



Covid – l'altro racconto

*Massimo Ammendola,
Alberto Francesco Sanci*

Il vero oggetto della propaganda non è né convincere né persuadere, ma produrre un modello uniforme di espressione pubblica in cui la prima traccia del pensiero non ortodosso si rivela immediatamente come una dissonanza stridente.

(Alan Bullock, storico)

Questa inchiesta è un tentativo di sintesi che propone una **narrazione diversa**, basata su fatti, studi scientifici, dati ed articoli internazionali che **non vogliono negare la malattia e i morti** o offendere i familiari delle vittime del virus Sars-CoV-2, che provoca la malattia Covid-19, ma mostrare qualcosa di diverso da ciò che abbiamo ormai interiorizzato.

L'inchiesta è molto ricca di meta-links che rimandano a contenuti e fonti esterne.

Da quanto raccolto, ci si rende conto che la narrazione politica e mediatica si discosta dalla narrazione sanitaria. **L'arrivo della seconda ondata**, dopo un'estate quasi rilassata, ampiamente prevista ed annunciata dai decisori politici e dai tecnici governativi, ha visto pochi progressi nell'organizzazione contro la malattia, se non quello di un **aumento esponenziale del numero dei tamponi eseguiti**. Una larga percentuale **dei nuovi positivi risulta asintomatica**, e nonostante ciò il Sistema Sanitario Nazionale è già in affanno, o come tale ci viene descritto. L'utilizzo dei numeri, per comunicare una situazione più o meno grave, riflette la volontà di tenere la tensione alta, privando di alcuni approfondimenti e distinguo che riteniamo fondamentali. Solo di recente, ad esempio, la regione Campania ha iniziato a comunicare il numero degli asintomatici. Le stesse istituzioni si sono trovate a generare caos sui numeri confondendo di recente l'incremento dei positivi, con il totale dei nuovi positivi. Risolutivo invece potrà essere un test che misuri precisamente la carica virale, su cui hanno investito massicciamente gli USA.

Una pandemia globale di malattie respiratorie può effettivamente estendersi su diverse stagioni, ma molti studi che pronosticano una **"seconda ondata"** si basano su ipotesi molto irrealistiche, poiché nella pratica non c'è un rischio costante di malattia e di morte per tutte le fasce d'età. Basta esaminare un qualsiasi grafico ufficiale che indichi il numero dei positivi nel mondo da febbraio ad oggi, per capire che a livello globale si parla di un'unica ondata, seppur con una mortalità

decisamente minore rispetto a quella di marzo. E si inizia ormai a parlare del virus come stagionale.

La Covid-19 è emersa come una malattia prevalentemente geriatrica, poiché colpisce in maniera letale una percentuale decisamente superiore alle altre di persone **sopra gli 80 anni e che, molto spesso, hanno già gravi malattie pregresse**. Questo non significa dare minor valore alle morti cui ci riferiamo, bensì pensare a protezioni maggiori mirate per i soggetti a rischio. È fondamentale proteggere gli anziani, in particolare quelli con più patologie, e le persone ad alto rischio, come gli immunodepressi e i malati gravi di qualsiasi età. O ancora i soggetti ad alta esposizione, come gli operatori sanitari. Ed iniziare le cure a casa, con la collaborazione dei medici territoriali di base: da quanto emerso si è rivelato importantissimo un trattamento precoce, essenziale per prevenire la progressione della malattia, con mezzi semplici ed efficaci, come sottolineato da molti importanti esperti di tutto il mondo. Isolare i malati a casa, in attesa di una telefonata di controllo, e magari con cure assenti o approssimative, fino a quando questi non riescono più a respirare, si è rivelato un approccio quantomeno rivedibile. Sfortunatamente, nella maggior parte dei paesi occidentali, è ancora quello più comune.

Riguardo la letalità del Covid-19, ricordiamo che secondo i dati ufficiali il 4% circa dei deceduti non aveva patologie pregresse: una malattia che per questo dato si rivela statisticamente paragonabile ad un'influenza media/grave, con una **mortalità che va tra lo 0,1% e lo 0,5%**, dato vicino a quello delle pandemie influenzali del 1957 e del 1968. Rispetto alle pandemie influenzali, che possono uccidere persone di ogni età, **il profilo di mortalità del Sars-CoV-2 è essenzialmente zero per bambini e giovani adulti, e vicino allo zero sotto i 50 anni di età. Il dato purtroppo** inizia a salire lentamente col crescere dell'età di riferimento, e poi molto rapidamente sopra i 70 e soprattutto sopra gli 80 anni, **raggiungendo livelli estremi nelle case di cura**. L'aumento di rischio di morte dei soggetti coinvolti è quindi proporzionale al rischio di morte preesistente della rispettiva età e gruppo di rischio.

Con questo profilo di mortalità associato alla Covid-19, c'è chi sostiene che i test PCR di massa e il tracciamento generale dei contatti nella popolazione abbiano poco senso e possano creare un'ulteriore **“casedemia”** — cioè un'epidemia di casi, inclusi quelli sani, a causa di una “chimica del caso”, per il maggior numero di test — che affianca la pandemia, che si associa immaginativamente ai soli malati e ai deceduti, in netto calo dall'estate.

Nulla si è detto della possibile **immunità di fondo** — o immunità crociata — di parte della popolazione mondiale, dovuta al contatto coi precedenti coronavirus (es. Sars-CoV-1 e coronavirus dei raffreddori), fattore che ha sicuramente aumentato l'effetto “sorpresa terrorizzante”, soprattutto in Occidente dove la SARS e la MERS non sono mai arrivate. Nonostante l'OMS stessa sia arrivata ad affermare che i contagiati sono stati molti di più di quelli stimati (760 milioni) e quindi la mortalità sia bassa, attorno allo 0,13%; esponenti della stessa organizzazione e rappresentanti istituzionali di quasi ogni nazione e apparato sovrastatale continuano nella propria narrazione di una malattia estremamente pericolosa.

Che crediamo si sia rivelata tale per i decenni di tagli al sistema sanitario nazionale e che sta tornando a far paura per i pochissimi provvedimenti presi in questi mesi per rinforzarlo direttamente, spingendo invece sulle responsabilità del singolo nell'eventuale contagio.

Nella scorsa estate si era arrivati al punto in cui, ad agosto, il dottor Vaia, direttore dello Spallanzani, annunciò che a fine di quel mese il vaccino non si sarebbe sperimentato in Italia, ma in America latina, dove il virus era in quel momento in crescita, poiché — parole sue — **«al di là di quello che si dice in questa fase (a fine agosto, NdA) in Italia non c'è questa catastrofe, non abbiamo tutti questi pazienti, tutti questi malati!»**.

La narrazione ufficiale ha però dimenticato di evidenziare alcune contraddizioni: ad esempio, il Senato comprava 10.000 mascherine tra le più performanti già il 27 gennaio a prezzi stracciati, per poi “ridurre” le decisioni politiche ad un embargo ai voli provenienti direttamente dalla Cina, oppure l'assunzione di responsabilità, contro il volere dei suoi superiori, dell'infermiera di Codogno che ha scoperto il “paziente 1”; o ancora l'invito all'aperitivo di fine febbraio in zone poi estremamente colpite. Il pericolo è stato minimizzato per oltre un mese, dalla firma dello stato di emergenza del 31 gennaio (ma polmoniti atipiche si sono registrate al Nord già da novembre; il virus è risultato presente nelle acque reflue di Torino e Milano già a Dicembre; mentre per l'Università di Barcellona era presente già da Marzo 2019), fino all'inizio del lockdown totale dell'11 marzo, e con le riaperture a singhiozzo da maggio in poi, tra mascherine e distanziamento sociale. Si è dato spazio agli scienziati allineati, con i contraltari che oggi stanno finendo sullo scranno dei negazionisti e dei minimizzatori, dopo che per mesi si sono ridicolizzate pubblicamente anche obiezioni rigorose e nel merito; dopo aver presentato modelli probabilistici come se fossero scienza e verità incontrovertibili; e, soprattutto, mantenendo

il solito silenzio riguardo i diktat imposti come al solito dal potere finanziario, in nome del dio denaro, specie nelle zone più martoriate dal virus.

Dalle numerose testimonianze raccolte, sia dai media che dalle persone ammalate, i medici di base sono stati semplicemente tagliati fuori, se non in alcuni casi addirittura isolati. Nonostante abbiano “portato risultati” anche eccellenti, una volta raccolto il necessario coraggio per svolgere la propria professione, anche rimettendoci di tasca propria nell’acquisto dei DPI, come accaduto al dottor Munda in Val Seriana, che non ha registrato decessi tra i suoi malati. **Avremmo avuto ben altri scenari, quindi, se ai medici di famiglia a febbraio e marzo fosse stato consentito di fare il proprio lavoro in sicurezza.** Ed ancora oggi ed in futuro potremmo davvero avere altri scenari se venisse ripristinata una medicina del territorio puntuale e rapida.

Invece si prosegue con tamponi a raffica e un’ospedalizzazione pressoché totale della gestione della malattia, anche di soggetti asintomatici, che in aggiunta alle normali influenze e polmoniti stagionali rischiano di fare collassare gli ospedali. Fino ad inizio ottobre più medici e politici hanno smentito le notizie di terapie intensive piene a causa di malati di Covid-19, con presenza massiccia di asintomatici in quarantena: perché anziani soli, o perché soggetti che in isolamento domiciliare rischierebbero di contagiare. Nel monitoraggio settimanale del ministero della Salute-Iss, relativo al periodo 5-11 ottobre, si legge che l’allerta per la tenuta delle terapie intensive riguarda soprattutto 10 Regioni, nelle quali c’è una probabilità da alta a massima di superare la soglia del 30% delle terapie intensive occupate da pazienti Covid-19 nel prossimo mese. Inoltre, l’unico parametro attendibile per valutare la gravità sanitaria dell’epidemia pare essere la correlazione tra accesso alla terapia intensiva e decessi, come affermato in una ricerca in corso di pubblicazione su Nature Scientific Report.

Il governo – che da marzo afferma di avere fatto tutto bene, al punto che l’Italia è l’esempio per tutto il mondo – nega preventivamente che potrebbe avere qualche responsabilità, e quindi la scarica sui cittadini. Il presidente del Consiglio Conte, ha affermato: «Non potete pensare che ci sia il governo che risolva il problema; lockdown? Molto dipenderà dai comportamenti dei cittadini». Già in questa frase, magari sfuggita al Presidente del Consiglio, si può intuire come il futuro eventuale lockdown non è legato istintivamente alla situazione epidemiologica in sé, come si sforzavano di ricordare ad ogni DPCM tra marzo ed aprile, bensì al “comportamento dei cittadini” evidentemente stanchi ed esasperati da una situazione di tensione che dura da mesi.

Cosa è stato fatto da marzo ad oggi per potenziare la medicina del

territorio, per darle protocolli? Cosa è stato fatto per le strutture sanitarie e per i trasporti? Dove sono i protocolli di sicurezza nelle RSA? Perché si continua a proporre ai guariti che necessitano di isolamento domiciliare la possibilità di svolgerlo nelle RSA? Qui sono state vietate solo le visite ai parenti, cosa che può solo peggiorare la condizione psicosomatica di una persona anziana e a rischio. **E perché non si parla di come rinforzare il sistema immunitario, di come colmare le carenze vitaminiche, dell'importanza di alimentazione e stili di vita sani? Perché con una malattia respiratoria ad altissima contagiosità nessuno parla di divieto di fumo? Perché non si agisce sul fattore ambientale, sul traffico, sulle fonti di inquinamento?**

Si emanano norme che scaricano molta responsabilità del contagio sui cittadini, e che a nostro giudizio stanno suscitando paura, insicurezza, sospetto ed odio sociale. Ad aggiungere perplessità arrivano in questo periodo i sempre più frequenti distinguo dei componenti del CTS che, dopo aver visto diverse proprie indicazioni non essere seguite dal governo da febbraio in poi, oggi cominciano ad evidenziare apertamente la “assoluta assenza di evidenze scientifiche” su alcuni provvedimenti del governo stesso, rendendo pubbliche le proprie posizioni con comunicati stampa. Se i verbali dei primi mesi sono stati prima secretati – o per dirlo con parole di Conte, erano “riservati” – e poi pubblicati gradualmente con determinati omissis, rendendo evidente che il governo ha preso diverse scelte percorrendo strade differenti rispetto al pensiero del CTS.

Addirittura il capo della Polizia Gabrielli ha dovuto ricordare l’inviolabilità della sfera privata anche in stato d’emergenza. La preoccupazione per la limitazione di numerose libertà personali è circolata fin da subito – con meno intensità a marzo proprio in virtù della “novità” – e sta riprendendo spazio e rilevanza oggi che in molte zone d’Europa si decide e si annuncia il coprifuoco come misura di contenimento.

La paura sta in modo evidente coprendo alcune illogiche assurdità in atto, generando da un lato esasperazione, dall’altro un’eccessiva polarizzazione delle posizioni, per cui il dibattito su ogni questione legata alla Covid-19 sta degenerando in attacchi, spesso privi di senso logico e critico, verso chiunque la pensi diversamente, e nonostante studi internazionali e numeri sembrano parlare chiaro.

Le incongruenze nella gestione della Covid-19 sono, sempre a nostro giudizio, incredibili e clamorose. Basti ad esempio il continuo mancato uso delle mascherine in situazioni pubbliche da parte degli esponenti politici e del mondo sanitario che hanno avuto maggiore visibilità negli scorsi mesi. Mentre il mantra per le masse è “mascherine,



www.cittafuture.org

distanziamento e lavaggio delle mani”, con la responsabilità dell’eventuale contagio scaricata sui singoli, e la ricerca continua del capro espiatorio, dall’uomo che corre alla donna col cane, poi quelli che sono andati all’estero in vacanza, fino alla movida e agli studenti, invece di interrogarsi seriamente sullo smantellamento del Sistema Sanitario Nazionale. Salvo poi ricordare a tutti che dovranno rinunciare ad ulteriori libertà per un bene comune e uno Stato che si è dimenticato per decenni della Sanità e dei suoi aspetti di base.

Una serie di decisioni politiche stanno rivoluzionando la nostra vita e soprattutto quella dei **bambini**, che si stanno abituando loro malgrado a mascherine, distanziamento e paura e sfiducia nel prossimo. Ancor di più in Italia, dove per una motivazione che sfugge ad evidenze scientifiche, vengono prese le scelte più estreme. Come il protocollo scolastico anticontagio, una strutturazione costruita non guardando alcun dato prodotto all’estero nei mesi precedenti attestante il fatto che **bambini ed adolescenti si ammalano molto di meno e sono molto meno contagiosi**. Le nostre scuole sono state aperte con studenti alternati in presenza, con costosi banchi singoli acquistati ed arrivati solo in alcuni istituti, con una sala Covid dove trasferire il bambino se è raffreddato o ha la febbre, sotto la supervisione di un “responsabile Covid” che non è una figura di formazione sanitaria, e con le mascherine per bambini e adolescenti in caso di spostamenti e mancato rispetto del distanziamento. Tutte queste preoccupazioni sono state giudicate inutili anche da alcuni medici. La Francia ed altri paesi europei, tranne Italia, Spagna e Grecia hanno deciso di non far indossare le mascherine nelle scuole **per evitare “danni psicologici”**; e molti stati europei come Olanda, Svezia, Danimarca, Malta, Albania, hanno deciso di **sconsigliare l’uso delle mascherine all’aperto**, poiché **inutili e spesso controproducenti**, poiché l’uso è spesso totalmente errato, come vedremo.

Come lasciare a questo punto fuori dall’analisi sull’obbligo dell’utilizzo delle mascherine anche all’aperto la considerazione sulla riconversione di alcuni stabilimenti FCA destinati alla produzione di 27 milioni di mascherine al giorno (di dubbia qualità), che poi pare siano passate a 100 milioni. Come ignorare che solo pochi mesi fa lo stesso gruppo, o per meglio dire la stessa famiglia, ha assunto il controllo del gruppo editoriale GEDI, che controlla giornali come La Repubblica e La Stampa.

Anche Luxottica e Fameccanica (gruppo Angelini) hanno ultimamente riconvertito la produzione.

Siamo sicuri che le mascherine saranno irrinunciabili per molti mesi, al di là dei dati della situazione epidemiologica che possono consigliarne

o meno l'uso. E anche in questo caso un membro del CTS, Alberto Villani, presidente della Società Italiana di Pediatria, ha detto la sua: «L'obbligo di indossare la mascherina all'aperto è un richiamo. Non importa se scientificamente ha senso oppure no».

Siamo fermamente convinti che il tipo di narrazione prescelto sia stato uno dei tanti errori, insieme a quelli politici e sanitari che si sono susseguiti e che hanno probabilmente provocato molte delle morti. La narrazione catastrofista sta continuando e genera scenari preoccupanti al di là di quelli già cupi portati dalla risalita dei contagi e dei ricoveri. Governo e media mainstream hanno scelto di insistere col panico e la drammatizzazione, anche quando sostanzialmente, il dato della mortalità era rientrato nella normalità, così come pare esserlo ancora oggi che c'è una nuova impennata di positivi, con però un numero record di tamponi eseguiti. Che si sia fatta questa scelta per nascondere quanto non sia stato fatto per garantire un autunno sereno, è ovviamente solo un'illusione giornalistica.

Ma non è un problema solo italiano: nella percezione comune, paesi come il Brasile stanno subendo un'ecatombe infinita, mentre la situazione è apparsa diversa dalle testimonianze; stesso discorso per gli Stati Uniti, che hanno avuto una situazione simile a quella italiana, con alcuni casi limite (New York), proprio come in Italia (Lombardia). Ciò nonostante, anche in questi luoghi e per questi luoghi, la narrazione ufficiale continua ad essere allarmistica.

E così la pandemia, che già di per sé comporta degli stress psico-fisici notevoli soprattutto per chi "ci lavora dentro", continua a proporre attraverso i decisori politici norme sulle restrizioni (molto, anzi troppo, varie) destinate ai cittadini comuni che appaiono complesse da accettare per coerenza e funzionalità, e che stanno mettendo in ginocchio dal punto di vista economico diversi settori. A questo si aggiunge una comunicazione che, nei massimi esponenti del governo, mostra il volto di una volontà che spinge verso la sfiducia del prossimo, invitando alle segnalazioni di comportamenti che i DPCM definiscono inidonei. Una spinta che sembra mirare alla definitiva rottura del tessuto sociale e dell'equilibrio psichico delle persone, già messi a dura prova durante il lockdown.

Abbiamo visto in quel periodo vigili che rincorrevano bagnanti, oppure ritrovatisi a fermare bambole gonfiabili in spiaggia, seguiti poi dai militari armati di mitra. Abbiamo osservato foto taroccate per aumentare "i rischi della movida", o ascoltato sindaci decretare l'astinenza sessuale e portare le spiagge libere ad essere a numero chiuso, col divieto per i bagnanti ad effettuare salvataggi con la respirazione bocca a bocca. Abbiamo visto chiudere stadi, teatri e cinema, e finanche archivi

e biblioteche serrate perché bloccate da insulse regole di quarantena dei libri e dei documenti.

La revisione delle misure che hanno bloccato le persone è stata lentissima, e soltanto pochi giorni fa si è arrivati quantomeno alla riduzione della quarantena da 14 a 10 giorni. Di contro, nonostante gli annunci allarmistici sulle riaperture di maggio scorso - rivelatisi fortunatamente infondati - nemmeno un mese dopo si sono riaperte le porte al turismo dall'estero, un fenomeno che in Cina è il primo "identificato" come possibile causa del ritorno della pandemia, attualmente assente o quasi. Da noi si è preferito sanzionare amministrativamente chi non ha rispettato DPCM ed ordinanze regionali, basate principalmente sui divieti di assembramento, mentre lo stesso Stato organizzava 21 manifestazioni, una per regione, tra il 25 maggio e il 2 giugno, per guardare le Frece Tricolori passare in cielo in onore delle vittime del Covid.

