

# Diario ragionato della pandemia

Ovvero

**Se errare è umano... perseverare è contagioso**

**di Serena Romano**

(giornalista)

con la collaborazione di

**Francesco Iannello**

(Segretario Generale delle Assise di Palazzo Marigliano)

**(Seconda parte )**

## Parte Seconda

### GIUGNO - DICEMBRE 2020

## L' "errore" non è più giustificabile ...

"*Il virus è clinicamente morto*", aveva sentenziato Alberto Zangrillo, Direttore dell'unità di anestesia e rianimazione dell'ospedale San Raffaele di Milano, il 20 maggio 2020: "*le rianimazioni sono vuote, i ricoveri scesi praticamente a zero*". E invece no: "*Bisogna mantenere alta la guardia*" è il ritornello che va avanti per tutta l'estate 2020, alimentato dal terrore di una seconda ondata autunnale come la Spagnola: il virus che, alla fine del secondo decennio del XX secolo, fece 50 milioni di morti. Un ritornello scandito soprattutto dal Governo e dai suoi "esperti" anche se appare subito una previsione senza solide basi scientifiche. Anzi: considerando le affinità tra Sars Cov 2 e la precedente Sars, la maggioranza degli esperti propende per l'ipotesi di una ricomparsa del Covid a ottobre con virulenza attenuata, non molto dissimile dall'influenza. Ma la pandemia *mediatica* suggerisce l'opposto di quanto risulta dalla pandemia *sanitaria*: continuando a negare l'esistenza di farmaci in grado di curare il Covid a casa e di farci tornare a una vita quasi normale. Perché? Ancora una volta, la ricostruzione mese per mese, può aiutare a trovare la risposta.

A **GIUGNO** dopo 2 mesi di lockdown, arriva la notizia: "*Il nostro autunno sarà come nei mattatoi tedeschi. Non possiamo aspettarci che SarsCov2 sparisca come la Sars, nel giro di un'estate, perché ci sono milioni di contagiati in tutti e cinque i continenti*", dice Andrea Crisanti il 23 giugno al Fatto Quotidiano. Concetto ribadito il 31 luglio prevedendo "*una seconda ondata di contagi già entro fine agosto*".

"*Non è finito niente: questa pandemia è identica alla Spagnola, che in autunno fece 50 milioni di morti durante la seconda ondata*". Così titola gran parte della stampa italiana il 26 giugno, riprendendo le parole di Ranieri Guerra, numero Due dell'OMS e membro del nostro CTS. E' la sua risposta alla lettera degli esperti sull' "emergenza finita" e sul rinnovo dello stato di emergenza deciso dal Governo: "*Servono oltre 31 miliardi di dollari per vaccini, test e cure nei prossimi 12 mesi... **Non è finito niente: questa pandemia è identica alla Spagnola, che in autunno tornò più feroce***". Queste affermazioni perentorie, pronunciate senza nessun supporto scientifico, scatenano una rissa fra virologi sui social che viene ripresa dall'Huffington Post il 27 giugno: "*Volano parole grosse, protagonisti Massimo Clementi, virologo del San Raffaele di Milano, e Ranieri Guerra dell'Oms: "... Lei che insulta è qualcuno... da cui guardarsi. Torni nelle fogne*". Questa bruttissima frase l'ha diretta a me, un signore (Ranieri Guerra) che è qualcosa a livello dell'Oms (non so cosa, chi se ne frega). Il vero problema per noi italiani è che questo nervosissimo signore fa parte della commissione tecnico-scientifica che sta affrontando il tema Covid-19. Se questa commissione si pone in questo modo verso la comunità scientifica italiana andiamo veramente male". A dirlo è, appunto, il virologo dell'università Vita-Salute San Raffaele di Milano, Massimo Clementi, autore di numerose pubblicazioni su riviste internazionali, di 20 review articles ad invito, di 5 testi di Microbiologia e Virologia con finalità didattiche, nonché titolare di 11 brevetti (di cui

oltre la metà concessi in Europa e negli Stati Uniti) principalmente potenziali farmaci biologici antivirali .

E anche a **LUGLIO**, mentre il professor Alberto Zangrillo, il più noto tra gli esperti "anti-panico", continua a ripetere come la malattia oggi "è *uniformemente scomparsa nel contesto nazionale*, Clementi, venuto a conoscenza della decisione di Conte che rinnova i suoi "pieni poteri" lancia l'appello su Facebook: "*Proroga dello stato di emergenza? Abbiamo capito bene?*". Secondo il professore, la proroga è una "*incredibile forzatura. Che va in parallelo con i toni terrificanti (totalmente ingiustificati) con cui Tv e grande stampa stanno descrivendo lo stato attuale dell'epidemia*". Così per tutto luglio "Torna a farsi sentire la paura da Covid, stavolta non per un significativo aumento dei contagi, ma per le parole del direttore generale dell'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus, che sulla pandemia ha delineato scenari apocalittici per la prossima stagione", denuncia "Radio Radio" rilanciando la dichiarazione del primo luglio di Tedros "*Mi dispiace dirlo ma con questo ambiente e in queste condizioni, noi temiamo il peggio...*" Parole duramente attaccate da molti medici e scienziati che hanno sostenuto l'impossibilità di prevedere, senza citare dati, un così significativo rinvigorimento del virus in autunno. Le affermazioni del vertice OMS, infatti, vengono diffuse dai nostri organi di informazione di massa senza porsi domande sui supporti scientifici a sostegno. O più precisamente: sostenendosi l'uno con l'altro. L'11 luglio, per esempio, il consulente del ministro Speranza, Walter Ricciardi, avvalora gli allarmi dell'OMS formulati da Tedros. E Ranieri Guerra fa lo stesso, dichiarando: "*Il virus durerà anni. La proroga dello stato d'emergenza è indispensabile... Vedo un grande sbracamento anche da noi. Gli italiani si diano una regolata...*". Di parere opposto, all'epoca, l'infettivologo **Matteo Bassetti**, direttore della clinica Malattie Infettive dell'Ospedale San Martino, che come riportato l'11 luglio dall'AGI, afferma: "*Stiamo dando al mondo l'idea di essere ancora in pieno dramma, che tutti i sacrifici non sono serviti a niente. Mentre è vero il contrario: il Covid è stata un'emergenza ospedaliera, che oggi, lo dicono i numeri, è finita... la proroga dello **stato di emergenza** fino al 31 dicembre mi pare francamente un po' spinta... da oltre 4.000 persone ricoverate in terapia intensiva, siamo passati a solo 60 pazienti in tutta Italia...la cosa che sconcerta è che tutte le sere si continua a dare un bollettino di guerra, che viene rilanciato in apertura da tutte le testate... Ora basta...*"

