



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)

La percezione è realtà: dal modo in cui si racconta qualcosa, da come la si fa percepire alle persone, si può creare una versione ben diversa dalla realtà. 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.

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 od offendere i familiari delle vittime del Covid19, ma mostrare qualcosa di diverso da ciò che abbiamo ormai interiorizzato. Nel conteggio dei morti, in Italia sono stati conteggiati anche morti con Covid19, e non solo quelli "per", anche per questo ci sono state le differenze eclatanti dei numeri rispetto ad altri paesi. Specialmente in Italia, la narrazione sul Covid19 è stata basata sul terrore, ma si è passati da un estremo all'altro, dopo che è stato minimizzato il pericolo 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 le riaperture a singhiozzo da maggio in poi, tra mascherine e distanziamento sociale, che per la stessa OMS non hanno alcun valore scientifico, come vedremo. Il tipo di narrazione prescelta è stato uno dei tanti errori, insieme a quelli politici e sanitari che si sono susseguiti e che hanno provocato molte delle morti. La narrazione catastrofista continua ancora oggi che è chiaro che l'età e il profilo di rischio delle morti corrispondono essenzialmente alla normale mortalità, che gli ospedali si sono svuotati (già ad inizio maggio non si trovavano infetti a sufficienza per compiere studi), che i malati sono "meno malati" rispetto a marzo (parlare di contagiati tutti i giorni non

ha alcun senso medico, per il 90% sono asintomatici, quindi non viene fatta una comunicazione corretta, che provoca solo altra ansia e angoscia), essendo i positivi non più contagiosi, che si è compreso come curare il virus, chiaramente indebolito, e che per le persone ad alto rischio o ad alta esposizione (compresi gli operatori sanitari), è essenziale un trattamento precoce; e la mortalità è all'interno della normale variabilità stagionale (dove poi è sempre rimasta in alcune regioni, se non al di sotto). Non riesce a far passare l'idea che i contagiati non devono essere considerati come malati.

Sostanzialmente, l'epidemia era già finita a metà maggio, ma non è ciò che ci viene raccontato tutti i giorni in tv... Governo e media hanno scelto di insistere col panico e la drammatizzazione, di chiamare i medici "eroi", invece di interrogarsi seriamente sullo smantellamento del Sistema Sanitario Nazionale; di scoprire il contagio nelle case di riposo solo quando i morti si contavano ormai a decine, non salvaguardando le persone più deboli, gli anziani; di dare spazio agli scienziati allineati, nonostante i conflitti d'interesse con le aziende farmaceutiche e le speculazioni sull'emergenza, ridicolizzando quelli che avanzano obiezioni rigorose; di presentare modelli probabilistici come se fossero scienza e verità incontrovertibili; e, soprattutto, di mantenere il solito silenzio riguardo i diktat imposti come al solito dalla classe industriale, in nome del dio denaro, specie nelle zone più martoriate dal virus. I media di certo non stanno aiutando: nella percezione comune, paesi come il Brasile stanno subendo un'ecatombe infinita, mentre la situazione è diversa: si stanno smontando per inutilizzo gli ospedali da campo, poiché i numeri sono molti più bassi rispetto a quelli (molto dubbi) avuti in Italia, in un paese quattro volte più grande. 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), ma la narrazione continua ad essere allarmistica.

Tutto ciò perché? Perché questa esagerazione nel racconto? Perché addormentare i dubbi, per eliminare dalle coscienze l'idea che non era possibile altra via? Un atteggiamento psicopatico: un'epidemia finita, mentre si impongono incoerenti ed insulse norme sulle distanze che variano da un metro fino a nove (posso bere e mangiare in aereo, al bar o al ristorante senza mascherina, ma non posso entrarci senza?), che stanno mettendo in ginocchio l'intero settore ristorativo, con ipotesi di scuole aperte con studenti alternati, costosi banchi singoli e braccialetti elettronici negli asili, anche se è evidente, in numerosi studi, che i bambini e i ragazzi fino a 18 anni si infettano di meno, sono spesso asintomatici e poco contagiosi, e quindi tutte queste preoccupazioni

sono ritenute inutili anche dai medici; vigili che rincorrono bagnanti o, addirittura, bambole gonfiabili in spiaggia, seguiti poi dai militari armati di mitra; foto taroccate per simulare la movida, sindaci che decretano l'astinenza sessuale e le spiagge libere a numero chiuso, divieti ai bagnini di fare la respirazione bocca a bocca, teatri e cinema chiusi, archivi e biblioteche chiuse o bloccate da insulse regole di quarantena dei libri e dei documenti, quando è evidente che il Covid non è un virus da contatto... Un folle teatrino che sta disgregando ciò che resta della società italiana e che punta deciso verso la scelta suicida di farsi prestare i soldi dalla UE, che sia *Mes* o *Recovery Fund*, il rischio di fare la fine della Grecia è serio.