Un ringraziamento particolare per la stesura di questa inchiesta, e per il clima maggiormente sereno che hanno provato a creare nei propri lettori, va al gruppo di ricerca svizzero Swiss Policy Research (SPR), autore dei "Facts about Covid-19", fondamentale contenitore di fonti; a Giap, il blog di Wu Ming, continuo promotore di pensiero critico; alla pagina Facebook Pillole di Ottimismo creata dal dottor Guido Silvestri con la collaborazione dei dottori Paolo Spada e Sara Gandini, che si sforza quotidianamente di dare una lettura semplice ma non per questo meno approfondita sia dei numeri della pandemia che di tutto quanto si muova nel mondo per le cure e l'approccio alla Covid-19; infine, anche a tutti i partecipanti del gruppo Facebook "*L'uomo che corre. Osservatorio civile sul Coronavirus*" che hanno contribuito a raccogliere notizie e studi durante la quarantena.

Il nostro sostegno è idealmente rivolto ai familiari delle vittime della Covid-19 che si sono riuniti nel Comitato Noi denunceremo: il supporto a loro è totale, e l'auspicio è quello che possano ottenere verità e giustizia.

Covid: l'altro racconto

Bassa mortalità, con o senza lockdown

La **mortalità** complessiva da Covid-19, malattia che ha avuto una forte rapidità di diffusione, è **molto bassa**: secondo gli ultimi studi immunologici, la mortalità complessiva (IFR) nella popolazione generale varia tra lo 0,1% e lo 0,5% nella maggior parte dei paesi, il



www.cittafuture.org

che è paragonabile alle pandemie influenzali del 1957 e del 1968, come per gli Stati Uniti. Stessa percentuale di una forte influenza stagionale, come accertato in paesi come Gran Bretagna (che ha fatto il lockdown) ed anche Svezia (senza lockdown, così come ha fatto il Giappone, la Corea del Sud e la Bielorussia dove non si sono registrati eventi più negativi di altri paesi). La stessa OMS è tornata indietro sui suoi passi, affermando che il lockdown non è l'unica soluzione, e non serve ad evitare i casi, ma solo a rimandarli, a prescindere dalle misure prese, i decessi saranno più o meno simili ovunque, mentre economicamente è una catastrofe. L'Università di Edimburgo ha condotto uno studio previsionale, condotto ex post sulla base dei dati reali, che ci dice che il lockdown, il distanziamento sociale e la chiusura delle scuole alla lunga possono comportare un numero maggiore, e non minore, di morti. Senza una seria protezione delle categorie a rischio e una mitigazione degli effetti dell'epidemia sulla popolazione, sulla società e sul sistema sanitario, significa restare per molto tempo in questa trappola "lockdown/riapertura".

La mortalità è più alta negli Stati Uniti (paragonabile al 1957/1968), ma più bassa in paesi come la Germania e la Svizzera, dove la mortalità complessiva è nello stesso range di una lieve influenza stagionale. I sempre più numerosi e recenti studi, sulle nazioni che non hanno avuto un tracollo del sistema sanitario e dell'assistenza agli anziani, tra cui l'ultimo dell'OMS, oltre a quelli effettuati sull'intero globo, su 12 nazioni, in Germania, Iran, USA, Danimarca e ancora negli Stati Uniti, a Miami e Los Angeles, in Indiana ed altri, in Brasile a Maranhao e Manaus, in Svizzera a Ginevra e Zurigo, in India, in Kenya, in Malawi, in Austria, in Svezia, confermano le prime ipotesi degli studi effettuati in Slovenia, in USA a Santa Clara, Miami, Los Angeles, in Danimarca, in Corea del Sud, Islanda e Germania, sulle percentuali emerse nel caso della nave da crociera Diamond Princess e in Giappone, quest'ultimo con i numeri migliori, con lo 0,01% sotto i 70 anni; percentuale più alta è lo 0,36 tedesco.

Luoghi che invece hanno avuto un collasso parziale o totale del sistema sanitario e dell'assistenza degli anziani, come negli studi effettuati in Spagna, Nord Italia, New York 1 e 2, Inghilterra 1 e 2, e Belgio, hanno numeri più alti, ma in particolare desta interesse il caso della Lombardia: lo studio italiano di Poletti ha preso in considerazione i contatti di casi confermati per determinare il loro rischio di morte e le loro comorbilità. Ha scoperto che la situazione era diversa da quella descritta e meno grave già dopo il 16 marzo: l'IFR complessivo era inferiore del 62% nella seconda fase della pandemia (dopo il 16 marzo) rispetto alla prima fase cataclismica (fino al 15 marzo). Ciò era

particolarmente evidente nelle persone sopra gli 80 anni, dove l'IFR è sceso dal 30% nella fase iniziale all'8% nella fase successiva (4% per le donne, 16% per gli uomini). Sotto i 50 anni, gli IFR erano vicini allo 0%; sotto i 70 anni, gli IFR erano dello 0,43%. Oltre l'80% dei decessi si è verificato in pazienti con malattie cardiovascolari, che sono note per essere un importante fattore di rischio.

Inoltre, uno studio immunologico svizzero di giugno, ci mostra che molte più persone potrebbero aver avuto contatti con il coronavirus di quanto si pensasse in precedenza, il che significa che il virus è probabilmente molto meno letale: si sapeva già che chiunque venisse infettato dal virus, formava degli anticorpi che possono essere rilevati con un esame del sangue. Ma gli immunologi dell'Università di Zurigo hanno scoperto che le persone con un decorso grave della malattia hanno anticorpi rilevabili nel sangue, mentre i casi lievi raramente li hanno. Ma oltre l'80% dei casi di Covid-19 è lieve. Cosa significa questa nuova scoperta per i test degli anticorpi su vasta scala nella popolazione? Che con i test attuali per gli anticorpi nel sangue non possiamo rilevare tutte le infezioni sopravvissute, ma probabilmente solo un quinto del totale.

Il **tasso complessivo di mortalità** per Covid-19 è quindi circa **venti volte inferiore** a quanto inizialmente ipotizzato dall'OMS. A inizio ottobre si parlava di **circa 1 milione di morti nel mondo**, ma i dati, nella migliore delle ipotesi, sono altamente incompleti. Purtroppo per la veridicità del conto finale, in numerosi casi possono risultare sovrastimati – lì dove ad esempio, come in Italia, vengono considerati morti per Covid-19 anche infartuati risultati positivi post-mortem – e in alcuni altri, come in Cile e Ungheria, sottostimati.

Un confronto tra il numero di morti per Coronavirus previsto dall'influente modello dell'Imperial College di Londra (prendendo nessuna misura o una misura moderata) e il numero effettivo di morti in Svezia, mostra che il modello ha fortemente sovrastimato l'impatto dell'epidemia.

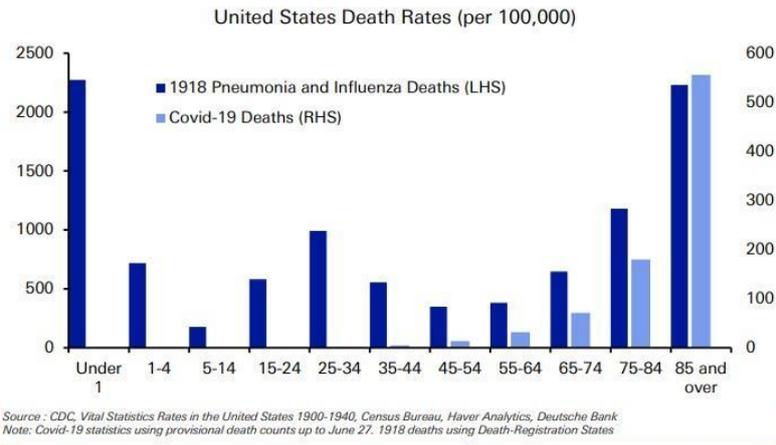
Nello stesso periodo AIDS, tubercolosi e malaria hanno fatto molti più morti e causato moltissimi più anni di vita persi. Si stima, invece, che un terzo della popolazione mondiale fu colpito dall'infezione durante la **pandemia di Spagnola del 1918-1919**, con circa **50 milioni di decessi** su 500 milioni di infettati. Alcuni ipotizzano per la Spagnola fino a 100 milioni di morti, su meno di 2 miliardi della popolazione mondiale.

Contrariamente al Covid, quasi il 50% dei decessi per questa malattia colpiva persone di età compresa tra 20 e 40 anni e quindi tendenzialmente sani. Perché allora paragonare la Covid-19 alla Spagnola?



www.cittafuture.org

Figure 1: Deaths from Covid-19 have seen a much larger skew by age compared to pneumonia and influenza deaths in 1918 at the time of the Spanish flu



Alta età media dei deceduti e patologie progressive

La percentuale di deceduti in età scolare e in età lavorativa (under 65) per Covid-19 è invece **bassissima** ovunque, tra lo 0 e lo 0.30%, come dichiarato dagli studi effettuati negli USA, in Grecia, sulla nave da crociera Diamond Princess, sui donatori di sangue di Boston, sui senzatetto di Boston, sugli operatori sanitari in Italia, nelle prigioni del Tennessee, sulle portaerei USS Theodore Roosevelt e Charles de Gaulle e, ancora, negli Stati Uniti. In sostanza, per persone in età lavorativa e scolastica, il rischio di morte è generalmente assimilabile a quello di un viaggio giornaliero in auto per andare al lavoro. Si può desumere oggi che **il rischio sia stato inizialmente sovrastimato** perché molte persone con **sintomi lievi o nessun sintomo** non sono state prese in considerazione.

L'**età media dei morti** per Covid-19 è **superiore agli 80 anni**, come accertato in Austria, Australia, Brasile, Canada, Inghilterra, Francia, Germania, Italia, Spagna, Svezia (il picco, con 84 anni), Svizzera, USA. Circa **l'80% dei decessi** colpisce anziani in ospedali e case di cura, nella maggior parte dei paesi, **tra il 30% e il 60%** dei decessi degli anziani sono avvenuti **nelle case di cura** (in Svezia il 75%), che non hanno avuto alcun beneficio dal lockdown. In molti di questi casi poi **non è chiaro** se queste persone siano realmente morte per Covid-19 o per settimane di **estremo stress e isolamento**. A tal proposito evidenziamo che il trattamento degli infarti e degli ictus è **diminuito** fino

al 40%, perché molti pazienti hanno scelto di non andare in ospedale nonostante il pericolo di vita. E nessuno attualmente ha osato stimare un calcolo sulle morti che nel 2020 possono essere state causate dalla mancanza o dalla riduzione dell'attività fisica.

Sono dunque gli anziani i più deboli da proteggere, come durante tutti gli inverni, anche se oggi appare in modo molto più evidente rispetto al passato.

Meno del 4% dei deceduti non aveva patologie pregresse. A differenza delle pandemie influenzali, l'età e il profilo di rischio dei decessi corrispondono quindi essenzialmente alla normale mortalità.

In Inghilterra hanno rilevato che il 73% dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva per Covid è sovrappeso o obeso. Un dato, quello dell'alto rischio in caso di obesità, confermato dalla notizia che sono state colpite anche persone più giovani che erano obese, e con altre malattie collegate all'obesità. Anche in Italia la maggioranza dei deceduti ha 2 o più patologie: nell'80% dei casi. La grave coagulazione intravascolare indotta dall'incontro tra il virus e un terreno fertile ha portato rapidamente alla morte individui fragili: verosimilmente la Covid-19 ha agito sia anticipando il decesso in individui affetti da gravi patologie, sia incrementando la mortalità con i suoi effetti diretti e indiretti.

L'incidenza delle patologie pregresse è stata studiata, approfondita e certificata da numerosi ospedali italiani coinvolti nella lotta al Sars-CoV-2: Niguarda di Milano, San Raffaele di Milano, San Martino di Genova.

Gli effetti cardiovascolari e immunologici del virus spiegano l'elevato tasso di mortalità nelle case di cura (fino al 70% dei decessi), nelle persone sopra i 70 anni (circa il 90%) e nei paesi occidentali in generale. Al contrario, i tassi di mortalità per Covid in Africa, previsti da molti come alti, sono stati molto bassi. Questo virus ha quindi un profilo di mortalità molto diverso e più naturale di altre pandemie: se il Sars-CoV-2 ci avesse colpito negli anni '50, con una popolazione molto più giovane, poche case di cura, e una presenza decisamente inferiore di malattie cardiovascolari, avrebbe causato molti meno morti. Alcuni studi sostengono poi che fino al 60% delle persone può avere già una **certa immunità parziale di fondo**, sviluppata grazie ai linfociti T e derivata dal contatto coi precedenti Coronavirus tra i quali anche alcuni comuni virus del raffreddore. Inoltre, fino al 60% dei bambini e circa il 6% degli adulti possono già avere anticorpi cross-reattivi.

Diversi resoconti dei media mainstream su persone giovani e sane, che sarebbero decedute a causa del Sars-CoV-2, si sono rivelati falsi: molti di questi giovani non sono morti a causa di Covid, ma erano già gravemente malati (ad es. leucemia non diagnosticata), oppure avevano

109 anni invece dei 9 inizialmente riportati. L'annunciato incremento della sindrome di Kawasaki nei bambini a causa del Covid si è rivelato falso.

Perché, dopo l'iniziale sopravvalutazione del rischio, si continua a terrorizzare le persone quando gli studi scientifici raccontano un'altra malattia?

Morti “per” o morti “con” Covid-19? Impossibile avere numeri in tempo reale

È ormai risaputo che in Italia, nel conteggio dei morti, **sono stati considerati sia i morti per Covid-19 che quelli con Covid-19**. Ad un'analisi numerica e di confronto con altri paesi, sembra si possa affermare che anche per questo ci sono state differenze eclatanti dei numeri. Si tratta di un punto estremamente delicato perché tocca da vicino l'emotività legata alla possibile morte di un caro o di una persona vicina che, senza l'esistenza della Covid-19, avrebbe potuto – evitando anche altre forme virali come l'influenza – continuare a vivere serenamente. Il computo numerico, però, ha anche necessità di essere valutato al di là del giusto trasporto emotivo rispetto ad eventi di questa portata.

Oggi sappiamo che **un test positivo al Sars-Cov-2 non significa necessariamente che questo virus sia sempre il principale responsabile della morte di un paziente**, ancor di più da quando è stato reso noto che la quantità di virus presente sul tampone influisce nel determinare la malattia e la sua gravità.

Come vedremo più avanti, ci sono **enormi dubbi anche sulla validità dei test**, che in alcuni casi possono produrre risultati falsi positivi e falsi negativi, reagire a frammenti di virus non infettivi, ad una precedente infezione o reagire ad altri coronavirus comuni con una sequenza genica parzialmente simile.

Nei “decessi da Covid-19” spesso non è chiaro se i decessi siano causati dalla malattia o dall'aggravarsi di malattie sottostanti e patologie pregresse, che abbiamo già riconosciuto come “decisive”. Comunque, le cifre ufficiali di solito non riflettono questa distinzione, e in Italia il numero giornaliero comunicato dalla Protezione Civile sarebbe stato ovviamente minore se si fosse presa un'altra strada anche dal semplice punto di vista comunicativo. Qualcosa che a nostro giudizio non avrebbe creato tutto il **panico provocato dal rito dei numeri delle ore 18, esempio di falsificazione statistica saggiamente – o pretestuosamente? – abbandonato nel momento del calo dei contagi**. Solo per fare alcuni esempi, negli **Stati Uniti** dal 16 aprile scorso sono stati inclusi nel conteggio anche i decessi soltanto sospetti di Coronavirus. La

Catalogna, invece, ha addirittura cambiato metodo di conteggio in corso d'opera: accanto ai morti negli ospedali sono stati aggiunti i dati sui centri per anziani e nelle abitazioni.

La scelta italiana di non effettuare a priori la distinzione è stata data dal capo della protezione civile Borrelli durante una delle prime conferenze stampa/bollettino andate in diretta televisiva. Da quel momento è stato di fatto deciso che, qualsiasi deceduto, qualora risulti positivo al tampone o anche solo sospetto positivo, sarebbe stato considerato nel conto delle vittime del coronavirus.

Questa decisione si può spiegare anche attraverso il fatto che l'Istituto Superiore di Sanità e l'ISTAT impiegano normalmente, per l'influenza stagionale, circa **due anni per completare l'analisi delle cartelle cliniche e dei certificati di morte** per definire le cause del decesso. Stante l'aumento statistico del numero di deceduti durante la pandemia, non è impossibile ipotizzare che i tempi si allunghino ulteriormente.

Ciò rende minore il peso – innegabile dal punto di vista emotivo – del conto quotidiano delle morti in tempo reale, perché persino i dati dei decessi per influenza, malattia stagionale e "consueta", non sono disponibili mai in tempo reale.

L'ISTAT aveva iniziato a metà marzo l'esame delle cartelle cliniche, constatando solo 12 morti per Covid su 355 cartelle analizzate sulle 2.003 pervenute. Al 21 luglio, la stessa verifica era arrivata a circa 3000 cartelle, e i morti per solo Covid erano 148, col 95% di morti con concomitanza di altre patologie. Al 4 ottobre, le cartelle analizzate sono arrivate a 4190, con il numero di 158 morti all'interno di questo campione con nessuna altra patologia pregressa, e di questi 14 al di sotto dei 50 anni di età.

Gli unici numeri certi li abbiamo sempre avuti per i **tamponi effettivamente risultati positivi**, con la distinzione tra sintomatici ed asintomatici arrivata con molti mesi di ritardo, **malati gravi ricoverati** negli ospedali, nei reparti ed in terapia intensiva; poiché in questo caso scatta un diverso sistema di sorveglianza basato sul sistema regionale.

Pareri contrari al conteggio dei decessi effettuato

Alessandro Buonsignore, presidente dell'Ordine Medici della Liguria, il 27 Aprile ha dichiarato che: «Una problematica che riguarda tutto il nostro Paese è collegata al fatto che in Italia si sia deciso di **inserire nel numero di decessi da Coronavirus, tutti i casi di coloro che sono stati scoperti positivi al Covid-19, durante la propria vita o addirittura nel post-mortem.** Quindi praticamente **stiamo azzerando quella che è la mortalità per qualsiasi patologia naturale** che sarebbe occorsa anche in

assenza del virus. Lo dico con cognizione di causa, lavorando nell'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Genova, dove abbiamo contezza che all'obitorio comunale di Genova, **i decessi per patologie non-Covid-19 sono praticamente scomparsi**».

L'infettivologo Matteo Bassetti ha evidenziato: «Chiunque sia morto con la positività del tampone è automaticamente morto di COVID-19. **Non è così che si dovrebbe stabilire la causa di morte**, basta leggere un qualunque modello ISTAT usato per certificare il decesso. Inoltre **la letalità riportata oggi** (ad aprile) **è evidentemente sovrastimata** anche perché (e dovrebbe farlo) **non tiene conto di tutti i casi di COVID-19**, includendo gli asintomatici e quelli che si curano a casa. Un articolo scientifico pubblicato su Lancet Infectious Diseases da Volmerre e Bommer dice che in Italia abbiamo diagnosticato solo il 6,9% di tutti i casi reali di COVID-19».

Come ha ammesso Walter Ricciardi, consigliere del ministro della Salute, che si dichiarava indebitamente membro dell'Oms, l'Italia ha registrato i morti con coronavirus «senza quella maniacale attenzione alla definizione dei casi di morte che hanno per esempio i francesi e i tedeschi, i quali prima di attribuire una morte al coronavirus eseguono una serie di accertamenti e di valutazioni che addirittura in certi casi ha portato a depennare dei morti dall'elenco. Di fatto capita che accertino che alcune persone siano morte per altre cause pur essendo infette da coronavirus».

Rapporto ISTAT-ISS sull'aumento dei decessi - Dare ai numeri la giusta importanza

Polemiche ha creato anche il rapporto ISTAT-ISS sull'aumento di decessi, da alcuni ritenuto non attendibile poiché, come affermato nella nota metodologica dello studio, la base dati che si è utilizzata per calcolare la mortalità del primo trimestre 2020 è diversa da quella che si è usata per calcolare la mortalità media degli ultimi 5 anni. Per quest'ultima si tiene conto, infatti, del totale dei comuni, mentre per quella del **primo trimestre 2020 si tiene conto di circa 6800 comuni su 8000**, con circa 1200 comuni esclusi dal conto.

Le obiezioni mosse affermano che sarebbe stato più corretto mostrare un andamento annuale, invece che confrontare un dato puntuale con un dato medio; oppure prendere un intervallo di tempo più lungo, facendo la media mobile su intervalli di 5 anni. Ma si è scelto deliberatamente di confrontare un dato puntuale con uno medio. Se si fosse applicato un metodo valido al punto da essere non obiettabile, si sarebbe probabilmente visto come la mortalità abbia avuto forti oscillazioni

negli anni, e che se si vanno a prendere i dati puntuali di singole aree, queste oscillazioni diventano ancora più forti.