E sulla stessa lunghezza d'onda, il 25 luglio Zangrillo sbotta in diretta tv su "la7" : "*Ne ho le palle piene: il CTS dica la verità agli italiani... se oggi in Lombardia abbiamo un morto dichiarato per Covid, vuol dire che non sta succedendo nulla. Punto. Poi possiamo costruire tutte le favole che volete... Io a differenza di alcune nuove 'star' televisive, ho curato davvero i pazienti. Sono stato tra i primi ad andare nella zona rossa per aiutare i colleghi di Lodi*". Zangrillo non nasconde il fastidio per le accuse che gli sono state mosse, soprattutto dopo la partecipazione al convegno "Covid-19 in Italia: tra informazione, scienza e diritti" organizzato al Senato: "*Se colleghi universitari milanesi si permettono di dare del negazionista a chi come me è andato in mezzo ai malati e se ne è preso cura, ne risponderanno*", conclude. Anche Andrea Bocelli ha partecipato a quel convegno ed anche le sue dichiarazioni suscitano violente polemiche: "*Ho cercato di analizzare la realtà e mi sono reso conto che le cose non erano così come ci venivano raccontate... ma perché questa gravità? Evidentemente, succedono cose strane in questo Paese. Ho fatto un intervento al Senato e in seguito a questo intervento, curiosamente, sono stato definito un negazionista. Che strano, mi sono speso fin dal primo giorno per aiutare chi era in difficoltà in ragione del virus. Con la fondazione che porta il mio nome abbiamo cercato di recuperare subito tutto quello che serviva, poi*

*sono venuto qui nella città un po' simbolo del contagio per fare una preghiera per tutti e anche per dimostrare che la paura è la sola cosa di cui bisogna avere paura. Deve essere su questo fatto che sono stato un po' frainteso".*

Comincia, così a montare nel corso dell'estate del 2020 questa specie di "pensiero uniforme" contro il quale le voci contrastanti che provano a farsi sentire vengono tacitate: anche con toni arroganti, prevaricanti, offensivi. Una cosa mai accaduta prima del lockdown che diventa lo spartiacque tra quello che eravamo e quello che stiamo diventando. Tant'è che nella nuova realtà che sta prendendo piede dietro al virus, queste voci "discordanti" diventano sempre più flebili, isolate e vengono ospitate solo sui media non allineati, non governativi. Come Radio Radio: *"Tarro smentisce l'OMS: 'Le loro dichiarazioni sono terrorismo. Vi spiego perché non dobbiamo temere la pandemia'":* l'emittente controcorrente ricorda come **Giulio Tarro** avesse già predetto mesi addietro l'indebolimento del virus - poi verificatosi - nelle prime settimane estive. Perciò, sempre citando Tarro, titola il "Giornale" del 13 luglio: *"Emergenza? Fuori i nomi... Vorrei sapere da virologo nomi e cognomi degli esperti che hanno consigliato a Conte di prolungare uno stato di emergenza epidemiologica che non esiste"*.

Si arriva così a **SETTEMBRE** quando la distinzione fra positivi sintomatici e asintomatici diventa sempre più impercettibile: nei bollettini diramati quotidianamente, i numeri riguardano genericamente i "contagiati". Tanto che sui social cominciano anche a circolare video di persone ricoverate che stanno benissimo, senza sintomi, che si "auto-riprendono" proprio per testimoniare: *"Ci vedete? Noi siamo una bellezza, ma dicono che siamo positivi e perciò siamo qui in ospedale a Napoli..."* Ed è superfluo ricordare quanto costi alla collettività un giorno di ricovero in un ospedale pubblico. Di conseguenza il Giornale il 17 settembre titola: *"Più malati nei reparti? Ecco la verità... la malattia oggi ha una mortalità decisamente più bassa - 0,4-0,6% - e nel 99,6% dei casi si guarisce"*. E il 3 ottobre Bassetti prova a frenare il terrore che di nuovo si sta spargendo a mezzo stampa, ribadendo: *"Non è la seconda ondata, ma una scia, una coda della prima... Non siamo nella situazione di marzo e aprile. Contagi come da pronostico"*.

Ma anche a **OTTOBRE** nonostante i numeri dicano che in Italia la mortalità si sia molto ridotta, a livello mediatico emerge esattamente il contrario. Da quanto risulta sull'Instant Report Covid-19 - iniziativa dell'Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari (Altems) dell'università Cattolica - il rapporto tra pazienti Covid deceduti e il totale dei positivi è ora lo 0,27%, mentre tra il 18 e il 24 marzo era il 6%. Il dato più elevato dal 14 al 20 ottobre si registra nella provincia autonoma di Trento: con 0,44%. Ecco perché, quando esce la notizia dell' "obbligo di mascherina all'aperto" - inaugurato dalla Regione Campania seguita a ruota dalla Regione Calabria - il virologo Guido Silvestri la definisce **"una completa idiozia scientificamente parlando: tutti quelli che capiscono un briciolo di epidemiologia e virologia lo sanno benissimo. L'unico motivo per un'ordinanza come questa, è considerare i cittadini incapaci di comportarsi basandosi sull'evidenza scientifica e sul buon senso (cioè usare le mascherine al chiuso e quando non è possibile stare ad almeno 1-1.5 metri di distanza), per trattarli da sudditi da terrorizzare con provvedimenti estremi"**. Così il 3 Ottobre "Il Riformista" riporta le accuse del costituzionalista Sabino Cassese alla proroga dello Stato di emergenza. Definita *"una dichiarazione di impotenza o peggio ancora incapacità"*, il giudice emerito della Corte costituzionale si chiede anche *"Perché noi in Italia per fare le cose ordinarie dobbiamo sempre ricorrere all'urgenza? Se ci sono degli intoppi nel percorso ordinario basterebbe"*

togliarli". Una domanda cui sembra dare indirettamente la risposta il premio Nobel Mario Vargas Llosa dal festival del libro di Taormina, dove è stato insignito del premio Taobuk Award: *"Molti governi hanno usato la pandemia per limitare la libertà, compresa la libertà di stampa. E tutto questo è inaccettabile, perché è un processo irreversibile"*.