Tutte le 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 prossimi mesi, 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 – presenta non poche criticità (per esempio, presume come sole variabili rilevanti quelle legate all'età, i luoghi d'incontro e le occupazioni, ma non le condizioni delle diverse regioni e stagionali, né considera un'anomalia internazionale e nazionale come la Lombardia). Occorre rivedere rapidamente queste misure che stanno ingessando l'Italia, bloccando pazienti e cittadini negli ospedali e a casa che risultano positivi, anche se con una viralità pari allo zero. Dopo gli annunci allarmistici sulla riapertura: se si fosse aperto tutto il 4 maggio avremmo avuto 151 mila ricoveri in terapia intensiva entro giugno, eppure un mese dopo, il 3 giugno, prima di poter verificare gli effetti epidemiologici delle ampie aperture del 18 maggio, si aprono le frontiere ai turisti. Rendendo di fatto impossibile ogni idea di tracciamento, di contenimento, di possibile passo indietro... Però tante le multe fino a 3000 €, con ordinanze e chiusure di locali accusate ai giovani e alla movida, ma nello stesso tempo sono stati organizzati circa 21 imponenti assembramenti di Stato, uno in ognuna delle regioni italiane, tra 25 maggio e 2 giugno, per guardare le Frecce Tricolori in onore delle vittime del covid

Da non dimenticare che le autopsie sono state "sconsigliate", provocando ritardi nella comprensione e nella cura della malattia, che è stata richiesta in un emendamento l'immunità per le strutture in caso di

danni ai medici, e pare sia stata richiesta anche dal super Comitato di esperti in materia economica e sociale, capitanato da Vittorio Colao. Di queste richieste non si è saputo più nulla. Ma il Tar del Lazio ha poi ordinato: fuori entro 30 giorni tutti gli atti secretati dalla presidenza del Consiglio dei ministri sulla emergenza Covid, li attendiamo con ansia. Un ringraziamento particolare 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, e, infine, 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 sostegno rivolto ai familiari delle vittime del Covid che si sono riuniti nel Comitato Noi denunceremo è totale e l'auspicio è quello di ottenere verità e giustizia.

Covid: l'altro racconto

Bassa mortalità, con o senza lockdown

La **mortalità** complessiva da Covid19, malattia che si è rivelata pericolosa soprattutto per la sua alta rapidità di diffusione, è ciò nonostante **molto bassa**: attorno allo **0,1%**. Stessa percentuale di una forte influenza stagionale, come accertato in paesi come Stati Uniti, Gran Bretagna ed anche Svezia (senza lockdown, così come Giappone, Corea del Sud e Bielorussia, dove non si sono registrati eventi più negativi di altri paesi). In paesi come Germania, Austria e Svizzera, la mortalità complessiva è nello stesso range di una lieve influenza stagionale. I sempre più numerosi e recenti studi, effettuati su 12 nazioni in Germania, Iran, USA, Danimarca e ancora negli Stati Uniti, a Miami e Los Angeles, ed altri, confermano le prime ipotesi degli studi effettuati in Corea del Sud, Islanda e Germania, sulle percentuali emerse nel caso della nave da crociera Diamond Princess e in Giappone.

Il **tasso complessivo di mortalità** per Covid19 è circa **venti volte inferiore** a quanto inizialmente ipotizzato dall'OMS. A fine maggio si parlava di **350.000 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 Covid19 anche infartuati risultati positivi post-mortem - e in alcuni altri, come in Cile e Ungheria, sottostimati.

Nello stesso periodo AIDS, tubercolosi e malaria hanno fatto molti più morti (e 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 il Covid alla Spagnola?

Alta età media dei deceduti e patologie pregresse

La **percentuale di deceduti in età scolare e in età lavorativa (under 65)** per Covid19 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, il rischio di morte è generalmente assimilabile a quello di un viaggio giornaliero in auto per andare al lavoro. **Il rischio è stato inizialmente sopravvalutato** 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, Inghilterra, Francia, Germania, Italia, Spagna, Svezia, Svizzera, USA. Circa l'80% dei decessi colpisce anziani in ospedali e case di cura. Sono loro i più deboli da proteggere, come durante tutti gli inverni. Meno del 4% non aveva altre patologie pregresse. In Inghilterra hanno rilevato che il 73% dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva per Covid è sovrappeso o obeso, ed infatti sono state colpite persone più giovani che erano obese e quindi con altre malattie collegate. L'età e il profilo di rischio dei decessi corrispondono, quindi, essenzialmente ad una normale mortalità. Anche in Italia i morti avevano 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 il 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: sembrerà una visione cinica della vicenda, ma la maggior parte delle persone decedute sarebbero morte in tempi brevi, anche senza Covid.