Non è impossibile escludere, a questo punto, che lo studio ISTAT sia stato pubblicato frettolosamente per dare una conferma statistica ufficiale dell'aumento delle morti. Peccato però che questa fretta abbia generato un rapporto attaccabile dal punto di vista della scienza statistica in quanto tale, e che sarà necessario attendere ancora molto per conoscere la vera incidenza della Covid-19 sulla mortalità generale in Italia.

Nello stesso studio infatti si fa presente che i dati sono provvisori e viene ovviamente mantenuta l'associazione tra decessi di Covid e con Covid, tralasciando gli approfondimenti sulla causa di morte.

Alleghiamo qui a tal proposito la lettera che Giorgio Alleva e Alberto Zuliani, ex presidenti dell'ISTAT, pubblicata il 17 Ottobre sul Corriere della Sera, intitolata *L'importanza della Statistica. La lotta al virus ha bisogno dei dati*.

«Caro direttore, sulla valutazione della dimensione e dell'evoluzione della pandemia c'è un grosso problema statistico. In questa fase di preoccupazione e di discussione sui provvedimenti da assumere non possiamo rimanere privi di uno strumento rigoroso di conoscenza dei veri numeri della pandemia in corso.

In tanti mesi non abbiamo investito in un sistema di raccolta di dati che consenta un monitoraggio accurato su probabilità di contagio, dimensioni delle componenti sintomatiche e asintomatiche, collegamento con i rischi successivi, ricoveri e terapie sub-intensive e intensive, letalità. L'assenza di un quadro affidabile e condiviso favorisce una comunicazione non univoca. Da una parte i media sono pronti a trasformare i numeri quotidiani da allarmi ad allarmismi; dall'altra gli esperti si lanciano in interpretazioni eterogenee. Non è citando insieme, giorno per giorno, il numero di casi positivi e di tamponi effettuati che possiamo capire cosa stia accadendo realmente. I casi positivi riguardano tamponi di uno o più giorni precedenti; le tipologie di tamponi impiegate hanno sensibilità differenti; il raffronto del tasso di contagio è condizionato dalle differenti regole sulla somministrazione dei tamponi, a marzo soltanto sui sintomatici, ora essenzialmente su persone che hanno avuto contatti con casi positivi; in ogni caso con l'impossibilità di riferirlo alla popolazione generale. La statistica è stata incapace di convincere le autorità della necessità di un sistema di monitoraggio che integrasse stabilmente dati campionari con quelli del sistema sanitario. Lo avevamo raccomandato già a marzo proprio dalle pagine del Corriere. Qualcosa è accaduto con l'indagine Ministero della salute-Istat, ma l'esperienza, oltre che tardiva, è stata

condotta con modalità che non hanno consentito di centrare l'obiettivo dei 150.000 esami sierologici, fermandosi a 64.660 unità. Un'occasione perduta, anche di dialogo tra comunità scientifiche. L'urgenza di leggere correttamente la realtà si è rafforzata. La statistica ufficiale è in grado di impiantare il campionamento idoneo a seguire l'evoluzione dell'epidemia e può dare un contributo realmente informativo attraverso l'integrazione con i dati raccolti dagli altri soggetti. Il protocollo sanitario sul tracciamento dei contatti in caso di esito positivo del tampone consentirebbe la lettura delle conseguenze sulla salute delle persone e una previsione migliore del possibile impatto sul sistema sanitario. Il monitoraggio potrebbe essere realizzato utilmente anche a livello regionale e delle grandi città. Rispetto agli attuali 150.000 tamponi giornalieri effettuati su quanti mostrano sintomi o hanno avuto contatti con persone contagiate, un campione probabilistico quindicinale anche di poche migliaia di unità, eventualmente con accertamenti più semplici ma con la forza dell'obbligo di risposta in virtù della rilevanza sanitaria, potrebbe dare grande forza ai numeri e al dibattito corrente, fornire fondamento migliore alle decisioni delle istituzioni preposte e impegnare a un rispetto più convinto i destinatari, cittadini e imprese».

I decessi negli anni passati: in Italia si muore più che nel resto del mondo

Come si apprende dallo studio pubblicato sull'International Journal of Infectious Diseases e dedicato a *L'impatto dell'influenza sull'eccesso di mortalità in Italia su tutte le età* negli anni tra il 2013 e il 2017, nella sola stagione invernale **2014/2015** sono stati registrati **oltre 375.000 morti** in termini assoluti. Un numero che elaborato in paragone all'anno precedente corrisponde alla cifra di circa **54.000 morti in eccesso (+9,1%) rispetto al 2014**. Un dato che rappresenta **il più alto tasso di mortalità riportato dalla seconda guerra mondiale in Italia**.

L'andamento della mortalità giornaliera del periodo ottobre 2019 – aprile 2020 è analoga alla mortalità del medesimo periodo a cavallo tra il 2016 e il 2017. Tra dicembre 2016 e febbraio 2017 ci sono stati 20.000 ultra 65enni morti in più rispetto alle attese (cioè la media del periodo dei 5 anni precedenti), con incremento del 42% dei decessi solo a gennaio, come affermava l'allora presidente dell'ISS, Ricciardi. Anche uno studio dello statunitense National Institute of Health che racconta l'andamento della mortalità in tutto il territorio italiano dal 1969 al 2001, mostra come il picco di mortalità, sempre collocato nei primi mesi dell'anno, sia molto variabile.

Negli anni più miti raggiunge i 20.000 morti, in altri anni il picco



www.cittafuture.org

supera i 54.000 morti. Inoltre, l'Italia ha sempre registrato alti tassi di mortalità, mediamente tre volte più alti di quelli degli Stati Uniti, e una volta più alti di quelli degli altri paesi europei.

In molti paesi, poi, il numero dei decessi per Covid-19 è rimasto al di sotto dei livelli delle forti stagioni influenzali che, però, negli anni passati non hanno meritato poi tanti servizi di apertura dei telegiornali e ancor meno titoli da prima pagina dei quotidiani.

La sola influenza generalmente provoca nel mondo circa 3-5 milioni di casi ogni anno, e una stima di decessi che si aggira tra le 250.000 e le 500.000 unità.

Negli **Stati Uniti**, la normale mortalità complessiva giornaliera è di circa 8000 persone, di circa 2600 in **Germania** e di circa 1800 in **Italia**. Il numero dei decessi a causa dell'influenza è arrivato ad 80.000 negli **Stati Uniti** e a 25.000 in **Germania** e **Italia**, con diversi milioni di malati, **infatti ogni anno l'influenza determina un eccesso di mortalità, come dichiara l'ISS**. Tornando al già citato studio dell'IJID, il numero delle morti per influenza in Italia nei 4 anni di studio effettuati dovrebbe essere di circa 68.808, utilizzando l'indice Goldstein. Le ipotesi ritenute plausibilmente determinanti per le morti attribuibili all'influenza sono i fattori meteorologici, i ceppi virali circolanti sul territorio dell'influenza stagionale, e l'ampiezza della popolazione a rischio: un fattore, quest'ultimo, estremamente rilevante nell'impatto della Covid-19 nel nostro paese. La Fondazione Veronesi dichiarava: «Come nel caso del Coronavirus, gli effetti più gravi dell'influenza si rilevano tra gli over 65. In Italia, in quattro anni (dal 2013), oltre 68mila decessi per influenza (in gran parte) evitabili». Però in quegli anni non ci sono stati lockdown, scuole chiuse, mascherine e mesi di restrizioni.

Il 31 Marzo 2020 Gian Carlo Blangiardo, presidente dell'Istat, ha affermato che «Nel **marzo 2019** (le persone decedute per malattie respiratorie) sono state **15.189** e l'anno prima erano state **16.220**.

Incidentalmente si rileva che sono **più del corrispondente numero di decessi per Covid (12.352) dichiarati nel marzo 2020**». I dati sulla mortalità, in uno dei momenti di picco della pandemia da Covid-19, erano migliori di quelli accumulati nello stesso periodo di riferimento nel 2018 e 2019. Ma a marzo 2020 al Nord i decessi sono **più che raddoppiati** rispetto alla media 2015-19, e vedremo perché più avanti.

Risulta invece decisivo, per creare una percezione maggiore di pericolo, il quotidiano e sensazionalistico annuncio di morti nei media.

Ricordiamo qui che in Italia muoiono circa 49.000 pazienti per infezioni contratte negli ospedali ogni anno, e che solo in Europa muoiono circa 400.000 persone all'anno a causa delle polveri sottili. Il fumo uccide in

Italia ogni anno almeno 70.000 persone, nel mondo 7.000.000. Ma non fanno notizia, evidentemente.

Perché tanti morti al Nord Italia?

In alcune aree, **forti aumenti della mortalità possono verificarsi di fronte a un collasso dell'assistenza agli anziani e ai malati a causa di infezioni, panico di massa e solitudine** e possono essere influenzati da ulteriori fattori di rischio come **alti livelli di inquinamento atmosferico e contaminazione microbica**, che sono forti nella Pianura Padana.

L'applicazione di ordinanze speciali nella gestione dei defunti hanno talvolta comportato ulteriori congestionamenti nello svolgimento dei servizi funebri e di cremazione.

In paesi come l'Italia e la Spagna, ed in una certa misura nel Regno Unito e negli Stati Uniti, i sovraccarichi ospedalieri dovuti a forti ondate influenzali non sono insoliti. Inoltre, **fino al 15% dei medici e degli operatori sanitari sono stati messi in quarantena, pur in assenza di sintomi**.

Nella maggior parte dei paesi occidentali, **quasi i due terzi di tutti i decessi si sono verificati in case di cura per anziani**, che non hanno beneficiato del lockdown, anzi. Inoltre, in molti casi non è chiaro se queste persone siano davvero morte a causa del Sars-CoV-2 o **dello stress estremo, della paura e della solitudine**. In alcuni Stati degli USA, quelli nelle case di cura rappresentano fino all'80% di tutti i decessi. **Gli altri decessi per larga parte si sono verificati negli ospedali**, anche perché esistono diverse testimonianze di abbandono di malati nelle case, e per questi non si vede come si possa essere diagnosticata la Covid-19 se non si sono fatti fare il tampone dall'ASL o da una struttura ospedaliera.

La magistratura sta ora indagando sui **gravi errori commessi** in alcune regioni nella **gestione delle residenze per anziani, veri e propri focolai d'infezione** che, purtroppo, hanno registrato un **numero elevatissimo di decessi**, nonostante la fragilità e la polimorbilità degli ospiti. **Ad aprile più del 40% dei decessi in Italia erano di degenti in RSA**. Un dato sconvolgente che ha contribuito all'incremento importante dei decessi in alcune province. Uno degli **elementi scatenanti dell'epidemia al Nord Italia** è stata sicuramente la **Delibera della Giunta Regionale della Lombardia dell'8 Marzo 2020** che **ha imposto di trasferire i malati convalescenti di Covid nelle RSA**, innescando un ciclo di contagi in persone a rischio: gli anziani con pluripatologie.

Un peso ha anche il fatto che **tutti i morti in un ospedale Covid vengono aggiunti alla conta dei morti Covid**, come già detto. Come già spiegato, il tasso di mortalità in Italia potrebbe anche essere più alto a causa del

modo in cui sono stati registrati i decessi, in stragrande maggioranza di soggetti a rischio.

Ma entra anche in gioco il fattore demografico e quello del substrato favorevole alla Covid-19, legato all'**alta età della popolazione italiana**; alla forte diffusione di patologie che aumentano il rischio di morte come l'ipertensione arteriosa e il diabete mellito; oltre **all'alta densità abitativa**: dove tante persone vivono vicine, un virus può circolare molto di più e i contagi crescono, indipendentemente dallo smog. **L'Italia è poi capofila in Europa per morti a causa della resistenza agli antibiotici**. Si aggiunga anche una **mobilità elevatissima** in tutte le regioni del nord, che vede molte migliaia di persone muoversi tutto il giorno, soprattutto per motivi lavorativi e di studio.

Inoltre, la partita di Champions League, Atalanta-Valencia, disputata a Milano il 19 febbraio, è stata considerata in sé un potenziale evento di "super diffusione".

Da non sottovalutare, per quanto emerso, **il peso della campagna vaccinale di massa per influenza, pneumococco, meningite e tetravalente**, nelle province di Bergamo e Brescia, iniziata nell'ottobre 2019. A gennaio 2020 risultavano vaccinate 34.000 persone contro la meningite e 185.000 erano le dosi totali ordinate di antinfluenzale. Uno studio militare americano afferma che «ricevere il vaccino antinfluenzale può aumentare il rischio di contrarre altri virus respiratori». Sulla base di questo studio l'associazione dei veterani disabili statunitensi ha elaborato l'informazione che **il personale militare che ha ricevuto il vaccino antinfluenzale ha visto aumentare del 36% il rischio di contrarre il coronavirus**. A causa dell'interferenza del vaccino antinfluenzale, che provoca un effetto debilitante al sistema immunitario, potrebbe quindi esserci un rischio maggiore di contrarre virus respiratori, con una risposta immunitaria meno efficace.

A tal proposito, il premier inglese Boris Johnson, nonché Jonathan Van-Tam, *deputy chief medical officer* inglese, hanno affermato nella scorsa primavera che **chi si era sottoposto al vaccino antinfluenzale sarebbe stato ad alto rischio ed avrebbe dovuto autoisolarsi, rimanendo a casa tre mesi**. Un medico italiano che ha parlato dello studio americano, preoccupato delle conseguenze sui suoi pazienti, è stato segnalato dai colleghi all'Ordine dei Medici: un pessimo segnale in un momento di grande preoccupazione per tutti, al quale è seguita anche la denuncia dei NAS per procurato allarme.

C'è poi la questione delle **frontiere chiuse con la Cina**: si è scoperto, grazie alla testimonianza di vari autisti NCC di Bergamo, che **molti imprenditori utilizzavano percorsi alternativi** (dalla Svizzera, a Zurigo o a Lugano, e dalla Francia, a Nizza) **per recarsi in Cina e tornare** senza poi

sottoporsi alla necessaria quarantena al rientro. Chiudere le frontiere, senza poi effettuare i controlli sulle rotte alternative, delegando all'autocertificazione per motivi di lavoro il monitoraggio degli spostamenti, ha sicuramente creato ulteriori disfunzioni, non potendo avere il reale controllo sugli arrivi effettivi in Italia.

Il trasferimento delle salme di Bergamo

A metà marzo le foto dei carri dell'esercito che portano via da Bergamo le salme dei morti della città e della provincia hanno fatto il giro del mondo. Cos'è successo? I dati Istat parlano di un aumento superiore al 500% nella provincia bergamasca. Un numero spaventoso che spiega la portata della tragedia in quelle zone. Sulle motivazioni della necessità della misura del trasferimento in altre città da parte dell'esercito è però necessario un surplus informativo che vada oltre lo shock causato dalle immagini.

L'emergenza Covid-19 ha portato all'introduzione di misure eccezionali per la sepoltura dei defunti, che includono l'obbligo di smaltimento della salma entro 72 ore dalla morte, il tutto senza la possibilità di svolgere funerali fino allo scorso 4 maggio, e senza poter avvicinare la salma da parte dei familiari. In questo scenario, come ha confermato il sindaco di Bergamo, la stragrande maggioranza dei familiari ha scelto la cremazione come formula, nonostante questa non fosse obbligatoria. Secondo i dati aggiornati ci sono poco più di 80 forni crematori in tutta Italia su circa 8mila comuni (rapporto di 1 a 100) e ovviamente quello di Bergamo è l'unico della provincia. Si pensi che in una grande città come Napoli il forno è attivo solo dal 2019: fino a pochi mesi fa chi voleva cremare una salma era costretto ad arrivare a Castel Volturno – con i mezzi delle imprese funebri, non dell'Esercito. Il costo per la costruzione di un forno di media grandezza è di circa 2.5 milioni di Euro e, considerato che fino al 2016 la Chiesa Cattolica non accettava la pratica, la cremazione non ha praticamente mai avuto richiesta commerciale tale da giustificare investimenti così importanti da parte di tanti comuni.

E ci sono da considerare i tempi di smaltimento delle salme: se da un lato il sindaco Gori afferma che il forno crematorio di Bergamo può smaltire 25 salme al giorno lavorando h24, dall'altro il potenziamento di quello di Reggio Emilia avvenuto nello scorso aprile ha portato da sole 6 a 10 salme quotidiane la capacità del forno locale. Va da sé quindi che per completare entro le 72 ore le cremazioni richieste, si sia reso indispensabile il trasferimento delle salme da Bergamo ai forni di altre province e regioni. Ed è stato il comune a dover farsene carico, attraverso la propria società «Bergamo Onoranze Funebri» e con l'aiuto

dell'Esercito, vista la contemporanea chiusura di diverse agenzie funebri, per malattia dei dipendenti.

Ma perché nelle altre province con deciso incremento dei morti [Cremona (391%), Lodi (371%), Brescia (291%), Piacenza (264%), Parma (208%), Lecco (174%), Pavia (133%), Mantova (122%), Pesaro e Urbino (120%)] non sono arrivati i camion dell'Esercito a portar via le bare? La risposta è semplice: c'è stata minore richiesta di cremazioni, i cimiteri hanno potuto smaltire le salme con l'inumazione, e nelle agenzie funebri c'erano meno persone assenti per causa di malattia, e purtroppo, di morte.

L'Italia e le scelte sui tamponi

Come abbiamo detto per la Protezione civile è morto per coronavirus chi ha un tampone positivo e quindi una diagnosi di Covid-19, certa o sospetta che sia. Dal 26 febbraio scorso, dopo una circolare del Ministero della Salute, si è stabilito che i **test** andassero **fatti solo ai soggetti sintomatici** (per esempio con febbre e problemi respiratori), mentre prima venivano testati anche gli asintomatici. In un primo momento è parso evidente che ci fosse poca disponibilità di tamponi, scarsità di reagenti, e nessuna disponibilità da parte di alcuni sistemi regionali (Lombardia) di recarsi sul territorio ad effettuare tamponi su casi "sospetti". La diversa strategia di tracciamento attraverso i tamponi utilizzata in Veneto, fa propendere a posteriori che la scelta di fare più tamponi sarebbe stata più utile per il contenimento dei contagi. Poi all'improvviso, dopo l'estate, il numero dei tamponi è incrementato in maniera costante, fino ad arrivare al record di 165.000 al giorno. Afferma a luglio il Prof. Bassetti: «Non riesce a passare l'idea che i contagiati non devono essere considerati come malati. Noi non possiamo dire cosa succedeva a febbraio, marzo e aprile perché in quel periodo c'era un errore di fondo: non avevamo la capacità di fare tamponi come la abbiamo oggi. Chissà quante migliaia o milioni di persone erano contagiate a quei tempi».

Come denunciato da Le Monde, stesso discorso anche in Francia. Fare confronti giornalieri sull'incremento dei contagi basato sui meri numeri privi di percentuali calcolate sui tamponi effettuati non ha senso, se non per **mantenere alta la tensione attraverso il "rito" quotidiano dei dati**, e produrre titoli ad effetto sull'esplosione di nuovi contagi. Pochi tamponi fanno percepire un'alta mortalità; molti tamponi invece spostano l'attenzione sull'aumento dei positivi.

Tamponi e test sierologici inaffidabili

Il kit per testare i virus utilizzati a livello internazionale **non sono del tutto attendibili e soggetti a errori e possono produrre risultati di falsi positivi e falsi negativi**. Il cosiddetto test PCR è sconsigliato per effettuare diagnosi, trattandosi di una tecnica per “amplificare” frammenti di DNA in modo da poter disporre di maggiori quantità degli stessi, una sorta di “fotocopiatrice”. Il DNA viene sottoposto a **più cicli di riscaldamento e raffreddamento** durante i quali la catena si “apre”, e le due parti si ricombinano per riformare due elementi della stessa sequenza di DNA. Una fotocopia, una duplicazione di un frammento iniziale. Il risultato finale **dipenderà dal numero di volte in cui questa operazione è stata effettuata**: se il numero di cicli supera i 30, anche una sostanza che si trovasse all’interno del campione in parti inferiori al milionesimo, si potrebbe ritrovare nel risultato finale. E siccome il numero di cicli non è un parametro univoco, ma anzi varia da laboratorio a laboratorio e da nazione a nazione, quale significato può avere un test che rintraccia la presenza di sostanze dopo una amplificazione che porta ad un aumento di 1000 miliardi di volte un campione iniziale? L’aumento del numero di amplificazioni (> 30) necessarie per eseguire il test altera il risultato, aumentando il numero dei falsi positivi. La necessità di amplificare sopra il valore di 24 indica che la carica virale è bassa. In Italia i tamponi attuali richiedono generalmente valori superiori a 30.