Il 2 **NOVEMBRE**, a riprova delle parole di Vargas, il Governo introduce il coprifuoco alle 22: una misura restrittiva della libertà personale che non si era mai vista in tempo di pace in Italia. E non è l'unica. Ecco alcune delle altre misure restrittive valide sull'intero territorio nazionale, elencate in un articolo del [Corriere della Sera](#) del 3 novembre: ritorno dell'autocertificazione per uscire di casa dopo le 22 e solo per ragioni di lavoro, necessità e salute; chiusura dei musei e delle mostre; didattica a distanza al 100% per le scuole superiori, salvo attività di laboratori in presenza; per le scuole elementari e medie e per i servizi all'infanzia attività in presenza ma con uso obbligatorio delle mascherine (salvo che per i bimbi al di sotto dei 6 anni); nelle giornate festive e prefestive chiuse le medie e grandi strutture di vendita, ad eccezione delle farmacie, punti vendita di generi alimentari, tabacchi ed edicole; coefficiente di riempimento massimo del 50% sui mezzi pubblici; chiusura di bar e ristoranti alle 18; sospensione dello svolgimento delle prove preselettive e scritte delle procedure concorsuali pubbliche e private e di quelle di abilitazione all'esercizio delle professioni "a esclusione dei casi in cui la valutazione dei candidati sia effettuata esclusivamente su basi curriculari ovvero in modalità telematica"; chiusura dei corner scommesse e giochi nei bar e nelle tabaccherie. Il 4 novembre il virologo Giorgio Palù, past president della Società italiana ed europea di virologia, dichiara all'Huffingtonpost: *"...Da virologo posso dire che, seguendo le mutazioni di Sars-CoV-2, in questi mesi è aumentata la contagiosità ma non la sua letalità. E se c'è già chi preconizza una terza, una quarta o una quinta ondata, noi non abbiamo conoscenza di una pandemia che sia durata più di 2 anni.... Inoltre, non dobbiamo dimenticare che questo patogeno si sta adattando all'uomo: la letalità secondo tutti gli studi oscilla tra 0,25 e 0,6%",* continua l'esperto".

Intanto su [La Stampa](#) del 9 novembre 2020, Ciro Indolfi, presidente della Società italiana di Cardiologia e ordinario all'università Magna Graecia di Catanzaro lancia un grave allarme: *"Covid, saltano check-up e interventi: **a rischio pazienti con tumore o problemi cardiovascolari**. Tra le discipline che tengono i pazienti col fiato sospeso per diagnosi mancate, controlli saltati e trattamenti salvavita non effettuati, soprattutto oncologia e cardiologia."* E aggiunge: *"La paura del contagio, già a marzo scorso, aveva dimezzato i ricoveri per infarto e triplicato la mortalità. Tantissime persone sono morte a casa senza alcuna possibilità di trattamento, mentre un'altra fascia di pazienti, paradossalmente più fortunata, è sopravvissuta, ma con gravi danni al cuore e al cervello, perché gli incidenti cardiovascolari sono tempo-dipendenti: cioè, si può scampare a lesioni irreversibili, solo se si interviene in poche ore. Oggi, che sembrava si fosse tornati alla normalità almeno per l'emergenza, ci ritroviamo un'altra volta con il blocco delle visite ambulatoriali cardiologiche. La Società italiana di Cardiologia è stata la prima al mondo a dimostrare durante la pandemia la riduzione di oltre il 50% dei pazienti accolti nei reparti specialistici e dell'incremento vertiginoso della mortalità ospedaliera".* Il 17 novembre, sul [Corriere](#), il professor Salvatore Badalamenti dell'Humanitas di Milano dichiara: *"I malati cui serve la rianimazione sono il 10%: a marzo erano il 50. Il personale sanitario? Nei reparti Covid dovrebbe restare al massimo due mesi"*. L'Humanitas è un "punto di vista privilegiato per capire meglio l'andamento e il prossimo futuro della seconda ondata". Perché è un polo di ricerca dove è stato chiamato dal gennaio scorso il professor Salvatore Badalamenti che aggiunge: "C'è

un [assestamento dei ricoveri](#) che fa ben sperare: ogni giorno ricoveriamo 20 pazienti e ne dimettiamo altrettanti, a fronte dei 250 pazienti Covid ricoverati su un totale di 747 posti letto. Il segnale positivo è la stabilizzazione delle intensive e delle sub-intensive". Insomma, a quanto pare, l'allarmismo prevale anche se lo "stato di allarme" e lo "stato di emergenza" non si giustificano più: come denunciano le voci che si sollevano ancora per farlo notare. Il 26 novembre, Alberto Brambilla scrive sul Corriere della sera: "Decessi, debito, deficit e Pil: perché l'Italia ha sbagliato strategie per frenare la pandemia....altro **che modello italiano da esportare e far copiare nel mondo!**"

