi due anni o più, per cui non siamo totalmente sicuri che Pfizer e Moderna non ci nascondano qualcosa.³ Al momento, dobbiamo accontentarci di ciò che passa il convento, e ragionarci sopra. Per farlo, megliodisporre di una tabella riassuntiva. La prima cosa che salta agli occhi osservando la tabella è che non ci sono dati di mortalità né Covid-19 specifica né per tutte le cause, con l’eccezione del decesso registrato nel gruppo di controllo dello

studio Moderna. Ovvio che non ci siano dati, visto che la mortalità non era tra gli esiti previsti dai protocolli di studio; sarebbero stati necessari campioni molto più grandi e tempi ben più lunghi, con logiche conseguenze sui costi. Tempi lunghi che sicuramente le ditte e i governi, che hanno finanziato parte degli studi, non erano disposti ad aspettare. Eppure ciò che tutti si aspettano dai vaccini anti-Covid-19 è che riducano i morti. Saremo mai in grado di rispondere a questa domanda?

Mancano nella tabella anche dati sulla prevenzione di casi asintomatici o paucisintomatici. Tutti i casi di Covid-19 citati corrispondono alle definizioni cliniche della FDA e si tratta sempre di malattia conclamata. Anche questa mancanza era prevista dai protocolli di studio. Sta di fatto che questi studi non permettono di stabilire se la vaccinazione contribuirà a interrompere la trasmissione. Unita al fatto che non si conosce la durata dell'immunità post-vaccinale, questa

Caratteristiche	Pfizer		Moderna	
	Vaccino	Placebo	Vaccino	Placebo
Partecipanti (2 dosi)	18556	18530	14550	14598
Età media (min/max)	52 (16-89)	52 (16-91)	51 (18-95)	51 (18-95)
Età oltre 55/65 anni	42%	42%	25%	25%
Obesi (BMI ≥30/40)	35%	35%	6,7%	6,8%
Casi di Covid-19	8	162	11	185
Tasso di incidenza	0,46/1000	9,25/1000	0,78/1000	13,1/1000
Efficacia protettiva	95% (90,3%-97,6%)		94,1% (89,3%-96,8%)	
Differenza di rischio	8,79/1000		12,3/1000	
NNV per evitare 1 caso	114		81	
Casi gravi di Covid-19	1	9	0	30 (1 decesso)
Tasso di incidenza	0,047/1000	0,423/1000	0	2,1/1000
Efficacia protettiva	88,9% (20,1%-99,7%)		100%	
Differenza di rischio	0,376/1000		2,1/1000	
NNV per evitare 1 caso grave	2660		476	
Eventi avversi	26,7%	12,2%	23,9%	21,6%
Eventi avversi gravi	0,6%	0,5%	0,6%	0,6%

mancanza rende al momento difficile, se non impossibile, sostenere l'ipotesi che la vaccinazione permetta di raggiungere l'immunità di gregge. Gli articoli non citano i NNV (number needed to vaccinate), cioè il numero di individui da vaccinare per evitare un caso o un caso grave di Covid-19. I dati forniti, però, ne permettono la stima, pur con qualche incertezza sul denominatore da usare; la scelta va dal numero di individui vaccinati con due dosi (opzione 1), al numero di quelli seguiti per tutto il tempo previsto dai protocolli (opzione 2), al numero totale di individui seguiti espressi in termini di persone/anno (opzione 3). Ho scelto l'opzione 2 e quindi la stima reale dei NNV potrebbe essere leggermente diversa. Il NNV per evitare un caso si aggira attorno a 100, per evitare un caso grave va da circa 500 (Moderna) a circa 2500 (Pfizer), per i pochi casi gravi registrati in quest'ultimo studio. Per evitare un decesso, ammesso che il vaccino eviti i decessi, questi ultimi numeri vanno moltiplicati almeno per 10.3

Oltre che per stimare l'efficacia dei vaccini, i due studi sono stati condotti per valutarne la sicurezza. Le dimensioni dei campioni e le durate dei follow-up (circa due mesi) non permettono però di sapere qualcosa su eventi avversi rari e gravi, oppure tardivi. Sappiamo che le reazioni locali (dolore, arrossamento, gonfiore, linfoadenite) sono molto più frequenti nei vaccinati, ma sono passeggere, anche se in alcuni casi possono impedire di svolgere le normali occupazioni e possono richiedere cure mediche (i vaccinati hanno assunto molto più paracetamolo dei non vaccinati). Anche le reazioni sistemiche (soprattutto stanchezza e mal di testa) sono più frequenti tra i vaccinati, anche se non ci sono differenze per quelle classificate come gravi. Ciò probabilmente significa che i vaccini stimolano molto il sistema immunitario. Questo è un bene, per quanto riguarda l'efficacia, ma potrebbe essere un male nel caso di reazioni eccessive, che potrebbero portare a

malattie infiammatorie croniche o auto-immuni. In teoria potremmo saperne di più se i due studi mantenessero il follow-up per un paio d'anni, come previsto dai protocolli.

Ma le ditte hanno annunciato che potrebbero vaccinare gli individui dei gruppi di controllo, per ragioni etiche. Se così fosse, sarebbe grave, visto che perderemmo la possibilità di comparare i vaccinati con i non vaccinati, e che per gli effetti avversi rari, gravi e tardivi dovremmo affidarci solamente alla sorveglianza di fase 4, sperando che le istituzioni decidano di instaurare una sorveglianza attiva. Intanto negli USA e in Gran Bretagna, dove sono già state vaccinate milioni di persone, sono stati registrati alcuni casi di reazioni anafilattiche immediatamente dopo la vaccinazione. Reazioni rare, ma molto gravi e potenzialmente mortali, in mancanza di pronto intervento medico. Ne parla un editoriale pubblicato assieme ai due articoli di cui sopra. Le autrici ipotizzano che le reazioni anafilattiche siano associate ad alcuni eccipienti (glicoli polietilenici e polisorbati) presenti sia nei vaccini Pfizer e Moderna sia in quelli di Astra Zeneca, Janssen, Novavax e Sanofi Pasteur che saranno probabilmente autorizzati nel corso del 2021.4 Se così fosse, e considerato che potrebbero essere vaccinati miliardi di individui, è necessario garantire che a ogni somministrazione sia presente personale medico in grado di intervenire prontamente ed efficacemente per salvare vite.

1. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, et al. Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine. N Engl J Med 2020; 383:2603-15

2. Baden LR, El Sahly HM, Essink B, et al. Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine. N Engl J Med 2020 December 30. DOI: 10.1056/NEJMoa2035389

3. <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/01/04/peter-doshi-pfizer-and-modernas-95-effective-vaccines-we-need-more-details-and-the-raw-data/2>

Il ruolo della dieta nella pandemia da Covid-19

Mariolina Congedo

NoGrazie – Lettera di informazione periodica n° 88 – Gennaio 2021

La pandemia è comunemente vissuta come un male impreveduto e dal decorso imprevedibile. Alla sua aleatorietà si contrappongono le misure di distanziamento sociale, l'uso della mascherina, il lavaggio frequente delle mani e in prospettiva la profilassi col vaccino. Vi sono altri ambiti a cui porre attenzione da parte di tutti? In un editoriale pubblicato il 10 luglio 2020, Maryanne Demasi, giornalista scientifica australiana, propone una dieta a basso tenore di carboidrati per favorire l'immunità e ridurre le risposte infiammatorie, sulla base di alcuni dati epidemiologici:

■ fra gli ammalati di Covid-19, le due condizioni patologiche pre-esistenti più comuni sono le malattie cardiovascolari (32%) e il diabete (30%);

■ due terzi degli ammalati gravi di Covid-19 nel Regno Unito erano sovrappeso o obesi, e il 99% dei decessi in Italia ha riguardato pazienti con preesistenti malattie fra cui ipertensione, diabete e cardiopatia;

■ i pazienti con miglior controllo glicemico sono quelli che hanno avuto un decorso migliore. I nessi che vengono stabiliti nell'articolo riguardano il ruolo dell'insulino-resistenza rispetto all'immunità e il ruolo dell'alterata regolazione glicemica nel favorire l'infiammazione e le malattie respiratorie.

Se è scontato consigliare una dieta povera di carboidrati ai diabetici, è molto meno scontato favorire una riduzione dell'assunzione di zuccheri semplici nella popolazione in generale. L'attenzione alla dieta come un ulteriore fattore per fronteggiare la pandemia è un elemento che può favorire l'empowerment della popolazione e presentare vantaggi noti che vanno oltre l'immediato. Ma l'editoriale, che ha sicuramente il pregio di offrire un ulteriore ambito di prevenzione in un contesto poli-fattoriale che merita approfondimento, lascia almeno due dubbi.

Il primo riguarda la possibilità di attribuire alla generalità della popolazione il ruolo che il controllo della glicemia ha avuto nei diabetici rispetto al decorso di Covid-19. Ovvero, un diabetico ben controllato può avere un decorso meno grave per ragioni differenti dal ruolo diretto dell'iperglicemia sull'immunità.