Una ricerca condotta dal primario di Microbiologia di Treviso in collaborazione con i colleghi di Mestre e Verona, che ha interessato 60.000 tamponi con l’individuazione di 210 positivi, ci ha detto che «Su 60mila tamponi fatti dal 1° giugno in Veneto, solo 3 hanno registrato una quantità di virus importante». Ma anche quelle 3 persone infettate dal Covid-19 hanno sviluppato solo sintomi leggeri e nessuno è finito in pneumologia o in rianimazione.

Il **test** ufficiale del virus non è **mai stato approvato clinicamente** a causa della mancanza di tempo e, inoltre, talvolta può risultare positivo ad altri coronavirus, ma non al Covid. Il presidente della Tanzania, Magufuli, ha denunciato che l’aumento di risultati positivi al coronavirus è dovuto a test difettosi: i laboratori per le analisi hanno effettuato il test su una capra, una papaya e una pecora che sono risultati positivi. In vari paesi, tra cui l’Inghilterra, sono stati scoperti tamponi nuovi ma già contaminati da Coronavirus.

Numerosi media hanno riferito di **presunte “re-infezioni”** di persone già guarite in Corea del Sud. Tuttavia, i ricercatori sono giunti alla conclusione che tutti i 290 casi sospetti erano **risultati di test falsi positivi** causati da “frammenti di virus non infettivi”. Il risultato

evidenzia ancora una volta la ben nota inaffidabilità dei test PCR. La questione della **reinfezione** continua ad essere particolarmente dibattuta: al 16 ottobre i casi ufficiali di reinfezione, monitorati dal sito «bnonews.com», erano 23. Secondo Massimiliano Galli, infettivologo dell'Ospedale Sacco di Milano, i casi provati invece sono solo due e con infezione lieve o asintomatica, con un ceppo virale talmente diverso dal precedente da rendere sicura l'assenza di collegamenti con la prima infezione. Due casi – o ventitré, si scelga di seguire chi si ritiene più attendibile – su 39 milioni e 700mila (al 18 ottobre). Tutto questo mentre gli Stati Uniti d'America hanno investito la somma di 1,5 miliardi di dollari per invitare gli scienziati a produrre un test per il Covid-19 che definisca la malattia così come fa quello per l'Epatite, e cioè individuazione contemporanea di anticorpi, acido nucleico e carica virale; e mentre in Gran Bretagna sono pronti test rapidi capaci di individuare la Covid-19 e l'influenza in 60-90 minuti. Secondo uno studio dell'Università di Zurigo, **i test sierologici effettuati sul sangue non riescono ad individuare gli anticorpi nelle persone positive con sintomi blandi o asintomatiche**, e solo facendo analisi delle mucose di bocca, naso e orecchie si riesce a stabilire se la persona è stata davvero infetta: ciò significa che i positivi sono almeno cinque volte di più di quelli rilevati nei test sugli anticorpi. Quindi, **Covid è almeno cinque volte più diffuso e meno letale di quanto si pensi**. Dal Settore documenti pubblici della Banca Mondiale, è scaricabile il documento informativo sui pandemic bonds: a pag. 87 si parla anche della fallacia dei test per il Sars-CoV: «Il rischio di risultati falsi positivi dai test SARS-CoV sarà elevato nel periodo interepidemico, dati i limiti dei test di laboratorio attualmente disponibili e senza alcuna prova che il virus stia circolando nelle popolazioni umane».

Asintomatici: da untori a poco contagiosi, poi ancora untori

La Covid-19 è una malattia con cui circa l'80% delle persone sviluppa solo sintomi lievi o nessun sintomo. Anche tra i 70-79 anni, circa il 60% sviluppa solo sintomi lievi. Circa il 95% di tutte le persone sviluppa sintomi al massimo moderati e non necessita di ricovero. Intorno agli asintomatici si è creata di certo la **maggior confusione** di tutta la pandemia. **Prima ritenuti potenziali untori inconsapevoli, poi destinati all'isolamento domiciliare** in attesa di una negativizzazione da verificare attraverso tamponi che spesso non arrivavano, **infine derubricati a potenzialmente non contagiosi** in seguito agli studi

effettuati più di recente in tutto il mondo, ma alla fine sono ancora tornati ad essere considerati untori.

Uno degli studi arriva però alla conclusione che «l'infettività di alcuni portatori di SARS-CoV-2 asintomatici potrebbe essere debole. Misure efficaci di prevenzione e controllo sono utili per prevenire la diffusione di COVID-19 di portatori asintomatici. Il risultato di questo studio può alleviare parte delle preoccupazioni pubbliche per le persone infette asintomatiche».

Ripensare a posteriori all'effetto di paura creato dalla narrazione intorno al pericolo della diffusione del virus attraverso gli asintomatici crea più di qualche perplessità.

Tuttavia, non considerare gli asintomatici all'interno delle statistiche comporta un evidente scompenso di queste nel tasso di letalità.

L'impossibilità di tracciare del tutto e con esaustività gli asintomatici, specialmente durante la prima ondata della pandemia, e quindi di verificare la reale diffusione del virus, e quanto lo sviluppo della malattia si verifichi tra i contagiati, in Italia ha generato nei primi mesi percentuali di letalità molto superiori rispetto ad altre nazioni.

Considerata l'alta contagiosità del Sars-CoV-2, e le difficoltà di tracciamento degli asintomatici nella prima fase, c'è chi considera possibile che una maggioranza della popolazione potrebbe già avere incontrato il virus senza saperlo – stime della Oxford University parlavano di 11 milioni di potenziali positivi in Italia già ad aprile – e se questo dato fosse verificato, la letalità sarebbe da considerare minima, pur prendendo per veri i dati di mortalità. **Fare pochi tamponi** o poche analisi sierologiche, **solo sui malati gravi**, ha creato inizialmente una falsa percezione di letalità molto alta. Il **rischio** è stato inizialmente **sopravalutato** perché molte persone con **sintomi lievi o assenti** non sono state prese in considerazione, mentre invece sono la maggioranza, ed il Sars-CoV-2 si è **molto più diffuso** di quanto si pensasse. A chi può aver giovato questa alterazione dei dati? A cosa serve?

Un **serio studio epidemiologico** su scala nazionale potrebbe svelare che il virus si sia già diffuso molto più di quanto si pensasse, e ridimensionare le suddette, percentuali. Purtroppo, però, nessuna decisione politica è stata presa in tal senso. Se non quella di effettuare uno studio a campione su 150.000 persone, condotto dall'ISTAT, che ha per altro subito gravi rallentamenti per la ritrosia delle persone a sottoporsi ai test. Tale ritrosia è derivata dalla possibilità della "condanna" alla quarantena, senza certezza di effettuare il tampone, qualora fossero state riscontrate come positive, ancorché asintomatiche. Una decisione, quella di sottoporre gli asintomatici alla quarantena lunga due settimane che è stata rivista solo di recente, con

il ridimensionamento della lunghezza della quarantena a 10 giorni senza sintomi, e con la necessità di un tampone positivo in uscita anziché due, come in precedenza. E tutto questo **nonostante l'OMS abbia rivisto da tempo le linee guida, rimodulando la necessità dei due tamponi negativi** e legando lo sviluppo dell'infezione all'insorgenza dei sintomi.

Anche per chi sceglie di utilizzare l'app *Immuni* vige **la stessa regola dell'autoquarantena di 15 giorni** nel momento in cui si entra in contatto con un positivo.

A concludere quanto detto, c'è da sottolineare che la stessa OMS ha evidenziato posizioni contrastanti sul ruolo degli asintomatici nella diffusione della Covid-19, quello che si intuisce e che ci siano varie tipologie degli stessi, base alla carica virale, che si spera sia al più presto oggetto di analisi di massa.

Il capo del team tecnico anti Covid-19 dell'OMS, Maria Van Kerkhove, dichiarò nello scorso giugno che il contagio di una persona asintomatica fosse molto raro. La stessa però poche ore dopo si espose di nuovo per un chiarimento, dicendo che l'affermazione fosse un errore di comunicazione e non esprimesse una posizione dell'OMS, ma personale e basata su dati limitati.

Ciò che è stato verificato, invece, è la pericolosità per il contagio dell'asintomatico che non ha ancora sviluppato i sintomi, e cioè del presintomatico: in quel momento la carica virale è al suo massimo e la persona infetta è estremamente contagiosa.

Sul tema, come su tutti gli altri, la narrazione si è andata ad appiattire sulla polarizzazione delle posizioni, ma il dibattito è stato ed è tuttora particolarmente ampio e ricco di studi contrastanti tra essi. La richiesta, arrivata da diversi medici italiani, di stabilire una carica virale al di sotto della quale non si viene considerati contagiosi, al momento non ha trovato risposta. Esistono studi, già del maggio scorso, in cui però la soglia viene già considerata come un potenziale elemento di definizione della contagiosità, anche se lo studio riguarda la risoluzione della malattia nei sintomatici.

Lo studio dell'Università di Oxford *To Interpret the SARS-CoV-2 Test, Consider the Cycle Threshold Value* e cioè *Interpretare il test del Sars-CoV-2, considerando il valore di soglia*, condotto dai dottori Michael R. Tom e Michael J. Mina, propone che la soglia possa essere fissata intorno al valore di Ct >34 per considerare i positivi sintomatici privi di malattie significative o comunque trasmissibili, e per questo senza la necessità di ulteriori test, da destinare così agli screening.

Un altro studio, elaborato dal dipartimento di epidemiologia della scuola di salute pubblica dell'Università di Guangzhou con la

collaborazione di personale di uno degli ospedali della città, e pubblicato sull'International Journal of Infectious Diseases nello scorso luglio, identifica il valore di soglia di un gruppo di presintomatici in media a 34,5, mentre di un gruppo di asintomatici a 39; pur ripetendo che le evidenze dello studio dimostrano che sebbene gli asintomatici abbiano una inferiore carica virale, posseggano un certo periodo di "spargimento" che suggerisce la possibilità di trasmissione durante la loro asintomaticità.

L'arrivo della malattia in Italia

Il Covid-19, malattia generata dall'infezione del virus Sars-CoV-2, emerge in Italia la sera del 20 Febbraio 2020 all'ospedale di Codogno. Lo "scopre", nel senso più genuino del termine, una dottoressa del nosocomio che, venendo meno alle direttive nazionali e dirigenziali rispetto ai protocolli per il Coronavirus, si assume tutta la responsabilità di sottoporre al tampone Mattia, il 38enne dirigente dell'Unilever che è tornato in ospedale più di una volta per il persistere e l'aggravarsi dei sintomi respiratori.

Questa contravvenzione alle regole è solo la prima di una lunga serie cui saranno obbligati i medici italiani nella lotta al Covid-19.

Poche ore dopo si scopre un altro focolaio nella cittadina veneta di Vo' Euganeo, dove i primi malati non sembrano avere avuto alcun contatto con gli abitanti di Codogno. Pochi giorni prima, invece, due turisti cinesi vengono ricoverati allo Spallanzani di Roma con sintomi avanzati di Covid-19. Per diverso tempo questi 4 malati sono gli unici portatori del Coronavirus in Italia. **La risposta del governo è la creazione di una zona rossa intorno a Codogno e a Vo'.** Da quel momento, però, **le strade dell'epidemia in Lombardia e in Veneto prendono due percorsi completamente diversi**, col Veneto che punta a tamponi di massa, cosa che non fa la Lombardia.

L'Italia nel giro di pochi giorni diventa il secondo paese al mondo per contagi, dopo la Cina. Si cerca per diversi giorni il "paziente 0", senza risultato. Si capirà, molto dopo, che i contatti avuti dal nord Italia con la Cina e con diversi portatori sani (o per meglio dire asintomatici) del virus provenienti da altri paesi europei avrà diffuso il virus molto più di quanto si riuscisse a percepire in un primo momento. La regola dei 15 giorni, infatti, quella che dice che quanto si vede oggi nell'epidemia di coronavirus è quanto successo due settimane prima, fa capire ben presto che il virus circola nel nostro paese almeno da inizio febbraio.

L'intera regione Lombardia diventa zona rossa l'8 marzo 2020, ma l'esodo favorito dall'anticipazione – a mezzo social da parte della Lega – del provvedimento restrittivo, convince il Governo che l'intera Italia



www.cittafuture.org

dovrà diventare Zona Rossa. Un provvedimento che non avrà pari in Europa, superato solo dalle misure destinate in Cina a Wuhan, regione del paese asiatico dove sembra abbia avuto origine la pandemia. Da quel momento l'Italia piomba nel silenzio e in una tragedia sanitaria e civile di proporzioni immani. Le prime restrizioni vengono allentate il 4 maggio, mentre il 18 maggio si torna ad una quasi-normalità, col solo divieto di spostamento tra regioni, e con molte Regioni che trasformano il consiglio di portare la mascherina in un obbligo, anche all'aperto.

Prevenzione, cura, diagnosi e... autopsie

Nell'affrontare l'aspetto sanitario, la prima cosa da considerare è che la Covid-19 si è presentata come una malattia nuova, dallo sviluppo e dagli esiti sconosciuti. In un primo momento, anche **seguendo le indicazioni provenienti dalla Cina e dall'OMS, la diagnosi prevalentemente associata alla malattia era una polmonite interstiziale bilaterale**. Un problema respiratorio per cui si è ritenuto dover potenziare fortemente le terapie intensive e la ventilazione. Il timore di una carenza di ventilatori è stato poi ritenuto da alcuni ingiustificato. Secondo alcuni specialisti polmonari, la ventilazione invasiva, ovvero l'intubazione dei pazienti, fatta in parte per paura di diffondere il virus, è infatti spesso controproducente e dannosa per i polmoni. Eppure la **ricerca di ventilatori polmonari** e l'apertura di nuovi posti di terapia intensiva – reparti distrutti dai 37 miliardi di tagli alla sanità in 10 anni – hanno caratterizzato la prima fase dell'epidemia in Italia. Nella quale si è anche spinto alla "salvaguardia" dei DPI, principalmente le mascherine, per la protezione degli operatori sanitari, da subito apparsi esposti più di ogni altra categoria al pericolo dei contagi.

Qualcosa però non funzionava. Mentre in tanti ospedali si lanciavano protocolli di sperimentazione off-label per la ricerca di medicinali che fossero efficaci nella lotta alla malattia, il numero di morti sempre crescente e un tasso di decessi particolarmente alto sembrava rendere più cupo ogni scenario futuro.

Soltanto a metà di marzo alcuni medici, contravvenendo almeno in parte alle linee guida del ministero della Salute che sconsigliava fortemente l'esecuzione di autopsie sui morti da Covid-19, hanno iniziato ad eseguire esami autoptici. All'interno del documento ministeriale è possibile leggere: «Per l'intero periodo della fase emergenziale non si dovrebbe procedere all'esecuzione di autopsie o riscontri diagnostici nei casi conclamati di Covid-19, sia se deceduti in corso di ricovero presso un reparto ospedaliero sia se deceduti presso il proprio domicilio». Invece, sembra che dalle autopsie sia arrivato un



www.cittafuture.org

contributo fondamentale per capire che alcune delle cure adottate inizialmente erano sbagliate, inutili o peggio ancora controproducenti. Per quanto la Covid-19 si sia dimostrata una malattia diversa dall'influenza, è impossibile affermare che quest'ultima non causi a propria volta trombosi venosa ed embolia polmonare nei soggetti a rischio: è noto da 50 anni che l'influenza grave aumenta notevolmente anche il rischio di trombosi ed embolia. A molti medici è stato impedito di diffondere le scoperte fatte, attraverso la minaccia o l'applicazione di provvedimenti disciplinari denunciati dalle associazioni di categoria. Quante morti sono responsabilità di queste scelte sbagliate?

Attraverso le autopsie e anche grazie alle TAC e alle AngioTAC sugli altri pazienti, si è scoperto che la malattia finiva col creare anche una CID, e cioè una coagulopatia intravasale disseminata, con la formazione di trombi all'interno degli alveoli polmonari. **La malattia si sviluppava come malattia endoteliale, e quindi come una infiammazione molto acuta del sistema vasculo-arterioso.** La maggior parte dei sintomi della Covid-19 sono gli stessi causati da una grave influenza (incluse polmonite, trombosi e perdita temporanea del senso del gusto e dell'olfatto), ma con la Covid-19 grave questi sintomi sono davvero molto più frequenti e più pronunciati. Questo può causare problemi clinici anche molto diversi dalla polmonite bilaterale interstiziale, arrivando anche all'infiammazione cardiaca e a danni consistenti al cuore: altra informazione emersa dalle autopsie. Queste consapevolezza hanno finito per far ritenere l'intubazione, almeno in alcuni casi, come potenzialmente dannosa. Circa il 10% delle persone sintomatiche sviluppano il cosiddetto Covid post-acute ("lungo") e riferiscono sintomi che durano diverse settimane o mesi.

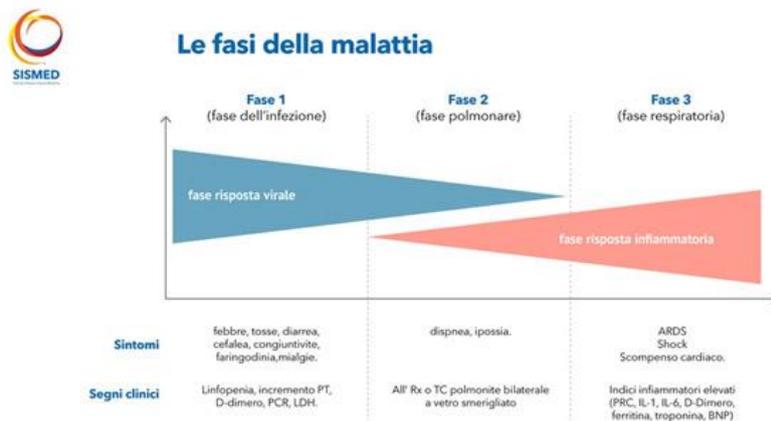
Le complicazioni, insieme alla consapevolezza che andava diffondendosi negli ospedali che l'arrivo tardivo dei pazienti, ormai in fase critica, significava poter fare ben poco per salvarli, hanno portato un gruppo di medici alla stesura di uno schema di intervento per la cura della Covid-19, che nelle prime fasi, doveva portare le cure a casa dell'ammalato. Cure che avrebbero dovuto essere di competenza della "medicina del territorio", altro assente gravissimo di questa epidemia e che altrove, ad esempio in Portogallo, ha portato alla revoca dello stato di emergenza in anticipo, almeno nella prima ondata, rispetto alle previsioni. Per completezza di informazione, alcune misure di contenimento a Lisbona sono state ripristinate in un secondo momento e pochi giorni fa è stato dichiarato lo stato di calamità.

Gli studi, le evidenze emerse e l'esperienza fatta purtroppo sulle vittime, ha portato da parte del SISMED alla definizione della malattia in tre fasi



www.cittafuture.org

(immagine sottostante): una fase virale, una fase polmonare, una fase respiratoria anche detta della tempesta citochinica.



Questa suddivisione in fasi della malattia ed alcuni protocolli di intervento sono stati resi pubblici – almeno per i medici e i professionisti – sul [sito del Sismed](#), e l'appello alla [gestione domiciliare](#) dei pazienti e alla maggiore presenza sul territorio è stato condiviso da [un gruppo di 100mila medici](#). Sembra particolarmente importante a questo punto sottolineare come le mancanze della medicina del territorio, già lasciata da sola nella prima ondata, stiano riemergendo in modo clamoroso durante il recente riacutizzarsi della curva epidemica. Lasciati senza DPI nella prima fase, i MMG oggi si ritrovano a dover praticamente visitare i pazienti al telefono per segnalarli all'ASL in caso di sintomi sospetti e compatibili con la Covid-19. Eppure esistono [testimonianze](#) che la medicina di base, inclusa la visita domiciliare, è basilare per la cura tempestiva della malattia. Queste le parole del dottor Riccardo Munda: «Se i medici di base avessero visitato i pazienti e attivato per tempo l'assistenza domiciliare integrata, con l'ossigenoterapia e un infermiere per la reidratazione, le persone si sarebbero salvate. Così ho fatto io, che non sono certo un luminaire». Le USCA, unità speciali di continuità assistenziale, considerati nell'organizzazione uno dei pilastri della lotta alla Covid-19, risultavano soltanto pochi giorni fa “non attivabili” sul territorio di Milano in una [testimonianza](#) raccolta da Panorama. Per quanto ne sappiamo, anche in Campania e a Napoli non ne risulta l'attivazione.