E il mese di **DICEMBRE** inizia con lo sfogo del filosofo Massimo Cacciari a [Cartabianca](#): "Il modo in cui è stata affrontata la fine della prima e poi la seconda ondata è una sequela di errori clamorosi e manifesta impreparazione. Ci siamo trovati impreparati esattamente nella situazione in cui eravamo a marzo. In più c'è un aumento della povertà in questo paese che fa davvero spavento...". Il 4 dicembre è la volta di Guido Bertolaso, che sul [Tempo](#) punta il dito sul governo e sull'ultimo Dpcm del premier Giuseppe Conte: "Ecco fatto: segregati in casa per tutte le feste, anziani abbandonati, turismo demolito, nazioni confinanti strapiene di sciatori... Lo sapete quanti giorni di scuola hanno fatto i liceali della Campania dal 4 marzo scorso ad oggi? 14 - scrive su Facebook l'ex capo della Protezione civile - Conte dovrebbe solo chiedere scusa...Tutto questo perché il Governo non è stato in grado di gestire la seconda ondata che loro stessi avevano previsto. Continuano a chiamarla emergenza, a quasi un anno dall'inizio della pandemia. Il presidente del Consiglio continua a fare conferenze a reti unificate senza contraddittorio, ignorando l'esistenza del Parlamento..." E il 7 dicembre una suora, Anna Monia Alfieri, nella trasmissione [Quarta Repubblica](#) dichiara: "**Voglio una democrazia. E la mia libertà...** La libertà muove le responsabilità, io sono convinta che si possa conciliare il diritto alla salute con quello alla libertà". Critica l'esecutivo di Conte e i DPCM troppo restrittivi. "Questa emergenza è stata gestita male, in maniera approssimativa. Da questa situazione se ne esce dalla via della democrazia che in Italia è quella del Parlamento, non con quella dei DPCM e dei voti di fiducia". Sta di fatto che, ciò che una suora ha detto con parole semplici viene ribadito dal costituzionalista Sabino Cassese su [Libero Quotidiano](#) del 20 dicembre sotto il titolo: "**Orrori giuridici non previsti dalla Costituzione...**". Commentando il decreto Natale, Cassese sottolinea come disposizioni importanti fornite all'ultimo minuto, risultino un "infernale insieme di provvedimenti (formalmente) legislativi e (formalmente) amministrativi, ma tutti scritti dalle stesse mani, a Palazzo Chigi, con un intreccio tra norme (fonti del diritto) e provvedimenti amministrativi (atti di esecuzione delle norme): una commistione non prevista dalla Costituzione". Peraltro, in nome di una emergenza che tale non è "visto che durante la prima ondata si prevedeva la seconda... e in uno Stato ben ordinato, doveva essere affrontata con i rimedi ordinari, che ci sono".

Così mentre dubbi, perplessità, dati equivoci e timori per la democrazia diventano innegabili ci si chiede: come è potuto accadere tutto questo? Si tratta di una situazione emergenziale straordinaria che innesca, a sua volta, comportamenti emergenziali straordinari? O è un'emergenza partita da una situazione reale, ma poi protratta più del necessario per incompetenza o altri interessi? Ebbene, alla luce di altre "emergenze" che ho già vissuto e raccontato da giornalista, dalla fine del 2020 ho cominciato a prendere in seria considerazione la seconda ipotesi: perché proprio quelle "emergenze" del passato mi hanno **suggerito di leggere la pandemia come una storia che si ripete.**

## Emergenza straordinaria o una storia che si ripete?

Tutte le “storie emergenziali” in cui mi sono imbattuta da giornalista hanno avuto un punto in comune: gruppi di interessi particolari - spesso con l'appoggio della politica - sono riusciti a sfruttarle, manipolando la paura, aggirando le leggi ordinarie e utilizzando le procedure di “somma urgenza” per raggiungere obiettivi estranei all'interesse pubblico.

**A partire dall'emergenza colera e i depuratori “inquinanti”**, sfruttata per realizzare opere apparentemente utili, ma di fatto sbagliate, costose o addirittura dannose: come il mega progetto di impianti di depurazione ideato dalla ex Cassa per il Mezzogiorno per disinquinare il golfo di Napoli e le coste campane. Decollato sulla spinta dell' “emergenza colera” negli anni Settanta, questo progetto di maxi depuratori - dall'impianto di Cuma a quello dei Regi Lagni - è stato la causa dell'irreversibile degrado del mare e del territorio dei Campi Flegrei: terra del mito descritta da Virgilio a Goethe, una delle aree più preziose al mondo dal punto di vista archeologico, culturale e paesaggistico. Appaltati sulla spinta dell'urgenza e pubblicizzati come il “più grande progetto depurativo d'Europa”, in realtà già dalle carte progettuali si profilavano “cattedrali di cemento per liquami” che non avrebbero diminuito, ma aumentato l'inquinamento marino: come denunciavi nell'85 con diverse inchieste sul Mattino di Napoli e su altre testate per le quali collaboravo, riportando le denunce di scienziati ed oceanografi e spiegando all'opinione pubblica ciò che tutti gli addetti ai lavori già sapevano. Cioè, che un impianto di depurazione non è una scatola magica dove entra l'acqua sporca ed esce quella depurata, ma un macchinario che si limita a separare gli inquinanti dalla massa liquida. Così, alla fine del processo di depurazione, da un lato uscirà acqua più o meno depurata, ma dall'altra il concentrato di inquinanti in forma di “fanghi”: ancora più tossici e pericolosi dei liquami da trattare, se non vengono a loro volta, smaltiti in maniera adeguata, come riportava la “Bibbia” degli ingegneri sanitari (il manuale di Ingegneria Sanitaria di Imhoff e Koch): *“Costruire un impianto di depurazione senza prima progettare come smaltire i fanghi residui, NON HA SENSO”*. Ebbene quegli impianti decollati sotto la spinta dell' “emergenza colera” erano privi della soluzione finale: quindi, SENZA SENSO oltre a quello di fare arricchire le grandi imprese aggiudicatrici dell'appalto. La conseguenza di questa follia progettuale fu che sia i costi di gestione, sia quelli dovuti agli “errori” del progetto - fatti consapevolmente per aumentare gli introiti - salirono talmente alle stelle da diventare insostenibili e gli sbagli irrimediabili. Nel progetto era scritto chiaramente, infatti, che per costruire impianti ottimali, andavano fatti una serie di studi (fra i quali lo smaltimento dei fanghi) senza i quali il progetto rischiava di essere vanificato. Ma poi, con un'ardita giravolta a 360 gradi, si dichiara: *“Questi studi sarebbero necessari... ma a causa dell'emergenza colera è urgente appaltare subito e iniziare a costruire i depuratori, rimandandone in corso d'opera gli studi di fattibilità...”* (sic!) Così fu avviato come “primo intervento di somma urgenza” un Progetto che ha foraggiato per anni le maggiori imprese di costruzioni d'Italia. Un vero imbroglio come fu denunciato all'epoca da intellettuali, scienziati, tecnici, oceanografi che facevano capo a centri di Cultura quali l'Accademia dei Lincei, l'[Istituto Italiano per gli Studi Filosofici](#) e le [Assise di Palazzo Marigliano in Napoli](#). I quali rivelarono anche che un intervento economico, efficace e veloce da realizzare, esisteva: erano le condotte sottomarine da piazzare lungo la costa (come già a Trieste o a Montecarlo) per allontanare dalle rive i “colifecali” contenuti nelle acque di fogna urbane (veicoli del