Il secondo riguarda la critica alla piramide alimentare in cui i carboidrati sono collocati alla base, mettendo insieme dieta scorretta di soggetti con sindrome metabolica, scelte dietetiche inappropriate di soggetti sani, offerta commerciale di cibi molto raffinati e con aggiunta di zuccheri semplici.

L'etica dell'imperativo "vaccinarsi" di Isafia* Published: 23 January 2021

Created: 16 January 2021 (sinistrainrete.info – Sovranità Popolare)

Molte persone ci chiedono di rispondere alla insistente propaganda di chi definisce un "imperativo etico" e un "dovere morale" quello di vaccinarsi

ISOFIA è una rete internazionale di medici, scienziati, accademici e avvocati che, senza alcun fine di lucro, ha come unico obiettivo quello di condividere le conoscenze e le esperienze di ciascuno e collaborare per ricercare e difendere la verità scientifica e la libertà personale, pur nel pieno rispetto della socialità e delle responsabilità civili. Da mesi riceviamo continui e ripetuti messaggi sullo stato di emergenza da pandemia volti a rafforzare, in modo crescente e penetrante, un perdurante stato di paura dinanzi al c.d. "virus mortale" e per mesi ci è stato detto che l'unica via di salvezza sarebbe stata la vaccinazione di massa e ora ci troviamo al dunque...

Molte persone ci chiedono di rispondere alla insistente propaganda di chi definisce un "imperativo etico" e un "dovere morale" quello di vaccinarsi. Attraverso questa lettera aperta, vogliamo esprimere le nostre preoccupazioni rispetto agli inviti sempre più pressanti ad aderire alla campagna vaccinale e mettere a fattor comune alcune informazioni di carattere medico-scientifico di cure alternative, che purtroppo non vengono divulgate dai principali mezzi di comunicazione, nonostante siano già state applicate con comprovato successo ed efficacia per la cura dal Covid-19 di centinaia e centinaia di persone in varie parti del mondo.

Il nostro unico scopo è quello di fornire e divulgare il più possibile tali informazioni affinché le persone siano messe nella condizione di effettuare una scelta davvero libera e consapevole riguardo il vaccino e per questo vogliamo richiamare la vostra attenzione su alcuni punti e dati che riteniamo particolarmente significativi.

Prima di tutto poniamoci alcuni interrogativi:

come mai in Italia siamo costretti a somministrare il vaccino Pfizer-Moderna-Biontech (vaccino 'viaggia' a -80°C) e non anche altri?

Perché, tra le tante soluzioni, è stato scelto il vaccino più sperimentale di tutti i tempi?

Proviamo a rispondere, riportando semplicemente alcuni elementi la cui fondatezza è accertata e, per chi lo vuole, assolutamente accertabile e approfondibile:

- a tutt'oggi gli anticorpi per il SARS Cov2 non sono stati isolati e non esiste infatti un test sierologico di conferma, nemmeno rispetto ad una presunta immunità naturale.

Solo e unicamente gli anticorpi – e non altro – possono essere studiati e monitorati nelle procedure come segno di efficacia vaccinale e al momento nessuna casa farmaceutica può permettersi di affermare di aver raggiunto questo livello di precisione e gli studi sinora condotti sono tutti approssimativi.

- Forse non tutti sanno che il nostro Paese partecipa al c.d. Progetto GAVI (finanziato dalla Bill e Melinda Gates Foundation) in qualità di capofila di esperimenti sociali, attraverso programmi vaccinali obbligatori.

Le aziende Pfizer, Moderna e BionTech appartengono ad un'unico gruppo, l'American Depositary Share (ADS) quotato in borsa che segue i programmi Nasdaq Global Select Market e che per goderne i vantaggi deve rispettare requisiti precisi, primo fra questi che le entrate del precedente anno fiscale siano superiori a \$ 90 milioni.

- Il vaccino a cui, per "dovere etico e morale" (e domani forse per obbligo), dovremmo tutti sottoporci, ancorché privo di studi esaustivi sulla sua efficacia e sicurezza, prevede l'inserzione di un tratto genomico che può avere, a medio e lungo termine, il grave effetto di modificare il DNA umano.

Il vaccino Pfizer contiene un tratto di RNA che, una volta iniettato, si replicherebbe nelle cellule ospiti, codificando l'antigene S (Spike) contro cui dovrebbero formarsi anticorpi protettivi.

Ma se ad oggi non esiste alcun test sierologico affidabile che ne abbia mai dimostrato l'esistenza, com'è possibile rilevare questi anticorpi?

Nello studio di efficacia vaccinale fornito dalla stessa azienda produttrice è riportato che si dovrà seguire i partecipanti alla sperimentazione fino a 24 mesi dopo la somministrazione della seconda dose, questo per le valutazioni di sicurezza e di efficacia contro il Covid-19. Si parla di quel valore 95% come un risultato di efficacia; in realtà è questo semplicemente un risultato stimato.

Oltre al vaccino messo a punto da Pfizer-Moderna-Biontech, in varie parti del mondo ne sono stati preparati altri che utilizzano virus morti o disabilitati.

L'AIFA – Agenzia Italia del Farmaco – dichiara che allo stato non si conosce, né la concreta protezione del vaccino, né gli eventuali effetti collaterali, né se questo vaccino possa essere utile o addirittura dannoso in pazienti immunodepressi, che è necessario più tempo per ottenere dati significativi per dimostrare se i vaccinati si possono infettare in modo asintomatico e contagiare altre persone e che non si potrà parlare di effetto gregge, pur attivando un programma vaccinale di massa.

- Una grande quantità di persone decedute nel nostro Paese sono state bollate (e contate!) impropriamente come “morti a causa del Covid-19”, questo sulla base di un test (PCR) che presenta un'elevata probabilità di falso positivo, o semplicemente perché finite in terapia intensiva per una qualsiasi patologia d'organo.

I numeri ufficiali di mortalità ci dicono che nelle Regioni con scarsa assistenza sanitaria nel 2020 ci sono state meno morti che nel 2019, a differenza invece di quanto accaduto nelle Regioni dotate di alta qualità sanitaria, i c.d. “poli di eccellenza” (fra questi Lombardia e Veneto). La Campania, che quest'estate ha raggiunto il record di contagi (seconda alla sola Lombardia), continua ad avere anche il record di scarsa mortalità. I dati epidemiologici ci fanno asserire in modo assolutamente asettico ed oggettivo che dove c'è stata più assistenza ospedaliera c'è anche stata una maggiore mortalità. Perché?

Forse bisognerebbe indagare se non siano stati commessi errori nelle procedure cliniche adottate, revisionare le cartelle cliniche e permettere le autopsie per il riscontro post mortem della presenza del virus nelle aree di danno organico... Posto che qualsiasi stato influenzale abbassa la concentrazione di ossigeno nel sangue, quello che ormai si sa in ambiente medico-scientifico è che è un errore somministrare ai “pazienti Covid” ossigeno anziché farmaci più specifici, dal momento che proprio la somministrazione di ossigeno ha, tra i vari effetti collaterali, la creazione di spazi morti alveolari e conseguenti crisi di embolia polmonare ascritti erroneamente al virus. La c.d. polmonite interstiziale da Covid non può essere trattata omettendo la prescrizione di alcuni farmaci come il cortisone e l'antibiotico.

- Anche se il mainstream non ce lo dice, da mesi ormai numerosi medici, epidemiologici, clinici, scienziati, ricercatori etc. chiedono alla politica italiana, al Presidente del Consiglio e ai Ministri un tavolo di confronto serio per approfondire i veri aspetti scientifici e valutare in modo oggettivo il rapporto rischi/benefici delle diverse soluzioni terapeutiche disponibili. Ad oggi, tuttavia, queste istanze sono rimaste totalmente prive di ascolto.

Nonostante in tutti questi mesi, in varie parti del mondo, molti medici abbiano applicato cure alternative al vaccino con comprovato successo ed efficacia, guarendo centinaia e centinaia di persone affette da Covid-19, queste inspiegabilmente non sono state recepite nei tanto attesi protocolli sanitari, né divulgate dai principali mezzi di comunicazione. Le statistiche internazionali dimostrano che nei paesi dove sono state adottate le cure precoci e domiciliari a base di idrossiclorochina e ivermectina vi è stata una significativa riduzione di mortalità e ospedalizzazioni da Covid-19.

- Anche nel 2020 nel mondo occidentale la principale causa di morte è stata quella relativa a malattie croniche degenerative, e non a malattie infettive (in cui rientra anche il Covid-19).

Nel primo trimestre dell'anno in Italia abbiamo ogni anno circa 2200 decessi al giorno per cardiopatie, cancro, nefropatie e malattie croniche polmonari. E' stato così anche nel 2020.