www.cittafuture.org

L'**incidenza delle patologie pregresse** è stata studiata, approfondita e certificata da numerosi ospedali italiani coinvolti nella lotta al Covid19: Niguarda di Milano, San Raffaele di Milano, San Martino di Genova. Fino al **60% delle persone** può avere già una **certa immunità di fondo** derivata dal contatto coi precedenti Coronavirus (comuni virus del raffreddore). Molti resoconti dei media su persone giovani e sane, che sarebbero decedute a causa di Covid19, 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 di 9. 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” Covid19? Impossibile avere numeri in tempo reale

Nel conteggio dei morti, **in Italia sono stati conteggiati anche morti con Covid19**, e non per Covid19, anche per questo ci sono state le differenze eclatanti dei numeri rispetto ad altri paesi. Ma **un test positivo per coronavirus non significa necessariamente che questo virus sia sempre il principale responsabile della morte di un paziente**, ancor di più oggi che 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**. Nei “decessi da Covid19” 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, incredibilmente minore se si fosse presa un'altra strada anche dal semplice punto di vista comunicativo, cosa che 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 sono stati inclusi nel conteggio anche i decessi 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 infartuati, malati tumorali, malati terminali, vittime di incidenti, etc., qualora risultati positivi al tampone sarebbero stati considerati nel conto delle vittime del coronavirus.** Questo 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. Questo svilisce 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 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! Di questa verifica non si è più saputo nulla, purtroppo. **Gli unici numeri certi** li abbiamo solo per **tamponi effettivamente risultati positivi** (e già qui servirebbe distinguere tra asintomatici e persone che hanno sviluppato la malattia), **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 sui morti “per” e “con” Covid19

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 accusa: «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 è evidentemente sovrastimata** anche perchè (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 confessato allegramente Walter Ricciardi, consigliere del ministro della Salute, che si dichiarava indebitamente membro dell'Oms, l'Italia sta registrando 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

Polemiche ha creato anche il rapporto ISTAT-ISS sull'aumento di decessi, ritenuto non attendibile, poiché come affermato nella nota metodologica dello studio, la base dati che si è tenuta per calcolare la mortalità del primo trimestre 2020 è diversa da quella che si è usata per calcolare quella media degli ultimi 5 anni. Infatti per quest'ultima si tiene conto del totale dei comuni, mentre per quella del **primo trimestre 2020 si tiene conto di circa 6800 comuni su 8000**. Sarebbe stato più corretto far vedere 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 si sarebbe visto che la mortalità ha avuto forti oscillazioni negli anni e che, se si vanno a prendere i dati puntuali di singole aree, queste oscillazioni sono ancora più forti.

A questo punto è lecito affermare che lo studio dell'ISTAT sia stato diffuso per ragioni strumentali e non abbia alcun valore scientifico, per lo meno dal punto di vista della "scienza statistica". Inoltre, nello stesso studio, si fa presente che i dati sono provvisori e, come al solito, si fa un gran miscuglio fra morti di Covid e morti con Covid, non tenendo conto della causa di morte. Nel conto dei decessi ci sono anche quelli per diagnosi sbagliata, come accaduto fino ad aprile, quando si riteneva la polmonite interstiziale la causa, e non i microtrombi venosi.



www.cittafuture.org

I decessi negli anni passati: in Italia si muore di più

L'influenza provoca circa 3-5 milioni di casi e 250.000-500.000 decessi stimati in tutto il mondo ogni anno. 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. Nella stagione invernale **2014/2015** sono stati registrati oltre 375.000 morti in termini assoluti, corrispondente a circa 54.000 morti in eccesso (+ 9,1%) rispetto al 2014, 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. 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.

Anche uno studio del National Institute of Health (USA), 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 supera i 54.000 morti. Inoltre, l'Italia ha sempre registrato alti tassi di mortalità mediamente 3 volte più alti di quelli degli Stati Uniti e una volta più alti di quelli degli altri paesi europei.

In molti paesi il numero dei decessi per Covid19 è rimasto al di sotto dei livelli delle forti stagioni influenzali che, però, negli anni passati hanno meritato ben pochi servizi di apertura dei tg e ancor meno titoloni da prima pagina dei quotidiani. **Risulta invece decisivo, per creare una percezione maggiore di pericolo, il quotidiano e sensazionalistico annuncio di morti nei media**. Gian Carlo Blangiardo, presidente dell'Istat, ha affermato che i dati sui morti nel 2018 e 2019 erano peggiori in Italia, ma a marzo al Nord i decessi sono più che raddoppiati rispetto alla media 2015-19 (e vedremo perché più avanti): «Più che i morti per influenza, che è più difficile da attribuire come

effettiva causa di morte, conviene ricordare i dati sui **certificati di morte per malattie respiratorie**. Nel **marzo 2019** 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**».