Al momento della prima riapertura dalle restrizioni, il 18 maggio scorso, era diffusa la sensazione che per ogni fase della malattia esistessero cure potenzialmente efficaci, la cui conoscenza pareva diffusa tra i medici. Nessuna o pochissima pubblicità è stata data però ai protocolli di cura: dopo il tam-tam dei nomi dei medicinali

sperimentati off-label nelle prime settimane, un lungo silenzio è caduto sulla cura della Covid-19, salvo sporadiche polemiche sulla disponibilità di questo o quel farmaco, nonché sull'utilizzo dell'idrossiclorochina, che merita un paragrafo a parte. Ovviamente le cure sono da mettere sempre in relazione allo stato di salute di base del paziente, ad eventuali patologie pregresse, e alle risposte dell'organismo, nonché alla tempestività della diagnosi e alla precocità dell'applicazione delle cure idonee.

È comprensibile che un virus nuovo possa spiazzare anche i migliori medici per qualche tempo. Ma via via che le informazioni si sono accumulate, insieme a queste aumentavano le richieste da parte dei medici e dei clinici sul campo ad essere ascoltati. Proprio a causa dei "tempi delle verità scientifiche" **molte cure rivelatesi efficaci sono state ridicolizzate pubblicamente**. È successo per l'eparina, per le cure col plasma dei guariti. Per la prima, nel mese di Aprile, a distanza di pochi giorni si è parlato sia di "cura sperimentale" che di "farmaco usato fin dal primo giorno", cosa che ha destato non poche perplessità. Per quanto riguarda il plasma dei guariti, al centro di enormi polemiche tra l'aprile e il maggio scorso, oggi esistono risultati incoraggianti sulle guarigioni, ma anche casi di reazioni avverse importanti. Ci sono però testimonianze recenti, come quella di Maurizio Acerbo, segretario nazionale di Rifondazione Comunista, che ha pubblicato sul suo profilo Facebook la notizia della richiesta del centro trasfusionale dell'Ospedale di Pescara per l'elaborazione del suo plasma.

A proposito di Maurizio Acerbo, che è una delle persone note ammalatesi di Covid-19, sappiamo dai suoi racconti postati su Facebook che è stato trattato con Ossigeno, Tocilizumab, Eparina e che ha chiesto della possibilità di trattamento col Remdesivir, per il quale l'ospedale ha riferito esserci difficoltà di approvvigionamento.

Il Remdesivir, farmaco particolarmente costoso, ha avuto a giugno il via libera dell'agenzia europea dei farmaci per la cura della Covid-19, salvo poi essere giudicato sostanzialmente inutile dall'OMS dopo gli esperimenti di solidarietà terapeutica. Nello stesso comunicato l'OMS ha indicato come «idrossiclorochina, la combinazione lopinavir/ritonavir e i regimi a base di interferone sembrano avere un piccolo o inesistente effetto sulla mortalità a 28 giorni o sul decorso ospedaliero del Covid-19 tra i pazienti ricoverati». In questo momento gli unici farmaci che hanno effetto certo a livello ospedaliero sono il Desametasone, un cortisone, e le eparine a basso peso molecolare. Non è un dettaglio che a mesi di distanza dallo scoppio della pandemia gli unici medicinali "certi" siano fuori brevetto delle case farmaceutiche. Ma il punto che i medici sembrano da tempo voler far

emergere è proprio questo: non bisognerebbe arrivare a condizioni da ricovero con la Covid-19; da un lato perché la malattia in fase iniziale è decisamente più curabile che in fase avanzata, dall'altro lato perché i farmaci che hanno effetto potrebbero non essere più sufficienti a curare gli effetti della Covid-19, e lasciare pesanti strascichi. Arrivare in ospedale con la Covid-19 potrebbe quindi essere – lo diciamo consapevoli di una certa approssimazione, e certi degli sforzi enormi delle strutture ospedaliere in tutto il mondo – troppo tardi.

Lo stato di salute generale delle persone influisce chiaramente sulle possibilità che il Covid-19 si riveli letale. I numeri pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità sull'incidenza di patologie pregresse nei morti per e con il Covid-19 sono inequivocabili. I dati confermano il rischio altissimo per persone con ipertensione arteriosa, cardiopatie o malattie coronariche, diabete mellito, insufficienza renale, obesità e demenza.

Le iniziative di diffusione delle informazioni sulla cura alla malattia non passano attraverso canali "tradizionali". A Genova, ad esempio, la direzione delle malattie infettive del San Martino, ad esempio, ha creato un numero di telefono dedicato ai medici di base e alle RSA per far loro avere informazioni dirette su cosa somministrare ai pazienti. L'altro motivo dietro l'oscurità è che la "verità scientifica" delle cure ha bisogno di tempo, di un certo numero di casi, e di verifiche. Insomma, non si può dire pubblicamente che "funziona" se non ci sono i numeri e le verifiche scientifiche a dirlo.

Proprio per questo è necessario spingere, ora, ancora e sempre di più sulla necessità di chiarezza ed applicazione dei protocolli di cura a livello domestico. Antonio Marfella, esponente storico della medicina territoriale del nostro territorio, ha affermato pochi giorni fa che «i medici del territorio di tutto il mondo avevano già dimostrato che cortisone ed eparine erano utili ed efficaci, così come la idrossiclorochina, immunosoppressore sicuro meno potente del cortisone ma utilizzabile ad esempio nei pazienti diabetici che non possono ricevere cortisone».

D'altra parte nulla, né dal punto di vista degli investimenti né della diffusione di informazioni, è stato fatto per sensibilizzare le persone dal punto di vista della **prevenzione** della Covid-19, delle malattie infettive in generale, e del rafforzamento del sistema immunitario. Una preventiva integrazione di alcune sostanze come Zinco, Quercitina, Bromexina e Vitamina C può aiutare a prevenire la malattia. Altri dati emersi riguardo la prevenzione riguardano **l'importanza di un buon dato di Vitamina D nel sangue, oltre a Vitamina A e Vitamina C**, fondamentali per le corrette **risposte del sistema immunitario**.

Un ottimo lavoro, aggiornato, sul protocollo di trattamento della Covid-19 è stato svolto dalla redazione «Swiss Policy Research», all'interno del reportage *Facts on Covid*.

Cure: la guerra dell'idrossiclorochina

Caso a parte è quello dell'idrossiclorochina: l'OMS, dopo continui tira e molla, aveva ordinato lo stop all'utilizzo in seguito alla pubblicazione di uno **studio su Lancet**, che si è rivelato basato su dati non riscontrabili – o più semplicemente falsi – e **poi ritirato**. A Maggio uno studio dell'«International Journal of Infectious Diseases» ha certificato che il trattamento con la sola idrossiclorochina, purché presa prima dello sviluppo di alcune gravi reazioni immunitarie, ha ridotto del 66% il rapporto di rischio di mortalità ($p < 0,001$). Anche Guido Bertolaso, ex capo della Protezione Civile e risultato positivo al Coronavirus, ha ammesso di esser stato «trattato con cloroquina» da subito, che per lui è – o era, al tempo – «da usare immediatamente e che si è dimostrata efficace, assieme a un cocktail di antivirali».

Con la discesa della curva epidemica durante l'estate, anche la discussione sull'idrossiclorochina è sparita. Ma adesso, a ottobre, sta tornando di estrema attualità. Perché la sospensione dell'AlFA, arrivata nello scorso maggio e ancora in vigore, lascia ai medici di base pochissime armi terapeutiche contro la malattia in ambiente domestico. Proprio nella prima metà di ottobre una inchiesta di Panorama ha rilanciato il tema, facendo riemergere anche dal punto di vista giornalistico uno scostamento tra le testimonianze di guarigione dalla Covid-19 curata in ambito domiciliare con l'idrossiclorochina, e le evidenze scientifiche rispetto all'inutilità del farmaco in ambito ospedaliero.

Errori di gestione

Sono stati molti gli errori di gestione rilevati e denunciati nel corso dell'emergenza.

Si va, purtroppo, **dalla gestione dei malati alla scelta di investire ingenti somme di denaro pubblico per strutture che poi si sono rivelate inutili**.

Al centro di tutto questo, però, l'aver **lasciato privi di dispositivi di protezione individuale i medici di medicina generale**, che sarebbero stati fondamentali per la diagnosi precoce della malattia, se non fossero stati “condannati” alla telemedicina; nonché l'aver messo **nella stessa difficoltà medici, infermieri e operatori socio-sanitari dei presidi ospedalieri** sui quali si è scaricata l'intera responsabilità della gestione dell'emergenza sanitaria.

Gli infermieri statunitensi hanno descritto una **gestione medica** spesso fatale dei pazienti a causa di incentivi finanziari discutibili e protocolli medici inappropriati. Tuttavia, in molti luoghi la letalità per Covid è diminuita significativamente a causa delle migliori opzioni di trattamento.

Numerose le **testimonianze di attese lunghissime**, e spesso fatali **dei tamponi**. Sono state abbandonate persone con chiari sintomi, e trattate con semplice ed inutile tachipirina; spesso assente anche un banale controllo di ossigeno nel sangue tramite saturimetro. Un fallimento quasi totale, anche se molto diverso tra le varie realtà colpite, che si sarebbe potuto limitare senza l'aver ignorato gli appelli di migliaia di medici sulle cure da adottare e sulla necessità delle più sicure cure domestiche, e senza avere ignorato anche i suggerimenti sui protocolli da seguire dei medici cinesi venuti in Italia a inizio marzo.

Tutto quanto enunciato è al centro dell'attenzione del **gruppo "Noi Denunceremo"**, comitato che riunisce familiari delle vittime e che chiede verità e giustizia per i morti da Covid-19, sul cui sito sono presenti terribili esperienze testimonianze del fallimento sanitario, che sono poi diventate vere e proprie denunce: si parla di 550 denunce presentate.

«È mancata l'informazione veritiera – dice l'avvocato Consuelo Locati, del comitato –. Ci è stato detto che si trattava di un'influenza, e ci siamo contagiati. Non abbiamo paura a dire che non è stata una pandemia, ma un enorme scandalo sanitario. Lo proveremo in tutte le sedi». Ad agosto sono arrivati gli avvisi di garanzia al premier Conte e a sei ministri, che chiamano in causa gli articoli del codice penale sulla pena in concorso (articolo 110), epidemia (articolo 438), delitti colposi contro la salute pubblica (articolo 452) e omicidio colposo (articolo 589), abuso d'ufficio (articolo 323), attentato contro la costituzione dello Stato (articolo 283), attentati contro i diritti politici del cittadino (articolo 294).

Buona parte delle scelte del Governo vengono dal Comitato Tecnico-Scientifico (CTS), che doveva essere un semplice comitato di consulenza, il 22 aprile 2020 ha pubblicato la *Valutazione di politiche di riapertura utilizzando contatti sociali e rischio di esposizione professionale*, documento su cui si fonda la politica sanitaria dei mesi successivi, con pesantissimi risvolti sociali ed economici. Stiamo parlando di un rapporto non firmato, incompleto, "riservato", mai depositato su un pubblico archivio scientifico, né sottoposto ad alcuna rivista scientifica, di epidemiologia a libero accesso o con *peer review* tradizionale o aperta. Un *report* che – a detta di diversi esperti, matematici, epidemiologi e ricercatori – presentava non poche criticità:

per esempio, presume come sole variabili rilevanti da tenere in conto per la risalita della curva epidemiologica quelle legate all'età, ai luoghi d'incontro e le occupazioni, ma non le condizioni delle diverse regioni e degli andamenti stagionali, né considerava un'anomalia internazionale e nazionale come la Lombardia.

Conseguenze su altre malattie e danni psichici, estensione del TSO

Numerose operazioni e terapie sono state annullate o rinviate, tra cui alcuni trapianti di organi e screening del cancro. Il rischio di un ulteriore blocco delle prestazioni ospedaliere non Covid-19 è al centro della polemica tra istituzione e numerosi medici e operatori sanitari in relazione alla risalita della curva dei contagi.

Il numero di persone che hanno sofferto di **disoccupazione**, **problemi psicologici** e **violenze domestiche**, a seguito delle misure di confinamento, è andato alle stelle in tutto il mondo. Inoltre, sono stati **lesi alcuni diritti costituzionali (così come accertato dalla Corte Costituzionale austriaca)** e si profila all'orizzonte la perdita del **diritto alla scelta di cura**, oltre agli incalcolabili **danni sociali a causa della crisi economica e a quelli psicologici dovuti al lockdown**, specie sulle categorie più deboli, come denunciato dai 735 medici dell'Ampas. In Inghilterra si parla di 200.000 vittime del lockdown, causato principalmente dal peggioramento dell'assistenza sanitaria. Diversi esperti ritengono che le misure possano causare un maggior numero di decessi rispetto al virus stesso. Secondo l'ONU milioni di persone in tutto il mondo potrebbero cadere in assoluta povertà e carestia, 1,6 miliardi di persone possono perdere l'accesso a fonti di sostentamento. Già è triplicato il numero dei suicidi durante il lockdown. Solo lo Stato italiano ha fatturato 150 milioni di euro per le multe durante la quarantena.

Molte perplessità sta destando **l'invocazione all'utilizzo del TSO per le persone positive** – magari asintomatiche – che rifiutano alcune prescrizioni, come la quarantena in luoghi diversi dalla propria abitazione. Ricordiamo che il TSO è un provvedimento molto grave, che si utilizza in specifici casi di squilibrio psichico con pericolo per l'incolumità del paziente e/o altrui. Il governatore del Veneto Zaia è arrivato invece a richiedere ufficialmente un provvedimento legislativo nazionale, che preveda il TSO per chi rifiuta le cure – già attuato e a rischio impugnazione in Veneto – oltre ad invocare che nei casi più gravi si possa arrivare anche al carcere.

Da ricordare ed evidenziare, però, che **durante il lockdown si sono già registrati casi di TSO non necessari, adottati per motivi repressivi** su

soggetti che non ne avevano evidente bisogno medico e psichiatrico: il ragazzo siciliano che “non credeva” alla pandemia, e il parroco bresciano che ha pranzato in piazza durante il lockdown.

I Bambini

Il report delle Nazioni Unite recita testualmente che «**I bambini non sono i più colpiti da questa pandemia, ma rischiano di essere le sue più grandi vittime**».

I bambini sono stati tra i più colpiti dagli effetti secondari del lockdown. Uno studio del Gaslini di Genova sostiene che **sette bambini su dieci** siano “**regrediti**”, accusando disturbi del sonno, paura del buio, pipì a letto e ansia da separazione. Inutile spiegare che l’assenza delle abitudini, dalla scuola alla possibilità di gioco, hanno creato danni alla socializzazione e allo sviluppo mentale dei più piccoli.

Da quanto emerso in questi mesi, possiamo addirittura affermare che non ci sia **mai stato un motivo medico per la chiusura delle scuole**, e che il CTS si era addirittura pronunciato negativamente sulla misura, presa evidentemente in autonomia dal governo **nonostante il rischio di malattie e trasmissione nei bambini sia estremamente basso, si ammalano di meno, trasmettono di meno, e la riapertura degli altri paesi non è associata ad un significativo incremento della diffusione del virus.**

Non c’è mai stata una ragione medica per la chiusura delle scuole elementari, poiché il rischio di malattie e di trasmissione nei bambini è estremamente basso. Non c’è nemmeno una ragione medica per piccole classi, le maschere o le regole di “distanziamento sociale” nelle scuole elementari.

Stanti gli studi scientifici e le evidenze dagli altri paesi ad oggi disponibili sul ruolo dei bambini nella trasmissione del virus, l’apertura delle scuole non dovrebbe creare paure perché i dati sono rassicuranti: **i bambini e i ragazzi si ammalano meno e hanno meno probabilità di trasmettere il virus alle persone con cui entrano in contatto**. Mentre è noto che i bambini siano veicolo di infezione per malattie come l’influenza stagionale, gli studi finora condotti mostrano che ciò non sia vero nel caso della Covid-19.

Oltre ai danni certi allo sviluppo educativo di studentesse e studenti, la nuova chiusura delle scuole eseguita dal governatore della Campania De Luca rischia concretamente di aumentare la diffusione della malattia. I problemi nascono ad esempio dagli assembramenti sui mezzi di trasporto, non certo nella scuola che è un luogo sostanzialmente ipersicuro per giovani e docenti.

La chiusura delle scuole ha generato una sofferenza che è stata comunicata in modi diversi, spesso con segnali di iperattività e irrequietezza, oppure, al contrario, con la comparsa di abulia, stanchezza, disturbi del sonno. Il confinamento domestico e la chiusura delle scuole hanno avuto conseguenze negative gravi e di lunga durata sulla salute fisica e psicologica dei bambini. Gli effetti sulla salute fisica sono legati soprattutto ad una **alimentazione meno sana**, una **diminuita attività fisica e all'aumento dell'uso di dispositivi elettronici**: televisione, cellulare e video-giochi, come ha descritto uno studio pubblicato di recente. Chi ha subito misure di confinamento accusa uno stress post-traumatico quattro volte superiore a chi non le ha vissute. Un lungo post della pagina «Pillole di Ottimismo», curata dal prof. Guido Silvestri, spiega molto esaurientemente la questione. Le scuole di Germania, Danimarca e Francia ed altri paesi europei **hanno regolarmente ripreso le attività già a Maggio**. Non esiste, inoltre, alcun motivo medico per le classi ridotte, le mascherine o le regole di “distanziamento sociale” nelle scuole delle quali si sta parlando in vista del prossimo anno.

La questione scolastica, poi, sembra essere quella maggiormente problematica nell'organizzazione del ritorno alle attività, con possibili tragiche conseguenze sia sulle lezioni, che sulla gestione familiare, nonché sui rischi di aumentare ancora il divario tra le classi sociali. Ha già suscitato enormi polemiche la bozza di decreto diffusa a luglio per l'anno scolastico 2020/21, per il quale i presidi si sono già definiti “abbandonati” al proprio destino, denunciando il rischio che molti alunni restino senza classi e lezioni, e senza aver ricevuto alcuna linea guida operativa se non quella di prendere i provvedimenti necessari ad evitare i contagi.

Nuovi focolai, indici RT, seconda ondata, stato di emergenza prolungato

Tra fine giugno ed inizio luglio in Italia è apparso **lo spettro dei “nuovi focolai”**. Parliamo di agglomerati di casi positivi che si generano o in condizioni di estremo disagio (comunità bulgara di braccianti abitanti a **Mondragone**, circa **90 persone tutte asintomatiche**), o per l'evidente mancanza di prudenza di singoli (imprenditore veneto rientrato dalla Serbia), o ancora per le condizioni lavorative carenti dal punto di vista della sicurezza (Bartolini Bologna, 107 persone). Non è emersa una criticità di gestione sanitaria di questi nuovi focolai italiani, proprio perché la dimensione è apparsa ristretta, e **i numeri dei sintomatici e dei malati generati da questi focolai è apparso irrisorio**. I festeggiamenti per la vittoria della Coppa Italia a Napoli, il 17 giugno, così come quelli

per varie promozioni calcistiche in serie superiori, hanno dimostrato che la forza del virus è decisamente calata, poiché migliaia di persone si sono accalate nelle città per varie ore, a stretto contatto e spesso senza mascherine, e non ci sono stati contagi nei successivi 15 giorni. Nonostante questo, **Veneto e Toscana** – dove sono emersi cluster familiari – **hanno emesso ordinanze restrittive** in ragione dell'**innalzamento del rischio derivato dal calcolo dell'indice RT** che ha fatto da "ago della bilancia" in più di una fase della pandemia. Ma l'**indice "R"**, invocato dai politici e dai decisori come fattore decisivo per l'imposizione di misure restrittive, **è in realtà un indice proporzionale**, come spiegato in modo accurato da *Nature*. **Via via che l'epidemia si attenua, la curva si appiattisce mentre il numero di persone infette tende gradualmente a zero.** In quella zona, R è vicino a 1, quindi **basta una piccola oscillazione locale per farlo diventare maggiore di 1.** Al che, il politico di turno potrebbe urlare «L'epidemia sta ritornando! Ora vi richiudo tutti in casa!». Ma non è così. Su numeri piccoli si entra nel rumore di fondo della misura.