Questi dati sono riscontrabili anche dai rilievi ufficiali di mortalità riportati dall'Istituto Nazionale della Statistica (ISTAT) e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Rimanendo sempre aperti al dibattito, crediamo nella informazione onesta e trasparente come fonte di riflessione e di formazione del chiaro pensiero e della libera scelta dei cittadini.

* *International Solidarity Of Free Information & Art, in collaborazione con: Comicost; Ampas; Sinergetica.*

“Le mascherine distribuite nelle scuole non sono sicure”. L’allarme delle nuove analisi

USB Roberta Ragni 23 Gennaio 2021 www.greenme.it

“Le mascherine FCA non soddisfano i requisiti di norma”. A rilanciare l’allarme sulle mascherine distribuite a studenti e insegnanti nelle scuole e agli operai di FCA e delle aziende collegate, una cordata composta da Rete Iside Onlus, USB e organizzazione studentesca OSA. L’azienda Archa, autorizzata dall’Ente Italiano di accreditamento Accredia, ha sottoposto ad analisi le mascherine facciali a uso medico (c.d. mascherine chirurgiche) prodotte dall’azienda FCA (già FIAT) e ha rilevato come queste non siano rispondenti ai requisiti di norma in tema di efficienza di filtrazione batterica (BFE).

Un risultato che arriva dopo l’inchiesta della procura di Savona e quella di Striscia di Notizia, che aveva già puntato i riflettori sulla possibilità il filtraggio delle mascherine prodotte dall’azienda di John Elkann non rispettasse i limiti di legge. Anche Report a gennaio si era occupata dei milioni di mascherine prodotti per gli scolari italiani nello stabilimento di Mirafiori di FCA.

“Sottoposte a test di laboratorio, le mascherine hanno dato valori di filtrazione oscillanti tra l’83,53 e l’86,39%, quando la norma UNI EN 14683:2019 stabilisce un limite di accettabilità maggiore del 95% per le mascherine tipo I (due strati) e del 98% per il tipo II e IIR (tre e quattro strati). I test sono stati effettuati venerdì 15 gennaio 2021 esponendo ad aerosol batterico la faccia interna del campione con un flusso di aspirazione di 28,3 litri/minuto”, spiega Usb..

Rete Iside, USB e OSA hanno dato mandato ai propri legali di rivolgersi con urgenza alle autorità giudiziarie competenti al fine di verificare se nei fatti descritti siano ravvisabili gli estremi del reato di frode in pubbliche forniture e ogni altra ipotesi delittuosa in relazione al pericolo cagionato alla incolumità pubblica, anche con riguardo agli omessi controlli dei dispositivi in questione, nonché di verificare se dai fatti descritti sia derivato un danno per l’erario. Si chiederà inoltre all’autorità giudiziarie di adottare ogni provvedimento cautelare opportuno al fine di tutelare la salute dei lavoratori e dei cittadini.

Fonte: Usb.

Svizzera: referendum contro i lockdown CptHook Su 23 Gen 2021 comedonchisciotte.org

La Svizzera indice un referendum per togliere al governo il potere di imporre lockdown. Il referendum si terrà presumibilmente a giugno, quando alcune restrizioni potrebbero essere di nuovo revocate, anche se non è stata fissata una data precisa. Patrick Delaney – LifeSiteNews – Martedì 19 gennaio 2021

BERNA, Svizzera, 18 gennaio 2021 (LifeSiteNews) – Approfittando di una disposizione unica nella loro costituzione, gli attivisti svizzeri hanno raccolto firme sufficienti per indire un referendum nazionale volto a togliere al governo i poteri di imporre misure di blocco conseguenti a una pandemia. Il gruppo Amici della Costituzione ha raccolto 86.000 firme per richiedere una votazione a livello nazionale per decidere se abrogare la legge COVID-19 del 2020 del governo approvata a settembre, scrive Business Insider.

La costituzione svizzera prevede il ricorso alla democrazia diretta, in base alla quale i cittadini possono indire un referendum per annullare leggi introdotte dal parlamento se sono in grado di raccogliere 50.000 firme in 100 giorni. Avendo superato ampiamente tale requisito, il voto è previsto per giugno. La settimana scorsa il governo svizzero ha annunciato restrizioni più severe con lo scopo dichiarato di limitare la diffusione di nuove varianti del COVID-19 che si dice siano state scoperte per la prima volta in Gran Bretagna.

Hanno imposto la chiusura di negozi che vendono prodotti “non essenziali”, limitato gli incontri privati a cinque persone e ordinato alle aziende di chiedere ai dipendenti di lavorare da casa, ove possibile, o di far

indossare mascherine al personale. Hanno anche prolungato la chiusura dei ristoranti, oltre che dei siti culturali e sportivi, fino alla fine di febbraio, riferisce la Reuters. Christoph Pfluger, membro del consiglio di amministrazione di Amici della Costituzione, ha dichiarato che il gruppo ritiene che il governo stia “approfittando della pandemia per aumentare il controllo e ridurre la democrazia”. Il gruppo ha anche affermato che la legge COVID-19 è “sproporzionata” e “manifestamente inefficace”, mentre altri hanno sostenuto che dà al governo troppo potere per imporre un “sistema obbligatorio di vaccini insufficientemente testati”. Secondo quanto riporta The Local, Pfluger ha detto: “Il successo del referendum costituirebbe un invito alle autorità ad esercitare la massima cautela nella campagna di vaccinazione e anche a imporre una moratoria“. Questo dibattito in Svizzera si inserisce nel quadro di diversi studi che confermano il danno sproporzionato arrecato agli individui e alla società nel suo complesso dall’attuazione delle misure di blocco.

La rivista Newsweek ha recentemente pubblicato uno studio dell’Università di Stanford (pubblicato in italiano qui) che ha concluso di non poter “trovare un chiaro e significativo effetto benefico” delle misure di blocco “sulla diffusione dei casi in qualsiasi Paese”. In effetti, lo studio ha affermato che i lockdown draconiani possono di fatto aumentare i tassi di infezione. Tre professori sono giunti a questa stessa conclusione lo scorso autunno quando hanno scritto: “Se l’isolamento ha davvero modificato il corso di questa pandemia, allora il conteggio dei casi di coronavirus avrebbe dovuto chiaramente diminuire quando e dove l’isolamento ha avuto luogo. L’effetto avrebbe dovuto essere ovvio...”

A giudicare dalle prove, la risposta è chiara: l’isolamento obbligatorio ha avuto poco effetto sulla diffusione del coronavirus“. Un altro rapporto pubblicato a novembre sottolinea l’incommensurabile danno inflitto dalle misure di lockdown nei settori della salute mentale, dell’economia, della disoccupazione, della criminalità e dell’istruzione. Questi includono un raddoppio delle tendenze suicide nel complesso, con un enorme numero di giovani adulti di età compresa tra i 18 e i 24 anni che a fine giugno hanno riferito di aver avuto idee suicide. A quel tempo, il 40 per cento degli adulti americani aveva dichiarato di avere problemi di salute mentale. I sintomi dell’ansia erano triplicati e quelli della depressione erano quadruplicati rispetto ai dati del 2019. Le visite al pronto soccorso legate a problemi di salute mentale sono aumentate del 24% per i bambini di età compresa tra i 5 e gli 11 anni e del 31% per quelli tra i 12 e i 17 anni, rispetto al 2019. Il 39 per cento di quelli nella fascia di reddito basso, che vivono con un reddito familiare di 40.000 dollari o meno, ha dichiarato di aver perso il lavoro.

C’è stato un aumento del 53 per cento degli omicidi da giugno ad agosto, con picchi relativi ad abusi domestici, tra cui, ad esempio, un aumento del 25 per cento delle chiamate a un ente di beneficenza del Regno Unito per gli abusi in famiglia. Uno studio pubblicato a luglio dalla Heritage Foundation ha rilevato che i lockdown draconiani del tipo adottato in molti stati americani sono meno efficaci nel combattere il COVID-19 rispetto alle strategie più strettamente dirette a coloro che sono maggiormente a rischio. Con la consapevolezza che “la possibilità di morte dovuta al COVID-19 è più di mille volte superiore nei vecchi e nei malati rispetto ai giovani e che “man mano che aumenta l’immunità nella popolazione, il rischio di infezione per tutti – compresi i più vulnerabili – diminuisce” dato che la popolazione si sposta verso “l’immunità di gregge”, decine di migliaia di medici e scienziati della sanità pubblica e sostengono invece questo approccio più strettamente mirato che chiamano “Focused Protection” (protezione mirata).

Questa valutazione presentata nella Dichiarazione di Great Barrington (pubblicata in italiano qui) adotta come obiettivo centrale la protezione dei soggetti vulnerabili, mentre coloro che non rientrano in questa categoria dovrebbero “essere immediatamente autorizzati a riprendere la vita normale”. Secondo il loro giudizio professionale, questo è “l’approccio migliore che bilancia rischi e benefici del raggiungimento dell’immunità di gregge“, e quindi la protezione dell’intera popolazione dagli effetti nefasti del virus e delle draconiane misure di lockdown.