Ricordiamo che in Italia muoiono circa 49.000 pazienti per infezioni contratte negli ospedali ogni anno, solo in Europa muoiono circa 400.000 persone all'anno a causa delle polveri sottili, 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**. 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, **i due terzi di tutti i decessi si sono verificati in case di cura per anziani**, che non hanno beneficiato del lockdown, anzi. **Gli altri decessi per larga parte si sono verificati negli ospedali**. Inoltre, in molti casi non è chiaro se queste persone siano davvero morte a causa di Covid19 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.

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 (anziani con pluripatologie).



www.cittafuture.org

Un peso ha anche il fatto che tutti i morti in un ospedale Covid vengono aggiunti alla conta dei morti Covid, come già detto. Quindi 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 soggetti a rischio, ovvero anziani con più patologie. Ma entra anche in gioco il fattore demografico, legato all'alta età della popolazione italiana; 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.

Inoltre, la partita di Champions League, Atalanta-Valencia, disputata a Milano il 19 febbraio, può essere stata un "super diffusore".

Da non sottovalutare il peso della campagna vaccinale di massa per influenza, pneumococco, meningite e tetravalente, nelle province di Bergamo e Brescia, iniziata nello scorso ottobre. A gennaio 2020 risultavano vaccinate 34.000 persone contro la meningite e 185.000 erano le dosi totali ordinate di antinfluenzale. Ebbene, uno studio militare mostra che il personale militare che ha ricevuto il vaccino antinfluenzale ha aumentato del 36% il rischio di contrarre il coronavirus. A causa dell'interferenza del vaccino antinfluenzale, che provoca un effetto debilitante al sistema immunitario, potrebbe esserci un rischio maggiore di contrarre virus respiratori, con una risposta immunitaria non efficace. A questo proposito, il premier inglese Boris Johnson, nonché Jonathan Van-Tam, deputy chief medical officer inglese, hanno affermato che chi si è sottoposto al vaccino antinfluenzale è ad alto rischio ed ha dovuto autoisolarsi, rimanendo a casa tre mesi.

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 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? L'enorme incremento dei numeri dei morti rispetto agli anni precedenti non è in discussione. 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 Covid19 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, le salme siano dovute essere trasferite 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 ammalati.

L'Italia ha scelto di fare il tampone solo se ci sono gravi sintomi

Come abbiamo detto per la Protezione civile è morto per coronavirus chi ha un tampone positivo e quindi una diagnosi di Covid-19. Ma dal 26 febbraio scorso, dopo una circolare del Ministero della Salute, si è stabilito incredibilmente 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. 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.

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**. Inoltre, il test ufficiale del virus non è mai stato approvato clinicamente a causa della mancanza di tempo e, inoltre, talvolta può risultare 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 ora 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.

Inoltre, secondo un recente 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, **il Covid è almeno cinque volte più diffuso e meno letale di quanto si pensi**.

Asintomatici: da untori a non contagiosi

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. Lo studio che lo afferma conclude 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 scompensamento di queste nel tasso di letalità. L'impossibilità di tracciarle, e quindi di verificare la reale diffusione del virus, e quanto lo sviluppo della malattia si verifichi tra i contagiati, in Italia ha generato percentuali molto superiori rispetto ad altre nazioni. La stragrande 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 la letalità sarebbe irrisoria, pur prendendo per vero i dati di mortalità. **Fare pochi tamponi** o poche analisi sierologiche, **solo sui malati gravi**, crea 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 Covid-19 si **è molto più diffuso** di quanto si pensasse. A chi giova questa alterazione dei dati? A che serve? Perché, se si invoca la Scienza, non si usano parametri scientifici certi e seri? Giovanni Moscarella, biologo, afferma che **i contagiati sani asintomatici**, a prescindere dalla fase asintomatica che attraversano, e

cioè se hanno già prodotto immunoglobuline G, e quindi sono immuni, oppure se ancora rischiano di ammalarsi, con la loro carica virale del momento, che è bassa in quanto sono asintomatici, **non possono provocare problemi a nessuno perché proprio in quanto hanno una carica virale bassa**, anche il sistema immunitario di una persona cagionevole può difendersi da un attacco così blando. Secondo lui gli asintomatici sono un vaccino ambulante in quanto possono in maniera attenuata, proprio come un vaccino e senza gli effetti collaterali di esso, far produrre anticorpi alle persone che vanno a contagiare, anticorpi che saranno, tra l'altro, specifici, mentre un vaccino troverebbe sempre il rischio che il virus vada a mutare. Grazie quindi agli asintomatici, a prescindere dalla loro fase di contagio e di risposta immunitaria, se li si lasciasse liberi di circolare, si porrebbero le basi per una immunità di gregge spontanea.