Nonostante le voci discordanti siano in aumento, **il Governo ha deciso di prolungare lo stato di emergenza fino al 31 gennaio 2021, unico paese europeo a farlo.** Emergenza che tra le varie cose ha permesso di liberare centinaia di detenuti, tra cui molti mafiosi, camorristi e 'ndranghetisti, oltre ad alcuni boss.

Non si capisce, comunque perché continuare ad agire in un regime emergenziale, dato che non lo si sfrutta per potenziare tempestivamente la sanità pubblica in ginocchio, e che invece permette di agire in zone d'ombra, come già accaduto in passato, come nel post terremoto. Dopo la speculazione prolungata su mascherine, gel igienizzanti, plexiglass, banchi singoli, da settembre c'è la preoccupante sospensione del codice degli appalti: non c'è più bisogno di gare, di Valutazioni di Impatto Ambientale, etc., c'è l'affidamento diretto. Diventa così facile credere alle affermazioni del **Prof. Bassetti**: «Purtroppo in casa nostra c'è un gruppo di persone forte che ha l'interesse che si mantenga questo stato di emergenza. È evidente che c'è una fazione molto grande a cui fa piacere mantenere lo stato d'emergenza».

Le critiche piovono a raffica, anche se vengono respinte al mittente, accusando chiunque di negazionismo e di mancanza di rispetto per i morti: eppure **il Presidente della Consulta Marta Cartabia** afferma: «Nella Carta costituzionale non si rinvencono clausole di sospensione dei diritti fondamentali da attivarsi nei tempi eccezionali, né previsioni che, in tempi di crisi, consentano alterazioni nell'assetto dei poteri». Parole simili dall'**Alto commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani, Michelle Bachelet**, che ha ammonito: «Danneggiare i diritti [...]

può causare danni incalcolabili [...]. Tuttavia, se lo Stato di diritto non è rispettato, l'emergenza sanitaria può diventare una catastrofe per i diritti umani, i cui effetti dannosi supereranno alla lunga la pandemia stessa. I Governi non dovrebbero usare i poteri di emergenza come arma per mettere a tacere l'opposizione, controllare la popolazione o rimanere al potere».

Il comitato popolare di difesa dei beni pubblici e comuni Stefano Rodotà dichiara: «La proroga dello stato di emergenza rappresenta una rottura costituzionale, incidendo sulla forma di governo e sul sistema delle fonti». Il comitato Osservatorio per la legalità costituzionale del comitato Rodotà ha inoltre presentato un esposto al Segretario generale del Consiglio d'Europa, relativo alle violazioni non dichiarate del governo italiano durante il lockdown, per non aver fatto quello che avrebbe dovuto fare secondo i suoi obblighi ai sensi della CEDU (Convenzione europea per i diritti dell'uomo), come ha spiegato in video il giurista Ugo Mattei: «abbiamo ricevuto risposta da parte del Consiglio d'Europa, il quale ha riconosciuto che il governo, al momento del lockdown, era in difetto per la mancata dichiarazione di sospensione dei diritti fondamentali previsti ai sensi della CEDU. Questo vuol dire che la Convenzione europea per i diritti dell'uomo, non essendo stata sospesa, resta vigente anche durante l'emergenza, dando la possibilità agli italiani di chiederne l'applicazione e quindi di ricorrere contro la sua violazione da parte del governo italiano». Il professor Sabino Cassese dice al Governo: «protrarre lo stato di emergenza costituisce una forzatura sia illegittima sia inopportuna. Illegittima, perché dichiarare lo stato d'emergenza quando l'emergenza non c'è vuol dire adottare un atto amministrativo carente nel suo presupposto e inopportuno; inopportuno perché produce tensioni invece di invitare alla normalità, con gravi conseguenze per l'economia. Inoltre è sproporzionata, perché per acquistare banchi monopoio e mascherine per le scuole, vi sono procedure urgenti previste dalle norme esistenti. Qualora veramente si presentasse una situazione di emergenza che richieda interventi rapidi, in non più di un'ora si potrebbe riunire il Consiglio dei ministri». A chi fa quindi piacere mantenere lo stato di emergenza? Errare è umano, perseverare è diabolico.

Pandemia come pretesto securitario e Fake News

Una parte del clamore legato alle mascherine, nonché ad altre misure di contenimento dei contagi ritenute controverse come l'app *Immuni*, ha dato vita ad un vivace dibattito – non nuovo nella storia recente, in

relazione a quanto accaduto dopo l'11 Settembre 2001 – sull'**utilizzo della pandemia come acceleratore dell'introduzione di misure, mezzi e dinamiche di controllo** che, se non basate sulla paura della morte, non sarebbero state ugualmente accettate.

Non è un caso che proprio durante la pandemia si sia **ulteriormente inasprita la lotta alle Fake News**. Il principale virologo britannico, il professor John Oxford, ha parlato di una "epidemia dei media" e anche in Italia da qualche tempo si inizia a parlare di "**infodemia**". Questi termini sono legati in maniera scevra di qualsiasi accezione alla consapevolezza che troppe notizie sono girate in questi mesi, aumentando confusione e panico nella gente. Diversi media sono stati sorpresi nel tentativo di drammatizzare la situazione negli ospedali, a volte anche con immagini e video manipolatori. In generale, le notizie non-professionali di molti media hanno massimizzato la paura ed il panico nella popolazione.

Di conseguenza, secondo i sondaggi internazionali, la maggior parte delle persone sopravaluta drammaticamente la letalità e la mortalità della Covid-19.

Pochi giornali hanno avuto il coraggio di andare controcorrente e confrontare i dati della mortalità degli anni passati; tra i pochi va citato il Washington Times, che ha titolato: *Il coronavirus promuove la più grande bufala politica della storia* e il *Covid-19 si rivela la più grande bufala politica perpetrata dai media*. Il quotidiano riporta anche i risultati dello studio elaborato dalla «Stanford University» secondo il quale il tasso di mortalità del virus viaggia dallo 0,1 allo 0,2 per cento.

È però altrettanto evidente che l'inasprimento della lotta alle Fake News abbia causato delle "disfunzioni" nell'**informazione indipendente, messa sotto attacco sistematico per qualsiasi interpretazione dei dati e delle certezze scientifiche** che non si allineasse alle decisioni politiche, e accusata di negazionismo, così come tutti i medici non schierati.

Il famoso virologo Pablo Goldschmidt ha parlato di "terrore mediatico globale" e di "misure totalitarie". Edward Snowden, ex collaboratore della CIA e della NSA costretto all'esilio dopo le sue rivelazioni sul tracciamento illegale delle attività informatiche in tutto il mondo, ha avvertito che la "crisi del Coronavirus" sarà utilizzata per l'espansione permanente della sorveglianza globale.

Più di 600 scienziati hanno lanciato l'allarme di una «sorveglianza senza precedenti della società», già serrata a causa di smartphone e di internet, anche attraverso invadenti app per il tracciamento dei contatti, oltre all'utilizzo di droni per il controllo delle persone. Uno studio dell'OMS del 2019 sulle misure di sanità pubblica contro l'influenza pandemica ha evidenziato che, dal punto di vista medico, il



www.cittafuture.org

tracciamento dei contatti non è “raccomandato in nessuna circostanza”.

Tuttavia, le app di tracciamento dei contatti sono già diventate parzialmente obbligatorie in diversi paesi ed esiste già una nutrita percentuale di utenti che guardano con sospetto a coloro che non le utilizzano.

Fake news istituzionali per accrescere la paura

Le curve esponenziali spesso mostrate di casi Coronavirus sono fuorvianti, poiché anche i test effettuati sono aumentati in modo esponenziale. Nella maggior parte dei paesi, il rapporto tra test risultati positivi e test complessivi (cioè il tasso di positività) è rimasto costante tra il 5% e il 25%, o è aumentato solo leggermente. In molti paesi, come anche **l'Italia, il picco della diffusione dell'epidemia era già stato raggiunto ben prima del blocco**. Fino al 50% di tutti i decessi potrebbe quindi essere stato causato non da Covid-19, ma dagli effetti del blocco, del panico e della paura. **Quanti morti ha fatto la paura per il Covid? Alcuni** ipotizzano il rischio che in determinate province la paura del Covid possa avere fatto più morti del Covid stesso, altri hanno parlato di “effetto nocebo”, di certo sono triplicati i morti di infarto, ma il trattamento di infarti e ictus è diminuito dal 40% al 60% poiché le persone non sono andate in ospedale a curarsi, di certo non aiutate dal terrorismo psicologico perpetrato dai media e dal governo. I numeri sono stati tristemente manipolati. **Ma che senso ha gonfiare i numeri di un martirio?** Ne è un esempio l'annuncio fatto sul numero dei medici morti, che sono stati senza motivo raddoppiati.

Ma passiamo ad un altro scandalo del giornalismo italiano: già da marzo, come già visto, ma specialmente ad agosto, per rinforzare l'idea della seconda ondata, si sono susseguiti molti resoconti di persone giovani e sane che muoiono di Covid-19, rivelatisi tutti falsi, tra cui quello forse più eclatante della bambina di 5 anni intubata a causa del Sars-CoV-2 a Padova. Ecco i titoli di giornali ed agenzie: «Corriere della Sera»: *Covid, bimba di 5 anni intubata a Padova. Grave sindrome a sangue e reni*; «ANSA»: *Covid: bimba 5 anni grave a Padova, è intubata*; «Repubblica»: *Coronavirus, bambina di 5 anni ricoverata a Padova: è intubata*; Locatelli (sul «Corriere»): *I giovani possono infettarsi e non sono al riparo da manifestazioni gravi come dimostra la storia della bambina di 5 anni ricoverata a Padova*.

Poi arrivò il governatore del Veneto Zaia, che in conferenza stampa chiarì l'increscioso equivoco: «La bimba è positiva al Covid, ma la diagnosi differenziale è stata fatta, e non è in questa situazione per il Coronavirus. La patologia che l'ha portata in terapia intensiva è di



www.cittafuture.org

tutt'altra origine». Ma le false notizie erano ormai circolate, il danno era fatto, il dolore della famiglia della bambina calpestato, il fondo toccato.

Lockdown e distanziamento, la soluzione preferita dai media

Premettiamo che **stare all'aria aperta fa bene al sistema immunitario**, i raggi ultravioletti del sole inibiscono il virus in pochi secondi, l'esposizione solare fornisce la Vitamina D fondamentale contro l'infiammazione causata dal virus, il mare e lo iodio lo diluiscono e quindi il virus non può resistere. **Mentre invece ha avuto vita facile in ospedali e case di cura, luoghi sovraffollati e chiusi, senza ricambio d'aria.** Nel 2019 uno studio dell'OMS ha trovato una «scarsa o nessuna evidenza scientifica» dell'efficacia di misure come il “**distanziamento sociale**”, **le restrizioni di viaggio e il confinamento**. Inoltre, «le misure di allontanamento sociale possono essere altamente distruttive e il costo di tali misure deve essere valutato rispetto al loro potenziale impatto». Inoltre, l'espressione “distanziamento sociale” non è neutra. **Perché infatti non parlare di “distanza fisica”?** A parte la mancanza di evidenza scientifica, sembra quasi un esperimento di ampliamento della distanza sociale, sollecitando sentimenti affettivi avversi, **sviluppando odio fra le persone**. In verità, **i paesi senza misure di confinamento e divieti di contatto come il Giappone, la Corea del Sud o la Svezia, non hanno registrato andamenti peggiori degli altri paesi**. Anche in paesi senza lockdown, l'epidemia ha raggiunto il suo apice in poche settimane dallo scoppio, ed è quindi ormai più che plausibile l'ipotesi israeliana che il virus duri uno o più cicli di 70 giorni per poi scomparire. Il lockdown è stato inutile: il suo impatto è stato nullo in Svizzera, dove il tasso di riproduzione del virus era già in calo prima dell'inizio della quarantena, anche grazie ad efficaci comunicazioni igieniche che in dieci giorni hanno avuto efficacia; poi, nonostante la quarantena, la curva non ha subito le variazioni sperate, basti osservare il confronto della curva con la Svezia. Il capo della sanità della Norvegia dichiara che il lockdown non è servito a niente e che «i paesi nordici avrebbero potuto sconfiggere il Covid senza il lockdown». In Spagna si sono ammalati di più i lavoratori restati a casa che quelli che hanno continuato a lavorare regolarmente. Mentre ha funzionato meglio in Grecia poiché è iniziato molto prima dei primi contagi, ed è finito in tempi brevi. Così come in Vietnam, Australia e Nuova Zelanda dove è durato poco più di un mese. Taiwan non ha seguito le direttive dell'OMS e ha gestito brillantemente l'epidemia. In Italia le curve nazionali dei casi diagnosticati e dei decessi hanno iniziato a decrescere dopo la metà di marzo. Tra i paesi che hanno gestito meglio

il contagio c'è il Venezuela, che ha puntato su un immediato screening di massa. In Portogallo e in Germania il fondamentale pilastro del successo è stato **l'esclusione degli ospedali dal trattamento dell'epidemia con il concentramento degli sforzi nella medicina del territorio, coi pazienti visitati e curati a casa**, cosa che è stata vietata in Lombardia e, in generale, in Italia dove i medici di base sono stati messi da parte. A questo scopo, invece, la Germania ha fornito i suoi medici generalisti di tutta la strumentazione protettiva acquisita e stoccata in precedenza. **Da noi l'ammalato è stato lasciato a casa e veniva ricoverato quando non era più in grado di respirare, quando era ormai troppo tardi**. I medici tedeschi hanno da subito cominciato a scambiarsi informazioni su come trattare i pazienti e hanno cominciato ad ipotizzare terapie che si sono dimostrate efficaci. **Da noi il medico ha dovuto attendere istruzioni (errate) provenienti da strutture amministrative**.

L'ospedalizzazione dei malati si presumeva che potesse arrivare ad un tasso elevato, circa il 20%, secondo le stime iniziali basate sui dati della Cina, il che ha portato alla **strategia di "appiattare la curva"**, ovvero rallentare i contagi attraverso il lockdown e altre opere di mitigazione, per evitare gli ospedali sovraccarichi. **Tuttavia, i succitati studi sugli anticorpi hanno dimostrato che i tassi di ospedalizzazione effettivi sono vicini all'1%, che rientra nell'intervallo dei tassi di ospedalizzazione per influenza (dall'1 al 2%)**. Nella città di New York City, il tasso complessivo di ospedalizzazione è di circa il 2,5% (19,9%, ovvero 1,7 milioni di persone con anticorpi e 43.000 ricoveri entro il 2 maggio), un po' al di sopra di una forte ondata di influenza.

Il tasso di ospedalizzazione molto più basso del previsto potrebbe spiegare perché la maggior parte degli **"ospedali da campo"** anche in paesi colpiti duramente come gli Stati Uniti, il Regno Unito e la Cina siano rimasti in gran parte **vuoti**. Molte cliniche in Europa e negli Stati Uniti sono rimaste fortemente sottoutilizzate o quasi vuote durante il picco di Covid-19 e in alcuni casi hanno dovuto mandare a casa il personale. Milioni di interventi chirurgici e terapie sono stati cancellati, tra cui molti screening per il cancro e trapianti di organi.

Il caso svedese e quello bielorusso

In Italia i media hanno perso ogni pudore sulla questione svedese: la Svezia, spesso additata come pietra dello scandalo, ha avuto una mortalità per 100.000 abitanti inferiore a quella del tanto elogiato Veneto; è stata persino elogiata dall'OMS e la sua popolazione beneficia ora di una maggiore immunità rispetto ai paesi con i blocchi, nonché di minori danni causati dalla crisi economica, con il 75% dei



www.cittafuture.org

decessi avvenuti nelle case di cura per anziani, perché non sono stati protetti abbastanza velocemente. Tuttavia, **molti media hanno mostrato decessi cumulativi**, ovvero sommando i morti giornalieri al totale generale del giorno precedente, anziché mostrare i decessi giornalieri, implicando erroneamente una situazione sempre crescente, quando invece la curva è in discesa da metà aprile. **Le campagne fatte da Repubblica e Corriere sono state imbarazzanti**, poiché hanno annunciato più volte il collasso sanitario svedese ed il cambio di rotta verso un lockdown totale che non c'è stato e provocando risposte piccate da parte dei diretti interessati. In verità, la gestione svedese è stata molto simile a quella di Norvegia e Finlandia, dove si è continuato a lavorare. In Svezia è stata **assente la retorica bellica della guerra contro il virus** che ci ha bombardato in Italia (che ha fatto poco o nulla per vincere questa guerra: niente tamponi, niente test, niente sistemi di tracciamento, né informatici né telefonici né di altro tipo; nessuna idea di separazione fisica dei malati dai sani), anzi, **ogni notizia incoraggiante è stata messa in risalto**. A fine maggio il Corriere annunciava che stavano aumentando i decessi, ma ciò era vero solo nell'ultima settimana (6,5 decessi al giorno per "milione" di persone). In realtà il tasso di letalità in Svezia era di 0,37 ogni 1000 abitanti, quindi ancora sensibilmente inferiore per esempio a Italia (0,55), UK, Spagna e Francia – ammesso che si possa fare un paragone tra Paesi e tra dati comunque sempre parziali e non omogenei. Incredibile poi il caso di **un'intervista televisiva del premier Stefan Löfven**, stravolta ad arte, **vero esempio di fake news**: Ansa ha affermato «Per la prima volta dall'inizio della pandemia di coronavirus il premier svedese ha ammesso di non aver fatto abbastanza. La Svezia ancora è uno dei Paesi con meno restrizioni, non c'è lockdown, bar e ristoranti sono aperti così come la maggior parte delle attività», riferendo quindi al lockdown assente la sua autocritica. Invece il premier aveva affrontato il tema della gestione delle emergenze e della prevenzione del contagio tra gli anziani, facendo mea culpa su questi temi, affermando che il governo «non ha fatto abbastanza». **L'affermazione è stata totalmente modificata, al fine di denigrare le scelte svedesi**. Nel silenzio più totale anche la notizia che il Fondo monetario Internazionale ha "offerto" al presidente della Bielorussia Alexander Lukashenko 940 milioni di euro, rifiutati, in caso di imposizione del lockdown anti-Covid, così come accaduto in Italia. La notizia è stata confermata dal video del Consiglio dei ministri della Bielorussia, non ha avuto alcuna eco tra i media *mainstream*, né alcuna smentita. Lo stesso Lukashenko, reo di non aver concesso il lockdown, ha subito ripetute accuse dalla stampa: nonostante una situazione Covid migliore

di quella di molte altre nazioni, la Bielorussia veniva descritta come un cimitero, soprattutto perché non sono state annullate commemorazioni e lo stesso campionato di calcio, che è proseguito regolarmente. Contemporaneamente, è partita una forte campagna denigratoria verso Lukashenko, complici anche i presunti brogli elettorali.

Il documento choc di un funzionario del Ministero dell'Interno tedesco, poi licenziato

A maggio è iniziato a circolare un [documento pdf](#) di 187 pagine in carta intestata, prodotta da un funzionario del Ministero dell'Interno tedesco, che afferma che il Covid-19 sarebbe un «**falso allarme globale**», che il pericolo non sarebbe «maggiore di quello di molti altri virus», e che lo Stato sia «uno dei maggiori produttori di notizie false»:

«I deficit e i fallimenti nella gestione delle crisi hanno conseguentemente portato alla comunicazione di informazioni errate e provocato così la disinformazione della popolazione». Accuse anche a stampa e televisione: «I principali media e soprattutto il servizio pubblico sembrano vedersi prevalentemente come trasmettitori delle posizioni di base della direzione politica dominante».

Il nuovo virus presumibilmente non ha mai rappresentato un rischio per la popolazione, **uccidendo le persone che muoiono statisticamente nell'anno corrente** perché hanno raggiunto la fine della loro vita e i loro corpi indeboliti non possono più far fronte a uno stress quotidiano, come ad esempio uno dei 150 virus attualmente circolanti.