Mentre la Svizzera procede sulla via del referendum, lo fa come una delle più antiche democrazie del mondo, con una costituzione che enfatizza la libertà individuale, poiché si impegna a “proteggere la libertà e i diritti del popolo”. Con la sua disposizione sulla democrazia diretta, la Svizzera indice ogni anno molteplici referendum

su ogni tipo di argomento. Lo scorso marzo, però, mentre si avvicinavano al loro “momento Brexit” con un voto nazionale volto a ridurre i rapporti della nazione con l’Unione europea, il governo ha annullato il voto e sospeso le campagne per altri referendum a causa delle misure di limitazione della pandemia. Come concluse allora la Reuters, “la tradizione di democrazia diretta del Paese è stata vittima dell’epidemia”.

Link: <https://www.lifesitenews.com/news/switzerland-to-hold-referendum-to-strip-government-of-power-to-impose-lockdowns>

Traduzione di Cinthia Nardelli per ComeDonChisciotte.

Covid-19: il vaccino vi rende liberi! 24 Gen 2021 comedonchisciotte.org

D’ora in poi il motto all’ingresso dei campi nazisti “Arbeit macht frei” (il lavoro vi rende liberi), sarà cambiato con “Impfung macht frei” (il vaccino vi rende liberi). di Daniel Vanhove

Per concessione di Tlaxcala Fonte: <http://www.tlaxcala-int.org/article.asp?reference=30554>

Tradotto da Leopoldo Salmaso

Fino a che punto si spingerà la sottomissione ai diktat di Big Pharma? Pensavo di non dovermene occupare più e poter lavorare finalmente su qualcos’altro, ma ogni settimana che passa ci porta la sua dote di nuove misure “anti-covid”, sempre meno coerenti, e senza che possiamo vedere la fine del tunnel. Perciò eccomi qua di nuovo, mio malgrado... Dunque, i dati che dovrebbero guidare le decisioni delle autorità politiche sono chiari: nonostante una campagna mediatica degna dei vecchi regimi dell’Europa orientale, questo virus non provoca più morti di altri, tipo quello dell’Influenza che è misteriosamente scomparsa, he-he... E il 95% delle vittime classificate come ‘Covid’ sono persone anziane (oltre 82 anni) e/o già affette da varie patologie: insufficienza respiratoria, malattie cardiovascolari, diabete, sovrappeso, cancro, ecc. (1). Perché dunque ostinarsi a voler fermare tutta la vita di una società, di interi paesi?

Non c’è niente da fare. Scopriamo l’onnipotenza di certe lobby. E i governi sono decisamente complici.

L’episodio della signora Ministro del Bilancio belga che ha rivelato i prezzi dei vaccini venendo sonoramente redarguita senza ricevere l’attenzione mediatica che la sua rivelazione meritava, dimostra che c’è un gran giro di soldi. E qualche giornalista investigativo dovrebbero setacciare questa parte “riservata” di alcuni contratti per determinare chi sono i vari beneficiari.

La paura alimentata dalle altre lobby (mediatiche) e l’ignoranza politica delle masse fanno il resto. Risultato: abbiamo davanti agli occhi popolazioni paralizzate, sottomesse, pronte ai comportamenti più irrazionali per salvarsi da un virus che, come molti altri, si trasmette mutando nel corso delle stagioni, del che approfittano questi teppisti per dichiarare che è sempre più pericoloso anche se ciò non è affatto dimostrato. Sembrerebbe un’epidemia di peste bubbonica e invece è un virus comune della famiglia dei Coronavirus, ben nota agli scienziati. E tutte le strategie sostenute dall’OMS – sulla quale c’è molto da dire in termini di interessi nascosti – si basano su “modelli” e non su prove provate (2).

Ci sono qua e là focolai di contestazione contro queste ondate ingannevoli – dove purtroppo alcuni si perdono in deliri che portano più confusione che chiarimenti a cittadini già confusi – ma le loro voci sono soffocate dalla maggior parte dei ‘tenori’ politico-mediatici... i più zelanti dei quali incoraggiano i cittadini a denunciare questi “complottilisti” e li vogliono punire dichiarando che il loro comportamento ribelle impedisce il ‘ritorno alla normalità’ per tutti gli altri. Non sorprende davvero in un paese (la Francia) il cui presidente parla di loro come di ‘stronzi’ e preferisce riabilitare un traditore della Nazione come il maresciallo Pétain, e i cui deputati (ad esempio Valérie Six – UDI), alleati al governo, prendono come esempio da seguire il vile regime di apartheid israeliano che sceglie di curare la sua popolazione ebraica e non la sua popolazione palestinese.

Per giustificare misure sempre più assurde, viene annunciato – senza alcuna prova scientifica – che il virus circola nell’aria? Le persone si mascherano anche in aperta campagna, quando vanno in bicicletta, fanno jogging o camminano nei boschi. Vieni detto loro di guardarsi dalla sua virulenza che è “straordinaria”? Si mettono la mascherina anche quando sono da soli alla guida dell’auto.

Si dice loro che questo maledetto virus si diffonde soprattutto dopo le 18:00? Accettano prontamente coprifuochi che non hanno alcuna utilità dimostrata.

Si impedisce loro di incontrare più di qualche persona, li si incoraggia a tenere lontani il nonno e la nonna, si vieta loro di baciarsi, e soprattutto di non trascurare le salvifiche ‘misure di distanziamento sociale’ – anche se vaccinati!

Li si esorta a sottoporsi al tampone – un test che fornisce il risultato di un momento specifico e potrebbe quindi essere obsoleto il giorno successivo a seconda degli incontri e delle attività della giornata? Lo fanno con una docilità sconcertante... al punto da mascherinare i propri figli senza chiedersi se non fa peggio piuttosto che bene... d'altronde gli specialisti avvertono delle conseguenze a lungo termine sulla perdita dell'immunità di una gioventù sacrificata, anche psicologicamente.

E si arriva alla BBC che consiglia di fare l'amore con la mascherina, scegliendo posizioni che evitino il faccia a faccia! (3).



Figura 1: BBC sul rischio di contrarre Covid col sesso

Ma che follia, che bestialità, che pazzia! In che genere di società assurde e imbecilli ci stiamo immergendo così passivamente!?

Fin dall'inizio, ho detto e scritto come altri, ma troppo pochi, che era tutto un sordido calcolo di Big Pharma che aveva già cercato di intrappolarci in questo modo, senza riuscirci (ricordate la campagna di vaccini durante l'“influenza H1N1”... con milioni di dosi ordinate dagli Stati che dovettero negoziare con altri Paesi per l'approvvigionamento o la rivendita). Quindi, se noi siamo “complottoisti” semplicemente perché scegliamo di guardare a tutto con il senno di poi, che dire di questa cricca e della sua corsa ai

vaccini, se non che è certamente “cospirativa”: una simile campagna non si improvvisa! Inoltre, i vaccini – come le maschere con tanto di avvertimento sulle scatole – vengono venduti già con l'avvertenza che possono non proteggere da una possibile (re)infezione col virus – come del resto avviene per l'influenza. E i laboratori che li hanno prodotti si sono prudentemente cautelati da ogni possibilità di ricorso contro di loro. Non è servito a niente! La popolazione è impaziente di sapere quando i vaccini saranno finalmente disponibili.

In effetti, la situazione è terribile: non resta che dire loro su quali vagoni-bestiami salire. D'ora in poi il motto all'ingresso dei campi nazisti “Arbeit macht frei” (Lavorare rende liberi), sarà cambiato con “Impfung macht frei” (il vaccino rende liberi) che segnerà l'ingresso dei centri di vaccinazione reclamizzati da diversi eletti, e dove si accalcheranno file di candidati! Ripeto, non serve a niente: vediamo una ‘intossicazione’ che prende di mira in modo particolare il livello emotivo e che, ripetuta a ciclo continuo ogni giorno, è riuscita a convincere in meno di un anno la maggior parte dei cittadini sul messaggio che essa trasmette, anche quando si basa su dati discutibili, come i “test PCR” utilizzati e manipolati per riferire il numero di “casi” – che di per sé non significa nulla – come alcuni hanno denunciato. Ora, i problemi sono davvero altrove: in primo luogo, sono in questa volontà dei governi di liquidare l'intero settore pubblico, compresi gli ospedali, a vantaggio del settore privato, come hanno già fatto con altre parti della società con risultati spesso disastrosi, e sono pronti a proseguire con il sistema pensionistico che pure vogliono privatizzare. Queste squadre di giovani dirigenti dinamici, conquistati al neoliberalismo, pensano che uno Stato si debba gestire come un'impresa, come una ‘start up’ ma, alla luce dei risultati, cercano di camuffare la loro immaturità, la loro incompetenza negli affari di una Nazione, i loro cupi calcoli, e soprattutto i loro evidenti fallimenti, agitandosi in maniera sempre più scomposta.