Un **serio studio epidemiologico** su scala nazionale potrebbe svelare se sia diffuso molto più di quanto si pensasse, e ridimensionare le suddette, spaventose, percentuali. Purtroppo, però, nessuna decisione politica è stata presa in tal senso, se non uno studio a campione su 150.000 persone, condotto dall'Istat, che sta per altro subendo gravi rallentamenti per la ritrosia delle persone, che sarebbero "condannate" alla quarantena, senza certezza di effettuare il tampone, qualora venissero riscontrate come positive, ancorché asintomatiche. Una disfunzione che sta creando disagi anche nell'utilizzo dell'app *Immuni*, per la quale vige **la stessa regola dell'autoquarantena di 15 giorni** nel momento in cui si entra in contatto con un positivo, e che sta inaspando le tensioni sociali nei nuovi focolai.

E tutto questo **nonostante l'OMS abbia rivisto le linee guida, rimodulando la necessità dei due tamponi negativi** e legando lo sviluppo dell'infezione all'insorgenza dei sintomi.

L'arrivo della malattia in Italia

Il Covid19, 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 Covid19.

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 Covid19. 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 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.

Diagnosi incomplete, cure sbagliate, autopsie sconsigliate

Il primo aspetto da affrontare è quello sanitario. Il Covid19 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 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. 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 – ha 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.

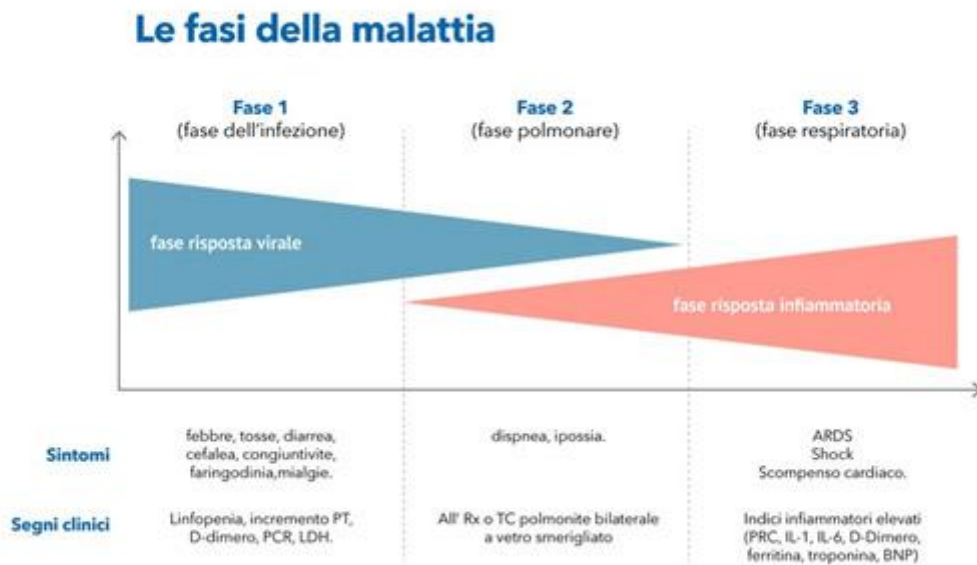
Qualcosa però non quadrava. Mentre in tanti ospedali si lanciavano protocolli di sperimentazione *off-label* per la ricerca di medicinali che fossero efficaci nella lotta alla malattia, il numero di morti sempre crescente e un tasso di decessi particolarmente alto proveniente proprio dalle terapie intensive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

Soltanto a metà di marzo alcuni medici, contravvenendo alle linee guida del ministero della Salute che sconsigliava fortemente l'esecuzione di autopsie sui morti da Covid19, 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, è dalle autopsie che si è capito che le cure adottate inizialmente erano sbagliate, inutili o peggio ancora controproducenti (dalla tachipirina in certi casi, all'intubazione in quelli più gravi). L'affermazione secondo cui solo il Covid-19 nei casi più gravi, ma non l'influenza, può causare trombosi venosa ed embolia polmonare non è vera: **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.** Questo causava problemi clinici molto diversi da una comune polmonite. **E ha finito per far ritenere l'intubazione, almeno in alcuni casi, come potenzialmente dannosa.** Queste 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 del Covid19, 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 rispetto alle previsioni, anche se poi alcune misure di contenimento a Lisbona sono state ripristinate in un secondo momento.