«La pericolosità di Covid-19 è stata sopravvalutata (non più di 250.000 decessi con Covid-19 in tutto il mondo in un quarto di anno, rispetto a 1,5 milioni di decessi durante l'ondata di influenza 2017/18). Il pericolo ovviamente non è maggiore di quello di molti altri virus».

«Il fatto che il presunto falso allarme sia rimasto inosservato per settimane è essenzialmente dovuto al fatto che il quadro d'azione applicabile da parte della squadra di crisi e la gestione della crisi in una pandemia non contiene strumenti di rilevazione idonei che possano innescare automaticamente un allarme e avviare l'immediata risoluzione delle misure».

Molti i morti a causa degli interventi chirurgici e delle cure oncologiche rinviate, si parla da 5.000 a 125.000 pazienti che sono morti o moriranno a causa del ritardo delle cure e degli interventi. Tra i danni collaterali della sopravvalutazione della pandemia, ci sarebbe l'aumento dei suicidi (in precedenza una media di 9.000 all'anno), come reazione alla distruzione economica dei mezzi di sussistenza. Si critica poi l'ingerenza dello stato sulle libertà civili e i danni collaterali

all'economia: «Il danno collaterale (completamente inutile) causato dalla crisi del coronavirus è ora diventato gigantesco. Gran parte di questo danno si manifesterà solo nel prossimo e lontano futuro. Questo non può più essere prevenuto, ma solo limitato».

Si tratta di un documento interessante, che ha dimostrato equilibrio su vari punti trattati, anche se è stato minimizzato dalla stampa tedesca, e additato come *fake*. Una definizione complicata da dare ad un documento tanto completo che ha inoltre causato il licenziamento del funzionario autore dello stesso.

Mascherine: la protezione vale i rischi di indossarla?

All'inizio dell'emergenza le mascherine sono state sconsigliate da tutti: OMS ed esperti nostrani e membri del Comitato Tecnico-Scientifico, che ne denunciavano il basso livello di protezione, e anche da membri del governo, che le hanno definite una stupidaggine inutile, e non furono imposte. Anche perché non ce n'erano a sufficienza. Eppure Beppe Grillo ne indossava una già il 19 dicembre, ed in seguito si è scoperto che il virus allora era già presente in Italia, e il Senato già il 27 gennaio comprava 10.000 mascherine, delle più efficaci: il modello raccomandato per gli operatori sanitari.

Con la dichiarazione di pandemia si propose di **permettere l'uso di mascherine realizzate in casa**, ma secondo le autorità le mascherine dovevano assolutamente avere il marchio CE. Questo ha portato poi ad alcuni sequestri dei NAS dei Carabinieri negli aeroporti d'Italia per l'importazione attraverso canali privati di materiale non conforme. Tra febbraio e marzo è partita così la **ricerca di mascherine in giro per tutto il mondo** da parte dell'Italia, con il mandato al Commissario Arcuri per la fornitura, affidata poi ad aziende di ex parlamentari e società escluse precedentemente dalle gare Consip, con fondi dirottati alle Cayman, e buona parte delle mascherine mai consegnate a causa della mancanza di verifiche fatte sulle aziende: un grande affare per alcuni, e un grave danno ecologico, quello dello smaltimento, per i posteri.

Da quando le mascherine si sono iniziate a vendere – con relativa polemica sui prezzi al pubblico e sulle percentuali di guadagno da parte dei rivenditori – l'Istituto superiore della Sanità ha di fatto **permesso l'uso di quelle realizzate in casa**. A quel punto, però, molti enti locali hanno imposto l'obbligo delle mascherine, anche all'aperto, per tutti i cittadini, senza distinzioni. **Non esistono però prove scientifiche dell'efficacia delle mascherine per il viso in soggetti sani o asintomatici. Anzi, all'aperto è decisamente sconsigliato l'uso, per vari motivi.**

Finora, la maggior parte degli studi ha trovato poche o nessuna prova dell'efficacia delle mascherine in tessuto, né come equipaggiamento protettivo personale né per proteggere gli altri, come ben sintetizzato dagli svizzeri del Swprs, che hanno raccolti una folta lista di studi:

1. Un meta-studio del maggio 2020 sull'influenza pandemica pubblicato dal CDC USA ha rilevato che le maschere per il viso non hanno avuto alcun effetto.
2. Una pubblicazione del luglio 2020 dell'«Oxford Centre for Evidence-Based Medicine» ha rilevato che non ci sono prove dell'efficacia delle maschere di stoffa contro l'infezione o la trasmissione di virus.
3. Uno studio su più paesi sulla Covid-19 compiuto dall'Università dell'East Anglia ha rilevato che il requisito della maschera non era di alcun beneficio e poteva persino aumentare il rischio di infezione.
4. Una pubblicazione dell'aprile 2020 di due professori statunitensi in «Malattie Respiratorie e Infettive dell'Università dell'Illinois» ha concluso che le mascherine per il viso non hanno alcun effetto nella vita di tutti i giorni.
5. Un articolo del «New England Journal of Medicine» del maggio 2020 è giunto alla conclusione che le mascherine in tessuto offrono poca o nessuna protezione nella vita di tutti i giorni.
6. Una pubblicazione «Cochrane (preprint)» dell'aprile 2020 ha rilevato che le maschere per il viso non hanno ridotto i casi di malattia simil-influenzale (ILI), né nella popolazione né negli operatori sanitari.
7. Una pubblicazione dell'aprile 2020 della «Norwich School of Medicine (preprint)» ha rilevato che «le prove non sono sufficientemente solide per supportare l'uso diffuso di mascherine», ma supporta l'uso di mascherine da parte di «individui particolarmente vulnerabili quando si trovano in situazioni transitorie a rischio elevato».
8. Uno studio del luglio 2020 condotto da ricercatori giapponesi ha scoperto che le mascherine di stoffa «offrono una protezione zero contro il Coronavirus» a causa delle loro grandi dimensioni dei pori e generalmente della scarsa vestibilità.
9. Uno studio del 2015 nel British Medical Journal BMJ Open ha rilevato che le mascherine di tessuto sono state penetrate dal 97% delle particelle e possono aumentare il rischio di infezione trattenendo l'umidità o con un uso ripetuto.

10. Una pubblicazione dell'agosto 2020 di un professore tedesco di Virologia, Epidemiologia e Igiene ha rilevato che non ci sono prove dell'efficacia delle mascherine facciali in tessuto e che l'uso quotidiano improprio può infatti portare ad un aumento delle infezioni.

Inoltre, il prof. Donzelli, Medico, specialista in Igiene e Medicina Preventiva, già Direttore «Servizio Educazione Appropriata ed EBM ex ASL Milano» – Consiglio Direttivo e «Comitato Scientifico Fondazione Allineare Sanità e Salute», ha parlato di un trial di 5 giorni effettuato dal prof. Al Felali a La Mecca sulle mascherine all'aperto, affermando che all'aperto non hanno alcuna efficacia nel contenimento delle virosi respiratorie, ma anzi c'è stato un peggioramento di altre virosi. Pur schermando goccioline e una parte dell'aerosol, c'è un aumento del 30% delle malattie respiratorie causate dalle mascherine, che sono un compromesso per la salute che si può usare finché i danni non superano i benefici. C'è stato un altro test, provato da un gruppo di cardiologi tedeschi capitanati dal dott. Fikenzer, sul suo personale sanitario: persone in ottima salute, a cui ha chiesto di indossare mascherine chirurgiche o con filtri, o di non indossarle, provandole in diverse circostanze, per vedere come reagivano i loro cuori e polmoni, a riposo, con blanda attività fisica e forte attività fisica. **I soggetti hanno avuto peggioramento indiscutibile della performance cardiopolmonare, maggiormente con le mascherine filtranti, ma anche con le chirurgiche:** meno aria espirata al secondo, diminuzione della ventilazione, più consumo di ossigeno, riduzione della funzionalità respiratoria che per soggetti non sani, cardiopatici o scompensati, tutte conseguenze che possono essere molto pericolose. Il cuore ha dovuto sopperire al minor lavoro polmonare con una maggior attività, con un aumento della pressione trasmurale, **in soggetti anziani (per cui è fondamentale camminare all'aria aperta), cardiopatici ed obesi. Ciò è pericoloso**, ed è rischioso esser convinti che le mascherine siano così importanti, come ammesso anche dal virologo Perno sul Corriere. Inoltre va considerato che all'aperto, con tanti metri cubi di aria disponibile, è decisamente difficile che si raggiunga la carica infettante. Si aggiunga un altro ragionamento del prof. Donzelli: una persona malata, portando la mascherina, protegge con una buona percentuale le altre persone, ma dove finiscono le goccioline e gli aerosol prodotti? In parte restano sulla mascherina dello stesso che, inumidendosi, diventerà territorio di coltura per virus e batteri, ma in parte ritorna nei polmoni, fungendo così da “moltiplicatore virale”, poiché li spinge in profondità nei polmoni e negli alveoli dove non dovrebbero arrivare, poiché non ci

sono le difese innate delle vie respiratorie esterne. Quindi è giusto anche tenerla al chiuso, ma per tempi molto brevi, se sei sintomatico o presintomatico, cioè nei due giorni prima di mostrare sintomi, ma questo ti potrà pure provocare un'inflammatione maggiore quando gli anticorpi arriveranno a "scontrarsi" con le proprie difese nelle profondità polmonari piene di virus, dopo 10/15 giorni. In pratica, un asintomatico o un paucisintomatico, respirando la sua stessa aria e quindi i suoi virus più volte, può diventare un sintomatico e vedere un peggioramento grave dell'infezione. La tosse è un meccanismo salvavita, che serve a liberarci di germi e muchi, perché andare a bloccare il meccanismo, o anzi perché addirittura invertirlo?

Poche le voci fuori dal coro in Italia sulla reale utilità nel contenimento della diffusione del virus da parte di questi DPI, come quelle di Bassetti e Tarro, tra gli altri. Le mascherine danno solo una falsa sicurezza psicologica e, contrariamente alle ipotesi originali, per cui si pensava che vari studi non davano ancora sufficienti prove che il virus si diffondesse attraverso gli aerosol, ora sempre più studi spingono verso l'ipotesi che invece gli aerosol lo diffondano.

Tuttavia, a causa delle ampie dimensioni dei pori e della scarsa vestibilità, le maschere in tessuto non possono filtrare gli aerosol: oltre il 90% degli aerosol penetra o aggira la maschera e riempie una stanza di medie dimensioni in pochi minuti, poiché un Coronavirus è grande soltanto 120 nm.

La possibilità di contagio attraverso il contatto con superfici infette (oggetti, maniglie delle porte, etc...) è invece molto più complicata, ed è stata molto ridimensionata rispetto all'inizio.

Anche in questo caso, come tutto ciò accaduto intorno al Covid-19, **di fronte alla malattia sconosciuta**, e alla mancanza di certezze scientifiche, **si è preferita la via precauzionale connotata da un'evidente spinta alla paura e alla sfiducia.**

Le mascherine andrebbero sicuramente fatte indossare a chi è infetto per evitare che il virus si sparga, e al personale sanitario per garantire a questo protezione, ma è giusto dire che **le mascherine possono soltanto bloccare i droplets, le goccioline di saliva, ma solo in parte.** Poi i *droplets* evaporano in pochi minuti, quindi il virus eventualmente presente resta e penetra comunque la mascherina. Ma nei manuali di microbiologia si afferma che non avviene nessun tipo di contagio, in genere per le malattie infettive, qualora due persone dialoghino normalmente per brevi periodi, ad una distanza di circa 20 cm: quindi almeno all'aperto, basta evitare di scontrarsi con le persone.

A sfavore dell'utilizzo massiccio e continuato delle mascherine, gli esperti avvertono che interferiscono con la normale respirazione e,

portate troppo a lungo, danno ipercapnia: si ha cioè un eccesso di anidride carbonica, perché non c'è una respirazione efficiente; le mascherine possono inoltre diventare “portatrici di germi”, per utilizzo scorretto, eccessivamente prolungato, a contatto con altre superfici o con liquidi. Il corpo rischia di andare in acidosi, perché l'organismo diventa più acido del dovuto: il ph si abbassa ed è più facile ospitare malattie. Una ragazzina di 13 anni è andata in coma, essendo asmatica, a causa dell'utilizzo prolungato della mascherina. In Cina nel maggio scorso sono state registrate due morti sospette per l'uso della mascherina durante un esame di educazione fisica: non è stata disposta l'autopsia e non si sono potute avere conferme.

Diversi medici hanno definito ciò che è successo intorno alle mascherine come mero “clamore mediatico”, definendole persino “ridicole”. Ancora peggio sono i guanti, vietati dall'OMS, poiché continuo ricettacolo di germi. Altro discorso che non viene minimamente approfondito, è quello dei gel igienizzanti: non solo non ucciderebbe il virus, secondo il dottor Andrew Kamp, capo del comitato scientifico del British Institute of Cleaning Science, che ha affermato che un impiego eccessivo di gel igienizzante consente ai batteri e superbatteri di imparare a sopravvivere.

Pubblichiamo di seguito la griglia di rischio di trasmissione del Sars-Cov-2 utilizzata dall'informazione ufficiale e considerando solo gli individui asintomatici per evidenziare due concetti di base: all'aperto in luogo ben ventilato e non affollato, in silenzio o parlando, avendo contatti per lungo o per breve tempo con altri, il rischio è contenuto, in alcuni casi minimo, sia con la mascherina indosso che senza.

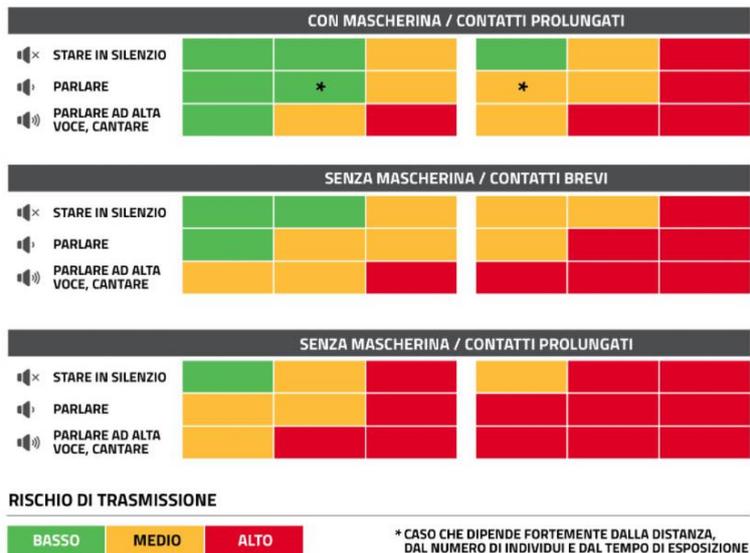
Al contrario in luogo chiuso, poco ventilato e affollato, che si stia zitti o si parli, con mascherina indosso o senza, il rischio è alto lo stesso.

Insomma: la sanità dei luoghi conta più dell'uso della mascherina.

| TIPO DI ATTIVITÀ | LUOGO CON POCHE PERSONE | | | LUOGO CON MOLTE PERSONE | | |
|--|-------------------------|------------------|---------------|-------------------------|------------------|---------------|
| | APERTO VENTILATO | CHIUSO VENTILATO | NON VENTILATO | APERTO VENTILATO | CHIUSO VENTILATO | NON VENTILATO |
| | | | | | | |
| CON MASCHERINA / CONTATTI BREVI | | | | | | |
| STARE IN SILENZIO | Green | Green | Green | Green | Green | Yellow |
| PARLARE | Green | Green | Green | Green | Green | Yellow |
| PARLARE AD ALTA VOCE, CANTARE | Green | Green | Yellow | Yellow | Yellow | Red |



www.cittafuture.org



Quanto è costato il Covid alla sanità italiana?

Diverse infermiere, ad esempio a New York, hanno descritto una cattiva e fatale gestione medica dei pazienti Covid a causa di discutibili incentivi finanziari o protocolli medici inappropriati.

Quanto è costato curare i contagiati dal coronavirus in ospedale? Il conto per l'Italia dopo i primi **100 giorni** è di **1,7 miliardi di euro**, di cui 242 milioni al Nordest, contro i 599 della sola Lombardia, secondo uno studio dell'Università Cattolica di Milano, circa 1,2 miliardi per i guariti (in media **8.476 euro a ricoverato**), 225 milioni per i **morti (9.796 euro** per ciascuno) e 251 milioni per gli intubati. Una stima si è focalizzata sul conto delle giornate in **Terapia Intensiva ad un costo giornaliero medio di 1.425 euro**.

Una fonte medica afferma che in Campania gli ospedali che sono diventati centri Covid avrebbero ricevuto 12.000 euro per ogni infetto e 18.000 euro per ogni deceduto. Questo probabilmente aiuta a comprendere perché tanta insistenza a etichettare come Covid anche i deceduti per altri motivi o sospetti Covid.

Di seguito invece uno schema dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, che indica la spesa per contagiato e quella complessiva, regione per regione, al 30 aprile, per avere solo un'idea del peso che sta avendo quest'epidemia. Se pensiamo alle migliaia di tamponi giornalieri che si effettuano pubblicamente e privatamente, oltre alle forniture di mascherine e gel disinfettanti, le cifre potrebbero essere più che sorprendenti.

Tabella 2. 17 – Spesa per contagiato

| Regione | numero contagi al 30 aprile 2020 * | spesa complessiva (euro) | spesa per contagiato (euro) |
|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Campania | 4.423 | 337.512.245 | 76.308 |
| Toscana | 9.352 | 376.698.216 | 40.280 |
| Sardegna | 1.295 | 47.692.543 | 36.828 |
| Basilicata | 367 | 11.117.581 | 30.293 |
| Puglia | 4.072 | 105.923.442 | 26.013 |
| Friuli | 3.025 | 69.205.828 | 22.878 |
| Sicilia | 3.166 | 63.095.496 | 19.929 |
| Abruzzo | 2.930 | 52.876.346 | 18.047 |
| Lazio | 6.616 | 100.953.649 | 15.259 |
| Calabria | 1.108 | 15.541.988 | 14.027 |
| Liguria | 7.993 | 111.206.934 | 13.913 |
| Emilia | 25.436 | 350.321.703 | 13.773 |
| Veneto | 17.960 | 183.402.861 | 10.212 |
| Bolzano | 2.518 | 25.611.409 | 10.171 |
| Trento | 4.116 | 38.448.168 | 9.341 |
| Piemonte | 26.289 | 237.068.598 | 9.018 |
| Umbria | 1.392 | 8.752.004 | 6.287 |
| Marche | 6.247 | 33.329.201 | 5.335 |
| Lombardia | 75.732 | 392.141.362 | 5.178 |
| Molise | 298 | 1.447.024 | 4.856 |
| Valle d'Aosta | 1.128 | 4.442.710 | 3.939 |
| Totale spesa regionale | 205.463 | 2.566.789.308 | 12.493 |
| Totale spesa nazionale | 205.463 | 5.790.049.652 | 28.180 |

* Fonte: Dipartimento Protezione Civile

L'OMS e il conflitto d'interesse

Chi ha investito sui *pandemic bond*, ha ricevuto lauti guadagni prima della dichiarazione della pandemia da parte dell'OMS; anche se i modelli e le previsioni epidemiologiche sono sovrastimate rispetto ai valori reali basati sugli studi sierologici sugli anticorpi. Più di 100 paesi hanno chiesto un'inchiesta indipendente sul Covid-19 che non sia portata avanti dall'OMS, che è stata colpevole di gravi ritardi, e che ha cambiato idea mille volte su molteplici temi connessi al Covid. Nel 2017, la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità veniva già criticata fortemente per la figura ingombrante di Bill Gates e delle sue fondazioni, che sono tra i principali finanziatori dell'OMS, e si ipotizzava quindi il rischio di influenzare le attività: «Ormai l'OMS è costretta a



www.cittafuture.org

tenere conto di quello che Gates ritiene prioritario, come nel caso della polio», obiettava il professor Flahault. Interi dipartimenti dell'organizzazione sono finanziati, per intero, dalla fondazione Bill & Melinda Gates. «Questo ha, inevitabilmente, un **impatto. Non tanto su quello che l'OMS dice ma, piuttosto, su quello che omette di dire**», ha dichiarato, alla TV pubblica elvetica, Nicoletta Dentico, direttrice della ONG di Ginevra, «Health innovation in practice».