Il secondo problema è che tutto ciò non fa notizia sui principali media poiché sono complici diretti e preferiscono trasmettere le “intossicazioni”. Così, dopo anni di tagli ai bilanci e risparmi nel settore della

“salute”, e nonostante le loro ripetute promesse, nessun governo europeo ha seriamente investito in letti ed equipaggiamenti aggiuntivi di fronte alle dimensioni di una crisi della cui pericolosità pure continuano a ripeterci. E spendono miliardi in terapie geniche soprannominate “vaccini” senza nemmeno riservarsi il senno di poi necessario per verificare la loro affidabilità. Il vaccino antinfluenzale è stato immesso sul mercato solo dopo ricerche ultradecennali. Quello della Covid dopo pochi mesi. Finora nessuna applicazione del sacrosanto “principio di precauzione”. Tuttavia, sempre più casi (Norvegia, Palestina occupata detta ‘Israele’, Gran Bretagna...) sembrano indicare reazioni di intolleranza a volte fatale ai cosiddetti ‘vaccini’, e aumentare drasticamente il numero di infetti. Tuttavia, questo è solo l’inizio, sapendo che altri effetti collaterali compaiono solo dopo anni.

Terzo problema (e forse il più difficile): la mentalità degli occidentali, e in particolare degli europei, che si considerano da tempo superiori. I nostri governi, i nostri media, i nostri ‘esperti’ in tutte le questioni, i nostri tecnocrati e funzionari, ma anche una gran parte delle nostre popolazioni hanno questa sciagurata tendenza a considerare tutto ciò che viene da fuori Occidente come inferiore, meno evoluto o addirittura sottosviluppato. Se da un lato bisognerebbe mettere in discussione le certezze che ci condizionano, d’altro lato questa presunzione non aiuta quando è necessario essere aperti e attenti a ciò che altri hanno messo in atto per affrontare questo genere di crisi dalla quale sembrano uscire più velocemente di noi e in condizioni migliori. Infine, alcuni ‘esperti’ ci spiegano che la crisi maggiore che minaccia di un vero collasso l’intera economia mondiale è l’espansione del debito globale, stimato secondo loro intorno ai 250.000 miliardi di dollari (avete letto bene!).

Che dire dunque degli annunci di prestiti ad aziende, partite IVA, e altri attori per cercare, da un lato, di mantenere a galla e salvare ciò che si può ancora salvare di un’economia che, dall’altro lato, essi stanno silurando con la moltiplicazione di misure assurde? Queste scelte politiche incoerenti che paralizzano tutte le attività della società non fanno che aumentare di molti miliardi il debito pregresso. Cercate l’errore... o meglio, l’impostura! Per concludere, cosa c’è da aspettarsi da funzionari eletti che non hanno altro orizzonte se non la propria carriera e il successo personale? E quanto tempo dovremo aspettare ancora per assistere alla vera disobbedienza civile, al rovesciamento di questo ordine mafioso e alla riconquista degli Stati da parte di una vera democrazia popolare? Nel 2010, in quello che alcuni hanno visto come il suo testamento alle generazioni future, Stéphane Hessel ci ha regalato il suo piccolo saggio “Indignatevi”, in cui metteva in guardia sui rischi di sostituire la dittatura di Hitler con quella dei mercati finanziari. Egli ricordava gli impegni assunti dal CNR (Consiglio Nazionale della Resistenza) a fondamento della democrazia. Appena 10 anni dopo, le giovani generazioni hanno forse perso questa capacità di indignarsi, condizione prima per potersi unire e impegnarsi contro questa dittatura dei mercati e contro le loro morbide strategie per trarre vantaggio da qualsiasi situazione, il cui conto è sistematicamente pagato dal popolo?!

NdT: Epicentro ISS, revisione cartelle cliniche al 16/12/2020

NdT: 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 documento scritto, protocollato, da parte degli organi competenti in base allo statuto dell’OMS: Assemblea Generale (art. 21a) o Consiglio Direttivo (art. 28i).

L’allarme della virologa Gismondo ▷ “Dati Covid forniti fino adesso sono basati su studi non scientifici” 24 Gennaio 2021 RadioRadio

Lockdown in primavera, restrizioni in autunno, blocco natalizio e ora altre chiusure a gennaio: il Paese va incontro a mesi bui rispetto ai quali aumentano le incertezze e le perplessità. Un lungo anno che ha cambiato la vita di tutti, quello appena trascorso, nel quale per la prima volta i numeri hanno assunto una centralità del tutto nuova e inaspettata. Numero di contagi, numero di decessi, numero di terapie intensive: le misure adottate di volta in volta dal Governo si sono sempre basate sui numeri. È su di essi che è stata strutturata, e si fonda

tutt'ora, la strategia con cui decidere per l'una o per l'altra restrizione. I dati, insomma, sono stati i grandi protagonisti del 2020, ma quanta confusione sui metodi di analisi e di conteggio...

Secondo la Dott.ssa Maria Rita Gismondo, Direttore Responsabile di Microbiologia Clinica, Virologia e Diagnostica Bioemergenze dell'Ospedale Luigi Sacco di Milano, questa verrà ricordata come "la pandemia che ha negato la matematica e la statistica". Già, perché secondo la sua analisi i dati che ci sono stati forniti fino ad oggi, proprio quelli che hanno inciso così tanto sulle nostre vite, si basano su "un metodo di analisi che non è fondato scientificamente". Ne ha parlato con Francesco Vergovich e Fabio Duranti a 'Un giorno speciale'. [Ecco la sua spiegazione in diretta.](#)

"Questa pandemia ha negato la matematica e la statistica, ognuno dà numeri, ma nessuno ha mai consultato gli esperti di statistica. Nessuno ha seguito i concetti di fondo della statistica, concetti che alterano tutte le comunicazioni successive. Il dubbio non è ammesso: lei non ha idea di quante critiche pesanti mi sono arrivate e mi arrivano. Io dico, cosa costa andare a fare un'analisi scientifica prima di pubblicare un dato?

L'Rt, un indice complicato da valutare. Se io sono una regione furbetta prendo i dati assolutamente veri che ho dedotto tamponando 1000 studenti e avrò un'incidenza pari al 2%. Se invece non sono furbetta e vado a fare tamponi a tutti i pazienti che si sono presentati al pronto soccorso con sintomi, avrò un'incidenza alle stelle! Io non voglio né minimizzare né ingigantire, so solamente che sono numeri che non si fondano su uno studio statistico. Prima dovremmo definire la campionatura. Vuol dire che i numeri forniti fino ad oggi sono discutibili. Anche l'analisi dei risultati ottenuti dopo le misure: come facciamo a dire che la riduzione di un tot per cento vuol dire che la misura è andata bene o male? Dovremmo tener conto della contagiosità del virus, del numero della popolazione, dell'età della popolazione... Cioè dovremmo avere veramente un'analisi molto più seria. L'andamento dei dati ha una sua significatività, non sono perfetti ma confrontabili. L'andamento è fondato perché ho lo stesso metodo di analisi, però il metodo di analisi non è fondato scientificamente perché non ho una popolazione campione scientificamente individuata".

Dopo il vaccino siamo ancora contagiosi? ▷ I retroscena sui test clinici rivelati da Ranucci (Report) 25 Gennaio 2021 Radio Radio

I tempi di produzione del vaccino Covid sono stati troppo brevi? I test del periodo di sperimentazione sono da considerarsi sufficienti per garantire un farmaco sicuro? Il team di Report ha cercato le risposte a queste domande e le condividerà con il grande pubblico attraverso un servizio che andrà in onda questa sera su Rai 3. A 'Un giorno speciale' il conduttore Sigfrido Ranucci ha sollevato alcune perplessità sull'argomento: secondo quanto emerso dall'inchiesta, infatti, ci sono alcuni punti oscuri dietro le fasi di produzione di questo vaccino. Da un lato le pressioni da parte dei governi UE alle case farmaceutiche per affrettare i tempi di approvazione del prodotto, dall'altro l'assenza di test che dicano con certezza se un soggetto una volta vaccinato sia ancora in grado di trasmettere il virus oppure no.

Lo ha detto in questa intervista di Francesco Vergovich. [Ecco il video.](#)

"Stasera parleremo dei vaccini con dei documenti inediti che riguardano l'Emaleaks. Sono delle e-mail tra l'Emaleaks, l'agenzia del farmaco europea, e i governi. Le pressioni che hanno fatto i governi per l'approvazione del vaccino e le case farmaceutiche. Entreremo nei cosiddetti trials, gli studi che sono stati fatti per approvare il vaccino. Quello che è emerso, che ci ha lasciati un po' perplessi, è che le case farmaceutiche per risparmiare in sostanza hanno effettuato i test senza individuare la possibilità di contagiare, trasmettere il contagio, per chi si è vaccinato.