colera) consentendo al potere di autodepurazione del mare nelle acque profonde di renderli inoffensivi. Una soluzione come "primo intervento" contro il colera, che non pregiudicava le scelte future perché le condotte sono previste a valle dei depuratori: perciò, si potevano installare subito, in attesa della costruzione più ponderata dei depuratori ai quali collegarle in seguito. Un ragionamento scientificamente inattaccabile che rimanda per analogia a quello dei giorni nostri fra le cure domiciliari e i vaccini: perché trascurare le prime in attesa che si compiano gli studi sull'efficacia e la sicurezza dei secondi? Ma all'epoca, nella querelle mediatica fra "esperti", sugli "animi nobili" preoccupati del futuro dell'ambiente e dei suoi abitanti, prevalsero gli "animi ignobili" che per aggiudicarsi l'appalto sfruttarono, appunto, le procedure di somma urgenza. Così spiagge bianche come quella di Licola dove facevo i bagni da bambina, sono state invase da "vermi topo"; il mare cristallino è diventato impraticabile per la quantità abnorme di alghe, frutto del processo di eutrofizzazione innescato dai fanghi tossici, spesso gettati nottetempo in mare; la puzza dei liquami e dei fanghi in putrefazione diffusa per decine di chilometri, hanno trasformato quel Paradiso in terra, in uno scenario infernale.

In realtà, quell'emergenza si è rivelata utile non solo per lucrare sulle cattedrali di liquami, ma anche per infliggere il primo, duro colpo ad un territorio fino allora protetto da ferrei vincoli ambientali, paesaggistici, culturali e archeologici, trasformando i **Campi Flegrei da luogo unico al mondo e patrimonio dell'umanità, al set ideale per un film come "Gomorra"**: grazie a questo primo colpo, infatti, inferto dallo Stato supportato da esperti auto-referenziati dalla stessa Cassa per il Mezzogiorno (ente statale nato per contribuire alla rinascita del Sud), fu scardinata l'intoccabilità dei Campi Flegrei e aperta la strada alla loro cementificazione. Che arrivò con una seconda *emergenza gonfiata*: il fenomeno del bradisismo di Pozzuoli servito per alimentare il panico **di un improbabile "rischio terremoto"**. Per chi non sa che cosa sia, il bradisismo è un fenomeno dell'area vulcanica della Solfatara nei Campi Flegrei caratterizzata anche da "fumarole" di vapore che esalano dal terreno dove si aggiravano Totò e Ninetto Davoli nel film di Pasolini "Uccellacci e uccellini". A causa del bradisismo la terra sale o scende, ogni tot anni con lievi scosse del terreno perché quell'area è un'immensa caldera di pozzolana: un tipo di pietra che con l'aumento della pressione del magma si flette (perché è fatta di fibre) ma non si spezza. Per cui se la pressione aumenta Pozzuoli si alza, se la pressione cala Pozzuoli si abbassa. L'unico rischio è che lo strato di pozzolana si rompa. Per questo la zona è costantemente monitorata dall'Osservatorio Vesuviano, anche se il rischio si è rivelato finora abbastanza remoto, consentendo agli abitanti di Pozzuoli di "convivere" con quel "saliscendi" spesso accompagnato da lievi scosse del terreno: quando, infatti, la terra si alzava e nel porto antico di Pozzuoli scendeva il livello del mare, i pescatori allungavano le scale e gli approdi per raggiungere le barche all'ormeggio. Quando la terra scendeva facevano il contrario.

Ma improvvisamente questo fenomeno usuale e conosciuto dai "puteolani" (da "Puteoli" nome latino di Pozzuoli, dai greci chiamata "Dicearchia" o città del giusto governo che fino al primo secolo d.C. fu il principale porto dell'impero romano) diventa un incubo: era ancora cocente, infatti, il ricordo del terremoto in Irpinia del 1980, quando fra l'84 e l'85 ci fu il solito bradisismo a Pozzuoli e alcuni "esperti" insinuarono il dubbio che i sommovimenti causati dal bradisismo avrebbero potuto essere collegati a un rischio terremoto. Così, come la goccia che scava la roccia, iniziò a lievitare sulla stampa quest'ipotesi possibile, ma poco probabile: come poi dimostrarono i fatti e come

raccontai all'epoca con una lunga inchiesta su PANORAMA MESE e un'intervista al più famoso vulcanologo allora vivente, Haroun Tazieff.