Gli studi, le evidenze emerse e l'esperienza fatta, ahinoi, sulle vittime, ha portato alla definizione della malattia in tre fasi (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.

Al momento della prima riapertura dalle restrizioni, il 18 maggio, e anche se non se ne parla tanto nei mass media, era ormai già conoscenza abbastanza diffusa che per ogni fase della malattia esistono cure, la cui conoscenza pare diffusa tra i medici, che possono rivelarsi efficaci. Ovviamente ciò è da mettere in relazione allo stato di salute di base del paziente e alle sue risposte, nonché alla tempestività della diagnosi e alla precocità dell'applicazione delle cure idonee. Le cure possono essere schematicamente sintetizzate così.

Fase 1: Antivirali, idrossiclorochina sotto controllo medico, Azitromicina, cortisonici

Fase 2: Ospedalizzazione, farmaci antiretrovirali da inibizione di interleuchina che evita la tempesta citokinica (Tocilizumab, Redemsvir), ozonoterapia.

Fase 3: Eparina, Plasma dei guariti.

C'è chi sostiene che l'Eparina a basso dosaggio possa servire dall'inizio. La ventilazione viene ancora ritenuta utile per le forme più gravi di difficoltà respiratoria, l'intubazione e la terapia intensiva vengono invece definite "una sconfitta" per i medici che affrontano il Covid19. Lo svuotamento dei reparti di terapia intensiva in tutta Italia è testimone visivo di quanto stiamo scrivendo.

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. Caso a parte è l'idrossiclorichina: l'OMS, dopo continui tira e molla, ha 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**.

Recentemente uno studio dell'International Journal of Infectious Diseases ha certificato che il trattamento con la sola idrossiclorichina, purché presa prima dello sviluppo di alcune gravi reazioni immunitarie, ha ridotto del 66% il rapporto di rischio di mortalità ($p < 0,001$). Guido Bertolaso, ex capo della Protezione Civile e risultato positivo al Coronavirus, ha ammesso di esser stato "trattato con cloroquina da subito, che è «da usare immediatamente e che si è dimostrata efficace, assieme a un cocktail di antivirali».

Risulta invece difficile comprendere l'uso massivo di paracetamolo o di altri antipiretici nel momento in cui la febbre è un potente antivirale per l'organismo.

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 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. Lo stato di avanzamento dei protocolli scientifici è riscontrabile periodicamente in modo semplice nelle notizie diffuse dal Professor Bassetti.

Lo stato di salute generale delle persone influisce chiaramente sulle possibilità che il Covid19 si riveli letale. I numeri pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità sull'incidenza di patologie pregresse nei morti per e con il Covid19 sono inequivocabili. Dal San Raffaele di Milano fanno sapere di avere identificato chiaramente le categorie a rischio: Over 65, portatori di patologie oncologiche, ipertesi o con malattia coronarica. 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.

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**.

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.

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 Covid19.

Conseguenze su altre malattie e danni psichici, estensione del TS0

Numerose operazioni e terapie sono state annullate o rinviate, tra cui alcuni trapianti di organi e screening del cancro.

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.

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



www.cittafuture.org

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**.

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 del COVID-19.

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 fino al 15 ottobre

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). Al momento 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 accalcate 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. Col **rischio che vengano presi provvedimenti sproporzionati al reale rischio di ricomparsa dell’epidemia**.

Nel mare di informazioni e di voci sulla possibile ripresa dell’epidemia, non mancano allarmismi generalizzati sulla **possibilità di una seconda ondata autunnale**, data da molti come una sorta di ineluttabile destino. Un’epidemia di influenza può effettivamente estendersi per diverse stagioni, ma **molti studi su una “seconda ondata” si basano su ipotesi molto irrealistiche**, come un rischio costante di malattia e morte in tutte

le fasce d'età. Il prof. Giulio Tarro, offeso più volte dai membri del Comitato Tecnico-Scientifico, ma che in questi mesi non ha mai sbagliato nelle sue analisi, afferma che, essendo il **Covid molto simile alla Sars**, avrà il suo **stesso decorso** e molto probabilmente non ci sarà una seconda ondata.