È stata una scelta fatta a monte di non fare i tamponi a chi si vaccinava per non spendere più soldi e per mancanza di tempo. Questo ci lascia perplessi perché la pericolosità di questo virus sta proprio nel fatto che è molto contagioso, si trasmette molto velocemente, e nell'80% si tratta di casi asintomatici. Capire se una persona può essere contagiosa anche dopo il vaccino è importantissimo. Per proteggere tutti quindi si

dovrebbero fare più vaccini, ma mancano perché qualcuno si è venduto la pelle dell'orso prima di averlo catturato”.

Sentenza Covid, giudice condanna il lockdown: una “decisione catastroficamente sbagliata”

Redazione CDC 25 Gen 2021 Nogeoingegneria.com

Con questo titolo, FOCUS Online ha annunciato un verdetto molto esplosivo che sta causando turbolenze. La notizia ha trovato diffusione anche su altri giornali mainstream. Mentre si parla seriamente dell'apertura di strutture carcerarie per chi non rispetta le ordinanze anti-covid, un giudice tedesco sta mettendo in discussione l'intera politica di lockdown della Germania. Nella sentenza di 19 pagine, il giudice distrettuale Matthias Guericke analizza fino all'ultimo dettaglio l'ordinanza anti-covid emessa nella primavera del 2020. “È la prima sentenza che, in modo molto approfondito e con grande comprensione della Legge fondamentale, del principio dello stato di diritto e del principio di proporzionalità, dimostra davvero in modo eccellente perché questo divieto di contatto è incostituzionale”, commenta l'avvocato Beate Bahner.

Un giudice distrettuale a Weimar: le ordinanze anti-covid sono incostituzionali

Un giudice distrettuale di Weimar ha assolto un uomo che doveva essere multato per aver violato il divieto di contatto per aver festeggiato il suo compleanno con almeno altre sette persone provenienti da un totale di otto famiglie, sei ospiti di troppo secondo l'ordinanza sul Coronavirus della Turingia. (n.d.r. 200Euro) La sentenza del giudice è impietosa: L'ordinanza sul coronavirus è incostituzionale e sostanzialmente inaccettabile.

Per la prima volta, un giudice ha esaminato accuratamente i fatti medici, le conseguenze economiche e l'impatto di politiche specifiche. Un elemento fondamentale dello Stato di diritto è il requisito che le leggi siano univoche. Le leggi non possono emettere dei semplici ordini generici e favorire così l'interpretazione da parte delle autorità secondo il proprio piacimento e quindi l'arbitrarietà. In conformità con la legge sulla protezione dalle infezioni, “l'autorità competente adotta le misure di protezione necessarie.” Nel funzionamento normale, questo significa che le persone contagiose o presumibilmente contagiose possono essere isolate o i locali contaminati possono essere chiusi. La legge sulla protezione dalle infezioni non prevede un divieto generale di contatto che includa anche le persone sane. Tuttavia, come molti tribunali amministrativi hanno sostenuto finora, un superamento del quadro normativo della legge sulla protezione dalle infezioni oltre il corso normale potrebbe essere giustificato se si trattasse di un “evento senza precedenti”, così nuovo che il legislatore non avrebbe potuto regolamentare in anticipo. Il giudice non accetta questa scusa:

Già nel 2013, al Bundestag è stata sottoposta un'analisi del rischio di una pandemia causata da un “virus ModisARS”, elaborata in collaborazione con l'Istituto Robert Koch, che descriveva uno scenario con 7,5 milioni (!) di morti in Germania in un periodo di tre anni e discuteva le misure antiepidemiche per una tale pandemia (Carta stampata del Bundestag 17/12051). Il legislatore avrebbe quindi potuto esaminare le norme della legge sulla protezione dalle infezioni in relazione a tale evento, considerato quanto meno “in una certa misura probabile” (classe di probabilità di accadimento C), e adattarle se necessario. Questo fallimento politico, a causa del quale la Germania si era ritrovata praticamente impreparata all'epidemia – senza precauzioni legali per combatterla, senza scorte di mascherine, indumenti protettivi e attrezzature mediche – non può ora far sì che la politica sia autorizzata a tappare qualsiasi lacuna normativa come meglio crede.

Questo è particolarmente vero perché una situazione epidemica, cioè la base per estendere le norme di controllo delle infezioni, non esiste (o non esiste più). Già in primavera, il numero di persone infette e malate era diminuito, il lockdown era quindi arrivato troppo tardi ed è stato in generale inefficace.

Un pericolo concreto di sovraccaricare il sistema sanitario a causa di “un'ondata” di pazienti COVID-19 non si è quindi mai presentato. Come si può vedere dal registro di terapia intensiva DIVI creato solo il 17.03.2020, almeno il 40% dei letti di terapia intensiva in Germania erano liberi in marzo e aprile. In Turingia, 378 letti di terapia intensiva sono stati segnalati come occupati il 03.04.2020, 36 dei quali con pazienti COVID-19. Questo rispetto a 417 (!) letti liberi. Il 16.04.2020, due giorni prima dell'emissione del decreto, 501 letti di terapia

intensiva erano segnalati come occupati, 56 dei quali con pazienti COVID-19. Questo è in contrasto con 528 (!) letti liberi ... Il numero massimo di pazienti COVID-19 riportato in Turingia in primavera è stato di 63 (28 aprile), il numero di pazienti COVID-19 non era quindi in nessun momento in una fascia in cui si doveva temere un sovraccarico del sistema sanitario.

Questa valutazione dei pericoli effettivi derivanti da COVID-19 nella primavera del 2020 è confermata da un'analisi dei dati relativi alla contabilità di 421 ospedali della iniziativa Quality Medicine, che è giunta alla conclusione che il numero di casi di SARI (SARI = grave infezione respiratoria acuta) trattati come pazienti ricoverati in Germania nella prima metà del 2020, con un totale di 187.174 casi, era in realtà inferiore a quello della prima metà del 2019 (221.841 casi), anche se questo includeva casi di SARI legati a COVID. Secondo questa analisi, anche il numero di casi di terapia intensiva e di uso di ventilazione è stato inferiore nella prima metà del 2020 rispetto al 2019.

Le statistiche di mortalità presentano un quadro simile. Secondo un'analisi specifica dell'Ufficio Federale di Statistica, 484.429 persone sono morte in Germania nella prima metà del 2020, rispetto a 479.415 nella prima metà del 2019, 501.391 nel 2018, 488.147 nel 2017 e 461.055 nel 2016. In base a ciò, sia nel 2017 che nel 2018, ci sono stati più decessi nella prima metà dell'anno che nel 2020.

Le previsioni allarmistiche che hanno influenzato significativamente la decisione sul lockdown in primavera... si basavano inoltre su idee sbagliate in merito alla letalità del virus (la cosiddetta infection fatality rate = IFR) e sulla presenza o assenza di immunità di base al virus nella popolazione .. Secondo un metastudio dello scienziato medico e statistico John Ioannidis, uno degli scienziati più citati al mondo, pubblicato in ottobre in un bollettino dell'OMS, il tasso medio di letalità è dello 0,27%, corretto in 0,23%, e non è quindi superiore a quello delle epidemie di influenza moderatamente gravi.

La conclusione del giudice: non c'erano "lacune intollerabili di protezione" che avrebbero giustificato il ricorso a disposizioni generali. Queste misure violerebbero la dignità umana, che è invece "inviolabilmente garantita" dall'articolo 1, paragrafo 1 della Costituzione.

Questo è un enorme rimprovero al governo federale. È notevole la disinvoltura con cui il giudice di Weimar riassume la discussione durata mesi:

Con il divieto di contatto, lo Stato – anche se con buone intenzioni – attacca le fondamenta della società imponendo la distanza fisica tra i cittadini ("distanziamento sociale"). Fino al gennaio 2020, quasi nessuno in Germania poteva immaginare che lo Stato potesse proibire di invitare i propri genitori a casa con la minaccia di una multa, a meno che non mandasse gli altri membri della famiglia fuori di casa per il tempo in cui erano lì. Quasi nessuno poteva immaginare che a tre amici potesse essere proibito di sedersi insieme su una panchina del parco. Mai prima d'ora lo Stato aveva preso in considerazione l'idea di ricorrere a tali misure per combattere un'epidemia. Non è considerato nemmeno nell'analisi di rischio "Pandemia dovuta al virus Modi-SARS" (BT-Drs. 17/12051), che dopo tutto ha descritto uno scenario con 7,5 milioni di morti, un divieto generale di contatto (così come il coprifuoco e l'ampia chiusura della vita pubblica). Per quanto riguarda le misure antiepidemiche, oltre alla quarantena delle persone in contatto con persone infette e all'isolamento delle persone infette, vengono menzionate solo la chiusura delle scuole, l'annullamento di grandi eventi e le raccomandazioni igieniche (BT-Drs. 17/12051, p. 61f). Nel frattempo, gran parte della gente si è quasi rassegnata alla Nuova Normalità.