Il risultato fu che i puteolani "terrorizzati" dalla rappresentazione del pericolo imminente di un terribile terremoto - avallata dal carrozzone di burocrati e pseudo scienziati presente spesso nelle "emergenze" e allora riuniti nella "Commissione Grandi Rischi" - furono convinti ad abbandonare le loro storiche case sul mare, per essere "deportati" in un enorme ghetto costruito ad hoc nei Campi Flegrei, zona ad alto pregio paesistico, storico, artistico e archeologico. Il centro storico che sorgeva su una rocca a picco sul golfo di Pozzuoli, infatti, era da anni ambito dai costruttori che volevano ristrutturarlo per farne case di pregio destinate agli abitanti della "Napoli bene" che cercavano un'alternativa accettabile all'allucinante periferia circostante il centro di Napoli. E il centro storico di Pozzuoli era il luogo ideale: panoramico, ricco di storia, vicino al capoluogo e affacciato sul mare. Unico ostacolo: i pescatori e i puteolani che in quel luogo meraviglioso vivevano da generazioni e che non erano disposti ad abbandonarlo a nessun prezzo. Così, quando se ne presentò l'occasione, furono convinti manipolando la paura di un improbabile rischio terremoto portando a buon fine il tentativo di sloggiarli, avviato in precedenza con stratagemmi diabolici per convincerli: come, per esempio, un sismografo dell'Osservatorio Vesuviano per monitorare l'area, piazzato sul tunnel della Circumvesuviana dove registrava scosse provocate non dal sisma, ma dal passaggio dei treni... Il direttore dell'Osservatorio all'epoca dei fatti fu poi "dimesso". Ma non a caso la redazione di PANORAMA MESE titolò la mia inchiesta: "Sotto le scosse c'è il trucco". La conseguenza fu un'immensa colata di cemento per diversi chilometri quadrati a Monteruscello, nel cuore dei Campi Flegrei, gettata in fretta e furia per costruire prefabbricati di pessima qualità onde proteggere i puteolani dal presunto rischio sisma. Per dare un'idea della brutalità dell'impatto su una realtà meravigliosa e delicata: è come se si allineassero prefabbricati nel Colosseo, nel Partenone o sotto l'arco di Trionfo a Parigi. Inutili gli appelli dei soliti animi nobili come Gerardo Marotta e degli intellettuali che si riconoscevano nella sua creatura, l'Istituto Italiano per gli Studi Filosofici così descritto dal grande filosofo francese Jacques Derrida :*"...presente ovunque in Europa, nell'insegnamento e nella ricerca, in progetti editoriali audaci e necessari... non conosco al mondo, oggi un progetto analogo, e altrettanto esemplare, attuato con tanta dolce ostinazione, con un tal genio dell'ospitalità. In nessun altro posto, in nessun'altra istituzione, ho trovato maggiore apertura e maggiore tolleranza, una così vigile attenzione nel tener presente contemporaneamente la tradizione culturale e le occasioni dell'avvenire"*. Inutili anche gli appelli di antesignani dell'Ambientalismo come Antonio Iannello di Italia Nostra; delle sorelle di Benedetto Croce, Elena ed Alda Croce; di archeologi ed accademici. L'operazione guidata in prima persona dall'allora preside della Facoltà di Architettura (uomo di punta del PCI) e dal ministro democristiano dei Beni Culturali (DC), andò in porto: aprendo la strada al caotico abusivismo privato e ai quartieri dormitorio divenuti sfondo per un film disperato come "Gomorra" di Matteo Garrone.

Il metodo delle "emergenze gonfiate" per sfruttare gli investimenti straordinari da gestire con poteri altrettanto straordinari fuori dalle regole, venne poi perfezionato con l'**"emergenza rifiuti in Campania e i suoi 007"**, durata 16 anni anziché i 6 mesi consentiti dalla legge. Un'emergenza alimentata proprio dai commissari straordinari succedutisi negli anni, che avrebbero dovuto risolverla. Il loro potere di deroga alla legge ordinaria, infatti, ebbe come effetto un abnorme numero di "deroghe" ad ogni legge: deroghe alla normativa sulle espropriazioni e sui vincoli idrogeologici e paesistici; alla

normativa sulla localizzazione delle opere pubbliche; alle norme in materia di rifiuti e alla normativa tecnica in materia di discariche; alle norme in materia di contrattualistica pubblica sia interna, sia a livello comunitario; alle norme sull'impatto ambientale e sulla "partecipazione" da parte dei cittadini; fino all'ordinanza del gennaio 2008 che non specifica più neanche le leggi alle quali il commissario può derogare, ma prevede addirittura una deroga generica. Così, mentre la maggioranza dei media si affannava a descrivere proteste e cumuli di immondizia, il disastro ambientale aumentava perché la vera causa non trova eco sulla stampa e non viene rimossa. E la vera causa è proprio il determinarsi di un doppio quadro dell'ordinamento giuridico italiano - un ordinamento giuridico generale, fondato sul principio di legalità, ed un ordinamento "giuridico" parallelo e illegittimo operante solo in Campania - che apre la porta alla *deregulation* più totale. Così l'emergenza si è prolungata a dismisura perché pochi avevano interesse ad arrestare una macchina macina soldi che concedeva ai commissari di spendere cifre da capogiro operando come "agenti 007": con licenza di uccidere... la legge e i diritti costituzionali che ne costituiscono le fondamenta.

**Ricordare e raccontare queste "emergenze" del passato** può servire a capire meglio il presente e come l'emergenza pandemica che stiamo vivendo non è solo un fenomeno sanitario. Nessuno nega, infatti, l'importanza di quanto accade per la salute: ma senza coglierne le implicazioni sociali, politiche ed economiche, quest'emergenza diventa incomprensibile. Il raffronto, invece, con altre emergenze fa comprendere, per esempio, che i pareri discordanti degli esperti non sono un evento eccezionale legato a un virus sconosciuto, ma anche "meccanismi" che sistematicamente si attivano in ogni emergenza, provocando sconcerto e, di conseguenza, paura nell'opinione pubblica. Ieri come oggi. A questo, del resto, dovrebbe servire l'insegnamento della Storia. Ad essere consapevoli di quanto sta accadendo per impedire - a chi ne ha l'interesse - di sfruttare la paura disinnescando la ragione: la valvola di sicurezza dell'essere umano per orientarsi nel caos; per seguire il filo della "storia pandemica", continuamente spezzato da informazioni contrastanti tendenti ad aumentare il panico e a diminuire la lucidità; per capire che quest'emergenza pandemica ha solo dimensioni maggiori - mondiali - rispetto a quelle ricordate, ma per molti aspetti è come le altre. E' una storia che si ripete... Così, ho cominciato a intuire che gli "errori" di questa pandemia non sono stati tutti casuali e giustificabili. E ne ho avuto la conferma grazie a due fatti accaduti durante la scrittura della seconda parte di questo libro. Il primo è legato a una sorta di "carta della fortuna" che mi è arrivata via Facebook. Il secondo alla "pista" aperta dall'articolo di Lancet (poi ritirato) che screditava l'idrossiclorochina (HCQ), una "molecola scomoda" perché forse troppo a buon mercato.