Nonostante le voci discordanti siano in aumento, **il Governo ha deciso di prolungare lo stato di emergenza fino al 15 ottobre, unico paese europeo a farlo**. Emergenza che ha già liberato centinaia di detenuti, tra cui molti mafiosi, camorristi e 'ndranghetisti, tra cui alcuni boss... Non si capisce perché continuare ad agire in un regime emergenziale, che in Italia ha in passato di certo arricchito alcuni, con in più la svendita del patrimonio pubblico e il taglio dei servizi per i cittadini. Dopo gli affari fatti con mascherine, gel igienizzanti, plexiglass, banchi singoli, ci sarà ad esempio la sospensione del codice degli appalti: non ci sarà bisogno di gare, di Valutazioni di Impatto Ambientale, etc. 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 **virologo Guido Silvestri** dice: «Solo dei completi imbecilli o dei fascisti del pensiero possono pensare che sia giusto e onesto costringere i nostri giovani a non socializzare». L'**epidemiologo Lopalco** dice: «Quello che osserviamo ora in molte regioni italiane rispetto all'epidemia COVID è che l'attività locale del virus si è praticamente spenta». 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 **primario del San Raffaele, Zangrillo**, insiste: «L'emergenza COVID è finita da due mesi. Basta panico e morte

sociale. Non faccio parte del comitato, ma mi aspetto che il comitato tecnico-scientifico dica la verità agli italiani: uscite tranquillamente, riprendete a vivere, andate al ristorante, andate in barca, andate in vacanza». 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 monoposto 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. Pochi giornali hanno avuto il coraggio di andare controcorrente e confrontare i dati degli anni passati, coi decessi che risultano in linea o inferiori a quest'anno; tra i pochi va citato il Washington Times, che ha titolato: *Il coronavirus promuove la più grande bufala politica della storia* e *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 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 è già stato raggiunto ben prima del blocco**. Fino al 50% di tutti i decessi potrebbe quindi essere stato causato non da Covid19, 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 fino 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.

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, dato che non fu mai usata durante un'epidemia, 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 di 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 per un ciclo 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 il lockdown, iniziato molto prima dei primi contagi, 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 solo negli ultimi giorni di marzo. Tra i paesi che hanno gestito meglio il contagio c'è il Venezuela, che ha puntato sullo 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 abbandonati. 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 Covid19 e in alcuni casi hanno dovuto mandare a casa il personale.

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 tuttora 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. 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**. Questo è giornalismo? E la deontologia?

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 confermata dal video del Consiglio dei ministri della Bielorussia, non ha avuto alcuna eco tra i media mainstream. 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.

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**» e il pericolo non sarebbe «maggiore di quello di molti altri virus», e lo Stato è «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 della corona 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, e che ha di certo ha avuto ragione su vari punti trattati, anche se è stato ridicolizzato dalla stampa tedesca, ma il funzionario che ha fatto “uscire” il pdf è stato licenziato.

La farsa delle mascherine

All’inizio dell’emergenza le mascherine sono state sconsigliate da tutti: OMS e membri del Comitato Tecnico-Scientifico e, anche se forse avrebbero permesso di rallentare il contagio, non furono imposte. Perché non ce n’erano a sufficienza. Eppure Beppe Grillo ne indossava una già il 19 dicembre, quando si è scoperto che il virus 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.**

Poche le voci fuori dal coro 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, vari studi hanno dimostrato che non vi è alcuna prova che il virus si diffonda attraverso gli aerosol/droplets o attraverso il contatto con superfici infette (oggetti, maniglie delle porte, etc...). Anche in questo caso, come tutto ciò



www.cittafuture.org

accaduto intorno al Covid19, **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 principali modalità di trasmissione sono il contatto diretto e le goccioline prodotte quando si tossisce o starnutisce. In effetti **le mascherine in generale non riescono a filtrare i virus**, che hanno **diametri nanometrici**: un Coronavirus è grande 120 nm. Quindi **le mascherine possono soltanto bloccare i droplets, le goccioline di saliva, ma solo in parte**. 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, ad una distanza di circa 20 cm. Oggi che la carica virale non è più potente, si può stare ancora più tranquilli. 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, cioè si ha un eccesso di anidride carbonica, perché non c'è una respirazione efficiente; 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. Diversi medici hanno definito ciò che è successo intorno alle mascherine come mero "clamore mediatico", definendole persino "ridicole". Ancora peggio sono i quanti, vietati dall'OMS, poiché ricettacolo di germi.

Quanto è costato il Covid?

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 aiuta a comprendere perché

tanta insistenza a etichettare come Covid anche i deceduti per altri motivi.

Da sottolineare che **chi ha investito sui pandemic bond, ha ricevuto lauti guadagni dopo la 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 Covid19 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 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.

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**.

Lo studio della Banca Mondiale del 2017

Dal Settore documenti pubblici della Banca Mondiale, è scaricabile uno studio ufficiale in cui può leggere che avevano previsto un evento pandemico con probabilità del 64% entro il 15 Luglio 2020 già nel 2017. Avevano anche stabilito che la zona maggiormente papabile per lo scoppio della pandemia fosse la provincia dell'Hubei, in Cina, dove c'è stato il primo grande focolaio riconosciuto, e tra le cause di pandemia (5 in totale) c'era anche il coronavirus (uno dei già conosciuti o una forma evoluta, come è stato).