Secondo il giudice, tuttavia, ciò che prima era interpretato come una vita "normale" è ora reinterpretato come un reato penale:

" Sebbene sembra che durante i mesi della crisi di Coronavirus ci sia stato uno spostamento dei valori, con il risultato che gli eventi prima considerati assolutamente eccezionali sono ora percepiti da molte persone come più o meno 'normali', il che naturalmente cambia anche la prospettiva della Legge fondamentale, dopo quello che è stato detto, non ci dovrebbe essere di per sé alcun dubbio che con un divieto generale di contatto lo Stato costituzionale democratico viola un tabù – finora considerato del tutto palese."

Inoltre, e come aspetto da considerare separatamente, si deve notare che con il divieto generale di contatto allo scopo di proteggere dal contagio, lo Stato tratta ogni cittadino come un rischio potenziale per la salute di terzi. Se ogni cittadino è considerato come un pericolo da cui gli altri devono essere protetti, viene allo stesso tempo privato della possibilità di decidere a quali rischi si espone, cioè di una libertà fondamentale. Se il cittadino si reca in un caffè o in un bar la sera e accetta il rischio di contagio con un virus respiratorio per il desiderio di socialità e gioia di vivere, oppure se è più cauto perché ha un sistema immunitario indebolito e quindi preferisce rimanere a casa, non spetta più a lui decidere nel momento in cui si applica un divieto generale di contatto.” Il giudice distrettuale esamina meticolosamente gli studi che mostrano quanto sia inefficace il provvedimento di divieto di contatto.

Egli valuta le restrizioni alla libertà in relazione al fatto che la protezione è stata trascurata nelle case di riposo, mentre le persone meno vulnerabili non possono più uscire di casa.

Allo stesso tempo, il giudice si occupa intensamente dei danni collaterali delle decisioni di blocco, che stanno diventando sempre più evidenti:

- (1) La perdita di profitti/profitti di imprese/commercianti/freelance che sono conseguenze dirette delle restrizioni di libertà a loro imposte.
- (2) Decrementi/perdite di profitto di aziende/artigiani/liberi per le conseguenze indirette delle misure di lockdown (ad es. perdite di guadagno dei fornitori delle aziende direttamente colpite; perdite di reddito derivanti dalla interruzione delle catene di approvvigionamento, che portano ad es. a perdite di produzione; perdite di reddito derivanti dalle restrizioni di viaggio).
- (3) Perdite di salario e di stipendio dovute al lavoro ad orario ridotto o alla disoccupazione
- (4) Fallimenti/distruzione dei mezzi di sussistenza
- (5) Costi conseguenti ai fallimenti/distruzione dei mezzi di sussistenza.

I dati che stanno alla base dell'analisi provengono da una perizia del Prof. Murswiek. Durante l'estate, ha criticato che la chiusura di marzo sia stata costituzionale solo in parte. Inoltre le proibizioni delle assemblee in generale non erano compatibili con la Legge Base. E soprattutto, ha detto, il governo federale avrebbe deciso senza una comprensibile giustificazione fattuale e non avrebbe presentato un'analisi costi-benefici.

Le conseguenze devastanti della politica Corona

“La maggior parte di questi danni saranno abbastanza identificabili. Sono certamente giganteschi nell'insieme. Si può avere un'idea della loro dimensione considerando le somme che lo stato sta iniettando nel ciclo economico come aiuto Corona. Il cosiddetto “scudo Corona” deciso dal governo federale comprende 353,3 miliardi di euro di sovvenzioni e altri 819,7 miliardi di euro di garanzie, vale a dire un totale di oltre 1 trilione di euro. Si tratta, come dice il governo federale, del più grande pacchetto di aiuti nella storia della Germania. A questo si aggiungono gli aiuti degli stati federali. Dato che gli aiuti di Stato sono in gran parte costituiti da prestiti o garanzie di prestito, non sono necessariamente accompagnati da perdite altrettanto elevate nel settore privato. D'altra parte, le perdite private saranno in ogni caso molto più grandi della compensazione statale oppure delle somme versate come fondi perduti. Mai prima d'ora nella storia della Repubblica Federale Tedesca perdite economiche di questa portata sono state causate da una decisione statale. Per quanto riguarda la valutazione dei danni al settore privato e alle famiglie, si deve tener conto del fatto che le perdite sono state o saranno compensate in parte dalle prestazioni statali. I benefici statali riducono quindi il danno economico alle entità economiche private. Tuttavia, non riducono il danno economico complessivo, perché gravano sui bilanci pubblici e quindi, in definitiva, sui contribuenti. Questi costi non devono essere dimenticati quando si calcolano le conseguenze del Lockdown”. Come ulteriori conseguenze il giudice elenca e dimostra:

- l'aumento della violenza domestica contro i bambini e le donne
- Aumento della depressione a causa dell'isolamento sociale/della psicosi/dei disturbi d'ansia dovuti alla corona
- Ansia e altri disturbi mentali/sovraccarico nervoso dovuto a problemi familiari/personali/professionali come risultato del lockdown.

- Aumento dei suicidi, per esempio, come risultato della disoccupazione o della bancarotta
- Danni alla salute come risultato della mancanza di esercizio fisico.
- Omissione di operazioni e di trattamenti stazionari perché i letti d'ospedale erano riservati ai malati di corona.
- Omissione di operazioni, trattamenti stazionari, visite mediche perché i pazienti temevano il contagio con il Covid-19.

La conclusione del giudice è durissima, e in un ulteriore punto menziona anche il danno causato in molti paesi del sud che dipendono economicamente dalla Germania:

“Sulla base di ciò che è stato detto, non c'è dubbio che le morti attribuibili alle misure della politica del lockdown superano di molte volte il numero di morti prevenute dal lockdown. Già solo per questa ragione, le norme da valutare qui non soddisfano il requisito di proporzionalità. Inoltre, ci sono le restrizioni dirette e indirette della libertà, i giganteschi danni finanziari, gli immensi danni alla salute e i danni immateriali.

La parola “sproporzionato” è troppo imprecisa per poter anche solo alludere alle dimensioni di ciò che sta accadendo. La politica di lockdown perseguita dal governo regionale in primavera (e ora di nuovo), nella quale il divieto generale di contatto era (ed è) una componente essenziale, è una decisione politica catastroficamente sbagliata con conseguenze drammatiche per quasi tutti i settori della vita delle persone, per la società, per lo stato e per i paesi del Sud del mondo”.

Traduzione a cura di Nogeoingegneria, titolo: “SPETTACOLARE SENTENZA COVID: IL GIUDICE CONDANNA IL LOCKDOWN UNA “DECISIONE CATASTROFICAMENTE SBAGLIATA”

*Fonte originale: <https://2020news.de/amtsrichter-in-weimar-corona-vo-verfassungswidrig/>
Segnalato da Filippo Della Santa, pubblicato da Jacopo Brogi per ComeDonChisciotte.org.*

Lockdown: un milione di morti in più CptHook 25 Gen 2021 comedonchisciotte.org

Esperti della Duke, Harvard e Johns Hopkins: i lockdown per COVID causeranno UN MILIONE di morti in più

“Interpretiamo questi risultati come una decisa indicazione che i responsabili politici dovrebbero tenere in considerazione affinché valutino le gravi implicazioni a lungo termine di una tale recessione economica sulla vita della gente quando deliberano sulle misure di ripresa e contenimento del COVID-19.”

Steve Watson – Summit News – 19 gennaio 2021

Studiosi della Duke, Harvard e Johns Hopkins hanno concluso che potrebbero esserci circa un milione di morti in più nei prossimi due decenni a causa dei lockdown. Un documento di lavoro dell'NBER intitolato *The Long-Term Impact Of The Covid-19 Unemployment Shock On life Expectancy And Mortality Rates* ipotizza che “Per la popolazione complessiva, l'aumento del tasso di mortalità in seguito alla pandemia COVID-19 implica uno sconcertante 0,89% e 1,37 milioni di morti in più nei prossimi 15 e 20 anni, rispettivamente“. Il documento è stato scritto da Francesco Bianchi, economista della Duke University, Giada Bianchi, medico della Divisione di Ematologia, Dipartimento di Medicina, Brigham and Women's Hospital Harvard Medical School, e Dongho Song, economista della Carey Business School della Johns Hopkins University. Lo studio su come la disoccupazione influenzi la mortalità e l'aspettativa di vita è stato incentrato su 67 anni di dati del Bureau of Labor Statistics e dei Centers for Disease Control and Prevention relativi alla disoccupazione, all'aspettativa di vita e ai tassi di mortalità. Il documento suggerisce che i decessi causati dal declino economico e sociale come risultato dei lockdown possono “superare di gran lunga quelli direttamente legati alla malattia critica acuta COVID-19“. “La recessione causata dalla pandemia può mettere in pericolo la salute della popolazione per i prossimi due decenni“, aggiungono. Il documento spiega:

Questi numeri corrispondono allo 0,24% e allo 0,37% della popolazione statunitense in base alle proiezioni a 15 e 20 anni, rispettivamente. Per gli afroamericani, stimiamo 180 mila e 270 mila morti in più nei prossimi 15 e 20 anni, rispettivamente. Questi numeri corrispondono allo 0,34% e allo 0,49% della popolazione afro-americana stimata a 15 e 20 anni, rispettivamente. Per i bianchi, prevediamo 0,82 e 1,21 milioni di morti in più

nei prossimi 15 e 20 anni, rispettivamente. Questi numeri corrispondono allo 0,30% e allo 0,44% della popolazione bianca stimata a 15 e 20 anni, rispettivamente. Questi numeri sono più o meno equamente divisi tra uomini e donne.