## La carta della fortuna arriva via Facebook

*"Mi scuso per l'intrusione, non ci conosciamo, le ho mandato una richiesta di amicizia su Facebook dopo aver letto la prima parte del suo libro sulla pandemia scaricabile on line. Sono un medico di Trieste e insieme ad un collega di Palmanova abbiamo creato a inizio marzo un gruppo WhatsApp per medici della regione sul coronavirus. Siamo quasi un centinaio... la metà o più di noi lavora ancora nel pubblico. Abbiamo da metà marzo iniziato a vederci e scambiarci opinioni anche su "zoom" con vari colleghi esperti sull'argomento nel resto d'Italia. Siamo abbastanza aggiornati su tutto quello che lei ha scritto, ma non siamo giornalisti. Chissà se un domani potremmo avere qualche punto di incontro..."* segue la firma e il recapito telefonico.

E' il 31 agosto quando rispondo: *"Sicuramente avrò piacere di avere contatti con voi per uno scambio di opinioni, proprio perché sto scrivendo la seconda parte del libro, e dopo avere messo in rete la prima, ho contattato altri medici... ma ho tanti interrogativi insoluti... Ecco il mio cellulare..."*

*"Anche lei/tu sei a Trieste? Caso mai ci possiamo prendere un caffè..."* aggiunge. Così con lui ed un altro medico ci incontriamo in un bar sul lungomare di Barcola.

E dopo l'incontro, dal loro gruppo WhatsApp, mi arriva la prima chat il 9 settembre in cui si legge: *"Ho aggiunto al nostro gruppo Serena Romano, l'autrice del libretto, scaricabile gratuitamente da internet **"Diario ragionato della pandemia"**. Ho avuto la fortuna di poterla conoscere e... la pensa come noi. Giornalista di alto spessore, basta cercare in internet. Sta scrivendo la seconda parte del libro, incentrata da quello che ho capito, sulle terapie, che lei come noi pensa che, se iniziate subito, diano ottimi risultati... Ma non sono "scientificamente provate" per cui non se ne può parlare, né le si può trovare nelle linee guida a livello istituzionale... è con noi per avere ulteriori informazioni, anche se per certi versi ne sa molto ..."* Come si dice: quando ti capita un'occasione, o la prendi o la perdi. Io l'ho presa al volo considerandola un colpo di fortuna. Perché entrare da giornalista nel gruppo "Medici FVG" (Friuli Venezia Giulia) per addetti ai lavori significa potere attingere direttamente dalla fonte tutta l'acqua che serve: un'opportunità per assistere senza veli e ambiguità, senza gli esibizionismi o le reticenze di chi parla attraverso social e media, a come si comporta veramente un gruppo di medici nell'affrontare il Covid su sé stessi, sui propri pazienti e parenti. Significa scoprire i loro dubbi e come li risolvono individuando la cura giusta: **che non è mai giusta in assoluta, ma lo diventa di volta in volta, caso per caso**, adattando le scelte dei farmaci e della dose allo stadio della malattia, alla situazione pregressa del paziente, alla sua storia di individuo anziano o giovane, diabetico, iperteso, cardiopatico o in piena forma. Un modo di procedere che, in pratica, non è altro che l'applicazione della Medicina intesa come professione dell'*arte medica*, dove tutto dipende non solo dal farmaco e dal rispetto pedissequo di protocolli o linee guida, ma dall'intuizione del medico: dalla sua abilità nel collegare le esperienze già fatte con quella dell'ammalato che si trova davanti; dalla sua capacità di pescare nel serbatoio in cui è contenuto *quello che già sa* e di confrontarlo con gli altri; dalla sua passione per quello che fa e dalla fiducia che gli riconosce il paziente. Tutti ingredienti terapeutici indispensabili alla guarigione. In altre parole ho la conferma che anche questi sono medici *disobbedienti*, perché hanno deciso di continuare a fare i medici in *"scienza e coscienza"*, **rimanendo fedeli al giuramento**

**di Ippocrate: come facevano prima del Covid e indipendentemente dal Covid.**

Dal nome del maestro di Kos che intorno al IV secolo a.C. definì i requisiti per “*praticare l'arte medica*” il testo recita infatti: “*Giuro di esercitare la medicina in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento, contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione... di non intraprendere né insistere in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati... di perseguire con la persona assistita una relazione di cura fondata sulla fiducia e su un'informazione preliminare al consenso, comprensibile e completa... di prestare, in scienza e coscienza, la mia opera, con diligenza, perizia e prudenza*”.

Nonostante le Linee Guida del Governo e del CTS, dunque, tentino di dissuaderli dallo svolgere in modo corretto il loro lavoro – cioè, raccomandando di non visitare i pazienti a casa e di non somministrare altri farmaci, oltre alla Tachipirina, prima che la malattia si aggravi - questi medici continuano a curarli come prima: a domicilio, quando serve; intervenendo con terapie efficaci il prima possibile senza attendere che i pazienti si aggravino; utilizzando i farmaci esistenti in base ai risultati ottenuti e al confronto con altri medici che - in assenza di meeting e congressi - continua in rete. Così dubbi e indecisioni sulle cure non diventano scogli insormontabili, nè occasioni per rimanere inerti in attesa di nuove *direttive emergenziali dettate dall'alto*: al contrario, come un tam tam fra indiani nella foresta, vanno e vengono le chat per scambiarsi pareri, numeri, dosi, terapie, studi e scoperte finalizzate non solo a curare al meglio ma anche a prevenire.