Sulla base di queste previsioni, tutte esatte a quanto pare, su cui gli investitori che ne erano a conoscenza ne hanno e ne stanno guadagnando a dismisura, non si poteva organizzare un piano di gestione oltre che di speculazione? Se questi numeri valgono per chi investe, dovrebbero valere a maggior ragione per chi si deve preparare a gestire l'emergenza, e che invece cadeva dalle nuvole.

Il grande affare del vaccino

Diversi esperti medici hanno descritto i vaccini contro il 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. 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, non garantendo vaccini efficaci.

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-coV 2**.

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?**

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.

Nonostante ciò, il Governo ha affermato di voler stanziare 140 milioni di euro alle 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.

Postfazione

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

(Joseph Goebbels)

Perché quest'inchiesta?

Il mondo è stato bloccato dal Covid19, un Coronavirus, da vari mesi. La narrazione ufficiale, orchestrata da alcuni scienziati, dai governi e dai media, ci racconta un'ecatombe mai vista prima, a causa di un virus che pare provenga dai pipistrelli, e che ha provocato un numero incredibile di morti, per cui gli Stati sono stati costretti a rinchiodare in quarantena i propri cittadini, bloccando, prima o poi, le attività lavorative "non necessarie". 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 anche 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, forse ci vorranno anni, e che l'unica speranza è un vaccino, che non si sa se e quando arriverà, e nessun farmaco pare sia davvero risolutivo. Le conseguenze economiche sembrano gravi, ma i governi sarebbero intenzionati a stanziare miliardi per aiutare la popolazione. Eppure, non sta andando proprio così.

Quella che abbiamo appena ricostruito è una vera e propria narrazione della paura fatta di terrorismo psicologico, creazione di panico di massa, manipolazione dei dati, degli studi e delle informazioni, che è stata portata avanti come un mantra dall'OMS, un organismo sovranazionale e finanziato da privati, da media asserviti che non fanno più vero lavoro giornalistico, da governi maggiordomi del potere finanziario; da paura supportata da super-esperti della Scienza venduti, e che purtroppo ha conquistato quasi tutti, pronti ad accettare anche il più insensato ed inutile dei provvedimenti e ad implorare un vaccino che, tra mille dubbi sulla fattibilità, sulla tempistica, sulle giuste sperimentazioni nei giusti tempi, sul numero dei malati che cala troppo



in fretta (!), ha una sola certezza: sarà un grande affare per chi lo produrrà.

Una pandemia mediatica ha detto qualcuno, una distorsione della realtà senza precedenti, la creazione di una minaccia psicologica che sta soffocando l'economia mondiale, facendo ricadere le conseguenze sulle classi medio-basse, senza mettere in difficoltà i *too big to fail*, che fanno affari con i piccoli e medi pesci che stanno fallendo e falliranno; una pandemia mediatica che sta distruggendo gli ultimi scampoli di libertà personale e in particolar modo in ambito sanitario, nonostante la Costituzione salvaguardi la salute e la libertà terapeutica; ma soprattutto che funge da acceleratore di processi di cambiamento, nel bene e nel male.

Anche le persone più critiche si sono rinchiusi in casa, dismettendo ogni forma di pensiero critico, accettando acriticamente lo status quo, in nome della paura. Qualsiasi critica o dubbio viene distrutta sul nascere, se non sei un virologo di fama bisogna star zitti. Provare a ragionare logicamente significa essere non rispettosi dei morti, significa offendere il dio della Scienza. Anche chi cerca di analizzare, documentarsi, fare ipotesi, avere dubbi, lavorando semplicemente su dati e notizie, si trova a disagio contro una narrazione di massa invadente e totalizzante, fatta di strani obblighi legali, sguardi giudicanti e di disprezzo, nel mezzo del terrore che serpeggia, inseguendo una normalità che sembra svanita nel nulla.

Questo è quindi un piccolo vademecum critico che cerca di mettere ordine nel mare di notizie, studi, ipotesi. Un tentativo di sintesi, attraverso un gran numero di link che rimandano a fonti ed approfondimenti. Perché deve essere sempre un nostro obbligo fare critica, in un mondo che già prima del Covid19 si reggeva sui soldi e sulle loro false narrazioni, su illusioni e menzogne di una finanza spietata che tiene imprigionata l'umanità con sbarre (fintamente) dorate, in un ecosistema seriamente danneggiato.

30 luglio 2020