Gli autori sottolineano inoltre che “Sulla base dei dati emergenti, è probabile che l’accesso limitato all’assistenza sanitaria durante il lockdown, la sospensione temporanea degli interventi di assistenza preventiva, la perdita massiccia della copertura assicurativa sanitaria fornita dai datori di lavoro nonché la costante preoccupazione della popolazione nel cercare cure mediche per non contrarre il COVID-19 avranno un impatto ancora più grave sul tasso di mortalità e sull’aspettativa di vita“. E aggiungono: “Noi interpretiamo questi risultati come una chiara indicazione per i responsabili politici a considerare le gravi implicazioni a lungo termine di tale recessione economica sulla vita delle persone quando deliberano sulle misure di ripresa e di contenimento del COVID-19“. I risultati si aggiungono alle numerose ricerche già esistenti che suggeriscono che la “cura è peggiore del male“. In ottobre, il direttore regionale per l’Europa dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, Hans Kluge, ha detto che i governi dovrebbero smettere di imporre chiusure, se non come “ultima risorsa“, perché l’impatto su altre aree della salute e del benessere mentale è più dannoso.

Il monito di Kluge corrisponde a quello dell’inviato speciale dell’OMS sul COVID-19, il dottor David Nabarro, che in un’intervista di The Spectator, ha detto che i leader mondiali dovrebbero smettere di imporre lockdown come reazione di risposta perché stanno rendendo “i poveri sempre più poveri“.

Tali avvertimenti trovano riscontro in numerosi altri esperti che hanno disperatamente cercato di mettere in guardia i governi sul fatto che i lockdown finiranno per uccidere più persone del virus stesso, ma sono stati ampiamente ignorati. Il ministro tedesco per la cooperazione economica e lo sviluppo, Gerd Muller, ha recentemente avvertito che i lockdown conseguenti al COVID-19 provocheranno “una delle più grandi” crisi di fame e povertà della storia.” “Ci aspettiamo 400.000 morti in più per malaria e HIV quest’anno nel solo continente africano“, ha detto Muller, aggiungendo che “mezzo milione in più morirà di tubercolosi“.

I commenti di Muller sono arrivati mesi dopo che uno studio trapelato dal Ministero dell’Interno tedesco ha rivelato che l’impatto del lockdown nel Paese potrebbe finire per uccidere più persone del coronavirus a causa della mancata cura di altre gravi malattie. Un altro studio ha rilevato che i lockdown “distruiranno almeno sette volte più anni di vite umane” (stima conservativa) di quante ne potranno salvare. Il professor Richard Sullivan ha anche avvertito che ci saranno più morti per cancro nel Regno Unito che morti totali per coronavirus a causa dell’accesso limitato agli screening e alle cure per via del lockdown. I suoi commenti sono stati ripresi da Peter Nilsson, un professore svedese di medicina interna ed epidemiologia dell’Università di Lund, che ha detto: “È importante capire che le morti dovute al COVID-19 saranno molto inferiori a quelle causate dall’isolamento della società quando l’economia sarà rovinata“. Secondo il professor Karol Sikora, consulente oncologo del NHS, nel Regno Unito ci potrebbero essere 50.000 morti in più per il cancro come conseguenza della sospensione degli screening di routine durante il lockdown. Un’analisi del Guardian ha rilevato che ci sono stati migliaia di morti in casa in più nel Regno Unito a causa del lockdown.

L’esperto di malattie infettive e professore dell’Università di Edimburgo Mark Woolhouse ha ammesso che la decisione di bloccare il Regno Unito lo scorso marzo è stata una “misura rozza” attuata perché “non siamo riusciti a pensare a niente di meglio“. Woolhouse ha detto che l’isolamento è stata una “misura dettata dal panico” e un “errore monumentale su scala globale“, aggiungendo “Credo che il danno che il lockdown sta facendo alla nostra istruzione, all’accesso all’assistenza sanitaria e agli aspetti più ampi della nostra economia e società si rivelerà almeno altrettanto grande quanto quello causato dal COVID-19“.

Come abbiamo già evidenziato, un consorzio di analisti di dati in Sudafrica ha scoperto che le conseguenze economiche dell’isolamento del paese porteranno a 29 volte più morti del coronavirus stesso. Gli esperti hanno anche avvertito che ci saranno 1,4 milioni di morti a livello globale per infezioni da TBC non curate a causa del lockdown. Inoltre, uno studio pubblicato su The Lancet sottolinea che “il distanziamento fisico, la chiusura delle scuole, le limitazioni commerciali e l’isolamento dei Paesi” stanno peggiorando la malnutrizione infantile

a livello mondiale. Migliaia di medici e scienziati si oppongono alle misure di lockdown, avvertendo che causeranno più morti del coronavirus stesso.

Link: <https://summit.news/2021/01/19/duke-harvard-and-johns-hopkins-experts-covid-lockdowns-will-cause-one-million-excess-deaths/> Scelto e tradotto da Arrigo de Angeli e Cinthia Nardelli per ComeDonChisciotte.

“I medici me lo hanno rivelato: la gente muore di Covid perché lasciata a casa senza cure”

▷ **Camuso** 26 Gennaio 2021 RadioRadio

Contagi in aumento, terapie intensive intasate, decessi: da oltre 11 mesi, ormai, è di questi argomenti che si riempiono le rassegne stampa quotidiane. Ciò di cui si parla poco, invece, è di cure. Il Covid, è ormai chiaro, dal contagio allo stadio acuto e di maggiore pericolo attraversa alcune fasi intermedie. Fasi che secondo molti esperti sono fondamentali per impedire che il paziente raggiunga il picco di criticità. Perché allora le mosse del Ministero sembrano orientarsi soltanto verso misure che blocchino il diffondersi del virus o verso l'utilizzo dei vaccini? La giornalista e scrittrice Angela Camuso si è occupata proprio di questo in una sua inchiesta dal titolo 'Covid e terapie in casa, la parola dei medici di base' andata in onda su Rete 4 a Fuori dal coro.

In questa intervista ha spiegato a Francesco Vergovich e Fabio Duranti che cosa ha scoperto durante la sua indagine: centinaia i medici di base che hanno testimoniato come “i morti che avevano erano dovuti al fatto che i pazienti venivano lasciati a casa da soli e senza cure”. [Ecco i dettagli sul suo servizio.](#)

“Abbiamo raccontato che cosa sta succedendo nel mondo medico e che cosa succede nelle case degli ammalati di Covid. Ci sono centinaia di medici che si stanno ribellando a quelle che sono state e sono tutt'ora le direttive delle autorità sanitarie rispetto al trattamento, o meglio al non-trattamento, dei malati di Covid in fase lieve. Non bisogna restare a casa con la Tachipirina. Le cure ci sono, ma devono essere tempestive. Ci sono tanti medici, di famiglia, del servizio sanitario nazionale, che sono attivi da mesi. Visitano, curano e guariscono tutti. I dati dell'ISS confermano come tra l'insorgenza dei primi sintomi e il ricovero passano 6-7 addirittura 10 giorni. Questi medici mi dicevano che i morti che avevano erano dovuti al fatto che la gente viene lasciata a casa da sola senza cure e poi quando arriva in ospedale la situazione è così grave che non si riesce spesso a salvarla. Sono arrivate valanghe di testimonianze. Ci ho messo pochissimo a trovare altri medici che mi confermavano questo. I protocolli, le direttive ministeriali... Sono protocolli di morte. Ci dicono che i medici non devono visitare i malati, che non devono dare cure. Non si è mai sentito nella storia dell'umanità che un medico non debba visitare un malato, che un malato non abbia diritto a un medico. Non ci si può giustificare dietro questa strategia del contagio o del contatto zero. Siamo arrivati a una degenerazione disumana di questa strategia. Con l'idea di tutelare la salute pubblica stiamo facendo esattamente il contrario. Stiamo non-curando chi ha più bisogno di cure. Lo dicono centinaia di medici”.