Prima ancora, nel 2010, su RSI LA1, canale televisivo in lingua italiana dell'azienda radiotelevisiva pubblica svizzera SRG SSR, andava in onda un servizio *Il fantasma della pandemia*, di Serena Tinari, all'interno del programma «Falò», in cui si afferma che prima con la Sars, poi con la Mucca pazza e l'aviaria, infine con la suina, l'OMS abbia creato delle pandemie che si sono rivelate essere fasulle. Le catastrofistiche previsioni non si sono realizzate: per l'aviaria si parlava di 17 milioni di morti, invece morirono 286 persone a stretto contatto con pollame infetto, ma nel frattempo «la Roche» guadagnò 4 miliardi di franchi per il suo farmaco *Tamiflu*; nel 2009, per la suina, fu dichiarata la pandemia nonostante l'OMS fosse più ottimista, poiché la stragrande maggioranza dei pazienti era paucisintomatica e guariva presto. Ma fu proclamata comunque la pandemia di livello 6.

Ma cos'è una pandemia? Fino a pochi mesi prima il sito dell'OMS parlava di «una malattia che si diffonde molto velocemente e che provoca un enorme numero di malati gravi e di morti». Invece nella nuova definizione la dizione «enorme numero di morti e malati» scomparve proprio quando spuntò fuori la Suina.

Non si capisce più, quindi, la differenza tra influenza pandemica e influenza stagionale. Ogni volta che scatta la “macchina” pandemica tornano disinfettanti, mascherine, preoccupazioni, paragoni con la letale Spagnola. Ma soprattutto, scattano gli accordi economici dei contratti che obbligano gli Stati a stanziare i fondi per i vaccini, anche se ancora non esistono e forse non esisteranno mai.

La Suina fu invece una comune influenza, che finì nel febbraio 2010, con 16.000 morti rispetto ai 250.000/300.000 l'anno che muoiono a causa dell'influenza stagionale, e ai decisamente tanti morti di tubercolosi di quell'anno, ovvero circa 1.350.000. Gli Stati hanno però acquistato su indicazione dell'OMS milioni di dosi di un inutile vaccino, rimasto per lo più inutilizzato. L'OMS venne accusata dalla Commissione Sanità del Consiglio d'Europa di avere creato una falsa pandemia, che ha trasformato una comune influenza in un business miliardario, diffondendo paura nella popolazione e nei governi di tutto il mondo che, per prepararsi e difendersi da quella che sembrava una imminente emergenza sanitaria, hanno speso un patrimonio. Solo per

quelli europei si parla di 5 miliardi di euro, a livello mondiale di 18 miliardi di euro. Grazie alla pandemia, «Novartis» guadagnò 1 miliardo di franchi svizzeri, «Glaxo» 1,7, «Roche» oltre 3 miliardi. Eppure la quasi totalità della popolazione non si vaccinò.

Il rischio fu valutato da chi aveva interesse nella vendita dei vaccini? Il Consiglio d'Europa interrogò l'OMS sulla mozione *Le false pandemie, una minaccia per la salute*, per sapere se l'OMS si fece condizionare dall'industria farmaceutica, che grazie alla pandemia aveva registrato incassi record. Un anno di pandemia in Svizzera, tra disinfettanti, mascherine e undici milioni di dosi di vaccino (il doppio di quello necessario poiché l'OMS aveva prescritto di farne due dosi a cittadino), il tutto rimasto inutilizzato, è costato 70 milioni di franchi. Molti paesi tentarono la svendita dei vaccini in scadenza a paesi più poveri, come fece la Svizzera all'Iran. Alcuni governi tentarono di rinegoziare gli accordi economici con le multinazionali del vaccino, ma Novartis, tramite Daniel Vasella, tuonò: «La prossima volta che ci sarà una pandemia, e ci sarà una pandemia, i governi che si sono dimostrati partner affidabili saranno trattati in modo preferenziale». Solo la Polonia si rifiutò di comprare il vaccino, ed ebbe qualche caso in meno di altri stati che invece fecero (poche) vaccinazioni, ritenendo fosse una banale influenza, e poiché i legali del Ministero della Salute polacco trovarono 20 punti discutibili nei contratti, tra cui l'impossibilità di rivalersi contro l'industria in caso di danni; oltre alla preoccupazione di un vaccino fatto in emergenza, contenente adiuvanti, sostanze che potrebbero essere pericolose, su cui si hanno pochi dati.

Il dott. Wolfgang Wodarg disse: «Nei contratti fatti con l'industria per la fornitura di un vaccino pandemico era previsto che gli accordi sarebbero entrati nel vivo quando l'Oms avesse proclamato una pandemia. L'OMS doveva solo premere un bottone. Grazie al cambiamento della definizione, una volgare influenza è stata presentata come una pandemia. E sono cominciati gli affari». L'OMS negò la pressione dell'industria farmaceutica, tutto fu trasparente, si stava banalizzando la morte di migliaia di persone.

La Commissione allora interrogò l'OMS su diversi casi di medici e scienziati che lavoravano per l'organizzazione, ma con imbarazzanti incarichi per case farmaceutiche produttrici di vaccini e fondazioni private, finanziate da produttori di vaccini. I conflitti di interesse andrebbero dichiarati, ma quasi nessuno ha menzionato però i soldi ricevuti dai privati. Lo stesso controllore riceve soldi da un colosso dei vaccini. Dai primi anni 2000, l'OMS ha introdotto il PPP, partenariato pubblico privato, dato che gli Stati non davano i fondi, li ha dovuti

cercare dai privati, e ciò ha creato lo strano intreccio con le case farmaceutiche e Gates.

Molti miliardari, come Jeff Bezos di Amazon, si sono arricchiti **enormemente** durante il lockdown, **facendo compravendite milionarie poco prima**, mentre il potente **fondo d'investimento Blackrock** aveva scommesso lo scorso novembre (si è poi scoperto che il virus era in circolazione già da ottobre), **sul crollo delle borse mondiali nel marzo 2020**, ricavandone grandissimi profitti.

Vaccino: tante incertezze e un obbligo impossibile

Diversi esperti medici hanno descritto i vaccini contro i coronavirus come inutili o addirittura pericolosi. In effetti, il vaccino contro la cosiddetta influenza suina del 2009, ad esempio, ha portato a milioni di danni neurologici a volte gravi e a cause legali. Anche nei test sui nuovi vaccini contro il coronavirus si sono già verificate gravi complicazioni e fallimenti, e le stesse sperimentazioni in atto sono state più volte bloccate per gravi effetti collaterali. Lo stesso Anthony Fauci ha affermato al congresso americano che il vaccino non è detto che sarà efficace. Molti dubbi ci sono già sull'effettiva validità di un vaccino, quello antinfluenzale, che viene sviluppato sulla base delle proiezioni teoriche sui virus in circolo l'anno precedente, e dunque è una "scommessa" (è esperienza comune che molte persone vaccinate si ammalinino comunque). Inoltre, non è da sottovalutare la **continua e forte variabilità di un virus a RNA** come il Coronavirus, di cui pare esistano già diverse varianti: si parla di 198 mutazioni verificate del virus a inizio maggio su 7500 infetti.

Molti medici, tra cui il dott. Bassetti, ritengono che **l'OMS sbaglia quando afferma senza alcun elemento scientifico che avere gli anticorpi non sarebbe in grado di evitare una nuova infezione da SARS-CoV2**. Pare, invece, che **chi ha avuto l'infezione e ha sviluppato le IgG non si sia nuovamente infettato**, come affermato da un recente studio. Se così fosse, **con tanti asintomatici** (secondo lo studio svizzero parliamo di almeno cinque volte in più dei positivi) **a chi serve il vaccino?**

Nonostante ciò, il Governo ha affermato di voler stanziare 140 milioni di euro in favore delle Fondazioni di Bill Gates per il vaccino, mentre sono stati in netto ritardo i sussidi per i lavoratori e la cassa integrazione, contributi ridicoli rispetto a quanto stanziato da altri governi europei e non. E molte regioni spingono sull'obbligatorietà del vaccino antinfluenzale, nonostante l'interferenza col Covid. Una delle multinazionali che lo sta ricercando e che dovrebbe rifornire l'Italia, AstraZeneca, non ha una fedina penale pulita.

Molte voci **dissentono sull'obbligatorietà di un vaccino** che prevede iter accelerati e prove di sicurezza minimali: **il Sindacato dei Militari e il Sindacato autonomo di Polizia** si sono opposti già ad aprile ad un eventuale vaccino, dopo che il governo ha annunciato che potrà essere somministrato in “modalità d'uso compassionevole”, definizione riferita a un farmaco in fase di sperimentazione non ancora approvato dalle autorità sanitarie: «Dagli atti delle numerose Commissioni parlamentari di inchiesta sull'uranio impoverito che hanno rivolto la loro attenzione anche **sulla questione della somministrazione dei vaccini ai militari** è emerso, nei molti casi esaminati, che **il mancato rispetto dei protocolli vaccinali** sia stata la possibile **causa, o concausa, dello sviluppo di patologie gravemente invalidanti o addirittura mortali**». Anche medici e infermieri si ribellano ai vaccini obbligatori per i lavoratori della sanità. E il Tar del Lazio ha di recente bocciato l'obbligo vaccinale antinfluenzale per gli Over 65 e per tutto il personale sanitario che il presidente della Regione Zingaretti aveva deciso.

La dichiarazione di Great Barrington

Numerosi esperti di fama internazionale nel campo della virologia, dell'immunologia e dell'epidemiologia, su iniziativa delle più autorevoli università del mondo (Harvard, Oxford, Stanford), il 4 ottobre hanno lanciato una petizione chiamata *Great Barrington Declaration*, in cui considerano le misure adottate controproducenti e raccomandano una rapida immunizzazione naturale della popolazione in generale e la protezione dei gruppi a rischio.

Denunciano che le attuali politiche di blocco stanno producendo effetti devastanti sulla salute pubblica, a breve e lungo periodo, come il peggioramento degli esiti delle malattie cardiovascolari, meno screening per il cancro e deterioramento della salute mentale – con la conseguenza che questo porterà negli anni a venire a un aumento della mortalità, con la classe operaia e i membri più giovani della società che ne soffriranno il peso maggiore. Anche tenere gli studenti fuori dalle scuole è una grave ingiustizia. L'obiettivo dovrebbe quindi essere quello di ridurre al minimo la mortalità e i danni sociali fino a raggiungere l'immunità di gregge, tramite un approccio più umano, che bilanci i rischi e i benefici, permettendo a coloro che sono a minimo rischio di morte di vivere normalmente la loro vita per costruire l'immunità al virus attraverso l'infezione naturale, proteggendo al meglio coloro che sono a più alto rischio: chiamano questa strategia “Protezione Focalizzata”.

Ma dopo pochi giorni, Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'OMS ha definito la strategia per il raggiungimento



www.cittafuture.org

dell'immunità di gregge come "immorale e pericolosa": «è un concetto usato per i vaccini», vale per «una popolazione che possa essere protetta da un certo virus, se viene raggiunto un tasso di vaccinazione» e ha sottolineato che «mai nella storia della sanità pubblica l'immunità di gregge è stata usata come una strategia per rispondere ad un'epidemia, meno che mai ad una pandemia. È scientificamente ed eticamente problematico». A supporto, una lettera pubblicata nei giorni precedenti su *The Lancet* a firma di 80 scienziati. Questo fa capire come la scienza sia totalmente divisa sulla gestione pandemica, e gli interessi economici di certo non aiutano a capire quali siano le migliori strategie. Di certo sembra sensato un atteggiamento di protezione di lungo periodo delle categorie a rischio.

In questo dibattito acceso, si vanno a inserire anche i medici, infermieri e scienziati della neonata Alleanza Mondiale dei Medici, ispirato dal Comitato ACU2020, che ha creato un gruppo indipendente professionisti sanitari e ricercatori che hanno come unico scopo quello di dire la verità sulla pandemia. Hanno lanciato una Lettera aperta in cui spiegano le ragioni per le quali reputano questa pandemia ormai finita. «Abbiamo centinaia di migliaia di cosiddetti "casi", "infezioni" e "test positivi", ma quasi nessun malato. Quattro quinti (80%) delle "infezioni" sono asintomatiche».

Nei mesi di giugno, luglio, agosto e settembre i reparti Covid sono stati generalmente vuoti: «È chiaro che la "pandemia" è praticamente finita e lo è da giugno. La cosa più importante è che le morti per Covid sono ai minimi storici». Inoltre hanno aggiunto: «Questi "casi" in realtà non sono "casi", ma piuttosto sono persone normali e sane». Ritengono che l'immunità sia ormai stata raggiunta in molte zone del mondo. Denunciano che il confinamento non è mai stato applicato fino a oggi per un virus respiratorio e a persone sane; che sono stati associati dei decessi alla Covid anche se la morte era dovuta a patologie pregresse; e che i tamponi, di cui non si può verificare l'accuratezza, sono soggetti a falsi positivi. Hanno concluso la conferenza di presentazione lo scorso 10 ottobre, con le parole del professor Mark Woolhouse, epidemiologo e specialista in malattie infettive, membro dell'Università di Edimburgo: «Il blocco è stata una misura dettata dal panico ma credo che la storia dirà che cercare di controllare la Covid-19 attraverso il blocco sia stato un errore monumentale su scala globale. La cura è stata peggiore della malattia».

Postfazione

Se dici una menzogna enorme e continui a ripeterla, prima o poi il popolo ci crederà

(Joseph Goebbels)

Perché quest'inchiesta?

La percezione è realtà: dal modo in cui si racconta qualcosa, da come la si fa percepire alle persone, si può creare una versione diversa della stessa. Raccontare qualcosa, spingendo sulle emozioni delle persone, o ancor peggio **sulla paura**, crea un'altra realtà. Specie se si preme sulla paura più grande, quella di **morire**. Non si parla più alla testa, ma si stringe una morsa al cuore e alla pancia, e chiunque può cadere in potere di chi sta tessendo la narrazione. **La paura fa accettare tutto**, il panico crea obbedienza.

Il mondo è bloccato dal Covid-19, un Coronavirus, da vari mesi.

La narrazione ufficiale, guidata da alcuni scienziati, dai governi e dai media mainstream, ci racconta quotidianamente un'ecatombe mai vista prima, a causa di un virus dall'origine ancora incerta, e che ha provocato un numero incredibile di morti. Una tragedia per cui gli Stati sono stati costretti a chiudere in quarantena i propri cittadini, bloccando, prima o poi, le attività "non necessarie", e iniziando ad entrare nel giudizio su quali lo siano o meno.

Chi non lo ha fatto pare abbia subito conseguenze sanitarie disastrose.

Chi non ha rispettato il lockdown è stato multato, denunciato e in alcune nazioni arrestato, oltre ad essere oggetto di odio sociale, in quanto "untore", anche se passeggiava in luoghi isolati, da solo.

Molti paesi hanno reso obbligatorio l'utilizzo di mascherine. Il distanziamento sociale pare continuerà ancora per molto: un futuro fatto di un metro di distanza l'uno dall'altro, di acquisti online, di lunghe file, di spiagge libere a numero chiuso, di pannelli di plexiglass che divideranno qualsiasi luogo o situazione. Viene raccontato come impossibile un ritorno alla normalità, anzi è stato più volte detto che la nuova normalità ci accompagnerà per sempre. Non si riesce a decifrare il tempo che ci separa da una soluzione – anche se alcune novità sui vaccini e gli anticorpi monoclonali si rincorrono da mesi. Prospettive sulle quali comunque non si fa informazione, preferendo raccontare quanto siamo nel buio e quanto ancora la luce sia tremendamente lontana.

Le conseguenze economiche già sono gravi, con i governi che hanno stanziato miliardi per aiutare la popolazione, e che almeno in Italia però fanno una tremenda fatica ad arrivare nelle tasche della popolazione.

Non sembra essere andato tutto bene, per niente.

Quella che abbiamo ricostruito è una vera e propria narrazione della paura, che ha visto alternarsi elementi di terrorismo psicologico,

utilizzo strumentale dei dati, degli studi e delle informazioni – sicuramente sia dal lato della costruzione di questa narrazione, sia dal lato di chi la nega del tutto.

Una narrazione che è stata portata avanti come un mantra dall’OMS, organismo sovranazionale sul quale nel recente passato sono stati alzati dubbi e perplessità da Stati e Governi rispettabilissimi, e sicuramente influenzato da fondi privati con ingenti interessi economici nelle questioni legate alla salute.

Narrazione sposata quasi sempre acriticamente dai media, che al lavoro giornalistico d’inchiesta, salvo rare eccezioni, preferiscono la ripetizione delle notizie governative – come neanche in guerra accadeva, con gli inviati – e il chiacchiericcio dei salotti nei quali, dopo le “parole degli esperti”, arrivano quelle degli esponenti dello spettacolo, in un miscuglio che di sicuro alimenta l’opinionismo delle quali ormai siamo vittime inermi.

Una narrazione che, ci spiace dirlo, ha conquistato la maggioranza delle persone che stanno finendo per invocare le restrizioni, e per accettare molto di quanto avrebbero ritenuto inaccettabile fino a poco tempo fa per tornare a vivere le proprie vite in una normalità che in realtà non si sa se tornerà. Gli annunci del Presidente del Consiglio Conte, anzi, non prevedono questa prospettiva.

Forse neanche dopo l’arrivo del vaccino che, per la pubblicità che sta ricevendo, potrebbe essere rifiutato da una ampissima fetta della popolazione, preoccupata delle tempistiche delle sperimentazioni, dalle interruzioni per gli effetti collaterali, dell’accelerata innaturale che si sta dando al processo di verifiche, sicuramente per salvare l’umanità, ma anche e forse soprattutto per salvare il sistema economico che regge l’attuale stato delle cose. Un sistema economico, quello dei *too big to fail*, che per le dinamiche di questi mesi ha guadagnato centinaia di miliardi ingigantendo ancora di più il gap di separazione con il resto del pianeta, sempre più povero ed emarginato. Una dinamica da shock economy magari indesiderata, ma cavalcata con feroce determinazione. Non riteniamo corretto escludere a priori dal dibattito, con accuse di negazionismo, alla luce di quanto raccontato e visto in questi mesi, chi nel panorama internazionale parla di pandemia mediatica, di possibile distorsione della realtà senza precedenti, della creazione di una minaccia psicologica – evidente – che sta soffocando l’economia mondiale.

Una pandemia, quella mediatica - e non quella di Covid-19 – che sta distruggendo gli ultimi scampoli di libertà personale. In particolar modo in ambito sanitario, dove inizia a percepirsi una limitazione delle possibilità di scelte nel trattamento che arriva a chiudere un decennio

di degrado e destrutturazione di un Sistema Sanitario Nazionale considerato un tempo d'eccellenza e che oggi si basa su esternalizzazioni, contrattualizzazioni provvisorie e prestazioni intra-moenia. Una situazione denunciata già a Giugno da Medicina Democratica nel suo Manifesto: *La Salute non è una merce, la Sanità non è un'azienda*, proprio alla luce delle storture emerse nella prima fase di gestione della pandemia. E nonostante la Costituzione salvaguardi esplicitamente la salute e la libertà terapeutica. Una pandemia che soprattutto sta fungendo da acceleratore di processi di cambiamento, nel bene e nel male, accettati sulla base della paura della morte. Anche alcune delle persone di spirito critico illuminato si sono dovute rinchiudere in casa, magari dismettendo o tralasciando per tempi migliori ogni forma di pensiero critico, e accettando un po' passivamente il nuovo status quo, in nome della paura. Qualsiasi critica o dubbio è distrutta sul nascere, relegata al negazionismo o alla fake news anche quando queste sono definizioni che non si adattano al contesto e al merito dei discorsi. Chi cerca di analizzare, documentarsi, fare ipotesi, alimentare dubbi, lavorando semplicemente su dati e notizie, trova spesso un vuoto di confronto nel vedersi di fronte una risposta acritica, magari emotivamente comprensibile, ma poi difficilmente sondabile oltre quel livello. È stata esclusa la razionalità dal discorso pubblico generando una risposta emotiva di massa. Questo lavoro, che sulla base della nostra formazione prova ad essere quantomeno critico, ha provato almeno a mettere un po' di ordine nel mare di notizie, studi, ipotesi che ci sono passati davanti agli occhi in otto mesi. Un tentativo estremo di sintesi che possa aiutare, coi suoi rimandi, ad aprire una finestra, a lanciare uno sguardo fuori da quanto viene quotidianamente ripetuto. Perché l'autunno del 2020 non sia anche un autunno della ragione.

21 ottobre 2020