Ciò che caratterizza questo gruppo, infatti, è l'attenzione anche a rimedi semplici - frutto, però, di continui aggiornamenti anche a livello internazionale - per aumentare le probabilità di ammalarsi di Covid in forma lieve o di non ammalarsi affatto. Vale a dire, utilizzando la vitamina D e C, la Lattoferrina, la Quercetina, lo Zinco e tutti gli altri integratori e vitamine in grado di potenziare le difese immunitarie indebolite dal lockdown e dallo stress psico-fisico cui la popolazione è sottoposta ormai da quasi un anno. E quando un tema o un caso complesso lo richiede, si apre un webinar su zoom: ovvero, il confronto su piattaforma on line. Spesso anche di sera, quando, terminato il lavoro con i propri pazienti, comincia la discussione sui risultati ottenuti e i suggerimenti di cura condivisi.

Così l'appartenenza al gruppo, mi offre l'opportunità di seguirli “in diretta”. Il che, in questo periodo di confusione mediatica in cui di tutto si parla, tranne che di cure possibili - **come se Covid fosse una malattia incurabile** - mi dà la conferma di ciò che avevo intuito nella prima parte del **Diario: cioè, che dal Covid si guarisce se curati subito**. E questo è innanzitutto un grande sollievo. Perché la salvezza è a portata di mano più di quanto emerga dai TG: la possibilità di riaprire cinema, teatri, bar, ristoranti e di vivere - seppur in maniera responsabile - una vita quasi normale, non dipende soltanto dall'arrivo del vaccino, ma anche dall'azione di quei medici del territorio che hanno già salvato migliaia di persone. E che sono più di quanti immaginassi appena entrata nel gruppo. Perché il loro numero aumenta a mano a mano che scopro le ramificazioni e i contatti con altri che la pensano come loro in Italia e nel mondo. **Pensano, cioè, che l'unica cosa che non si deve fare con il Covid... è non fare niente aspettando che la malattia si aggravi prima di intervenire. Perché allora è troppo tardi.**

Scopro così che in tutt'Italia e all'estero sono migliaia i medici che - in piccoli o grandi gruppi, via social e whats app, postando di continuo articoli scientifici e aggiornamenti sulle cure - stanno salvando in sordina migliaia di pazienti. Dimostrando che il Covid diventa una brutta bestia se non lo si blocca **subito** - nei primi 3 giorni, ai primissimi sintomi o quasi senza sintomi - e **in tutti i modi**: cioè, adottando una combinazione

variabile di farmaci già disponibili nelle farmacie e rivelatisi efficaci non solo **per la cura** ma anche **per la prevenzione**. Ovvero: da antivirali, immunomodulanti, antibiotici, anticoagulanti, ozonoterapia e altri prodotti utilizzati per curare; alle vitamine e agli integratori per prevenire. Una strategia fondata sui **3 capisaldi - fare presto, usare i farmaci in commercio, prevenire per quanto possibile - che sembrava già vincente a marzo 2020**: quando le testimonianze raccolte in questo libro erano solo indizi che oggi, invece - aumentati anche di numero - diventano prove. Anzi *prove viventi*, in carne e ossa, rappresentate dalle migliaia di pazienti guariti dai diversi gruppi di medici collegati.

Come quelli salvati da Luigi Cavanna, l'oncologo di Piacenza – pure lui entrato nel gruppo dei Medici FVG – di cui parlai a marzo, quando era quasi sconosciuto, ma che è poi diventato una celebrità per i suoi meriti: riconosciuti, però, più all'estero che in Italia. Già ad aprile, infatti, Cavanna è diventato famoso in tutto il mondo perché insieme alla sua equipe ha combattuto il COVID casa per casa: e il suo modello di cure a domicilio gli ha fatto guadagnare la copertina del Time, intere pagine su Le Monde e il Sunday Post, nonché reportages delle tivù spagnola, norvegese e della CNN. Solo in Italia la sua popolarità nascente è stata mal tollerata. Quando con la rivista [on line "Panorama"](#) è stato fra i protagonisti della raccolta firme avviata per fare reintrodurre l'uso dell'HCQ negato dall'AIFA, Roberto Burioni ha storto il naso chiedendosi: *"Ma in fondo chi è questo Cavanna che difende un farmaco di dubbia efficacia?"*. Un'occasione persa, per Burioni, per tacere e non essere smentito: un'occasione guadagnata, invece, per chi voleva saperne di più su Cavanna, che ha postato [il suo corposo curriculum su Facebook](#) in risposta all'attacco gratuito di Burioni.

Seguo da marzo 2020, dunque, le pubblicazioni e le preoccupazioni di Cavanna: *"Cara Dr.ssa Romano, grazie per tutto ciò che scrive. Le invierò a breve i primi nostri "lavori" pubblicati su riviste censite... Scrivere una pubblicazione scientifica, continuando a lavorare ogni giorno con i pazienti, non è facile mi creda. Ma abbiamo sufficiente tenacia e cocciutaggine per competere con chi per dovere d'ufficio persegue solo la pubblicazione e non ha il "peso della cura di chi è malato"... che per me, comunque, è elemento di grande motivazione. Io riesco ad analizzare i dati e a scrivere nel fine settimana... ma come tutti i "volontari" si vince alla fine nel confronto con i "mercenari". Cosa ne dice? Buona serata"*, mi scrive in una mail del 23 giugno [che annuncia i risultati](#) degli studi che dimostrano come con l'idrossiclorochina e altri farmaci usati in maniera precoce, abbia ottenuto insieme alla sua equipe **zero morti e zero ricoveri**. Spesso, essendo un oncologo, anche su malati di cancro oltre che di Covid.

E proprio a causa di questi confortanti risultati, Cavanna, in un lungo dialogo telefonico di mezza estate, si dice preoccupato per la brutta piega che sta prendendo la pandemia a causa dei *"cattivi consiglieri"* del Governo che continuano a negare l'esistenza di cure efficaci: *"Lei dovrebbe aiutarmi a far capire al grande pubblico una cosa semplice: che cos'è il Covid? E' innanzitutto una malattia virale che, come tutte le malattie infettive, più è curata precocemente, meno peggiora. Da quando in qua per le malattie virali si apprestano gli ospedali? Si è fuori di testa se si fanno grandi reparti di rianimazione per curare una malattia virale da curare, come tutte, il più presto possibile, a casa. In questo senso ho puntato fin dall'inizio sull'idrossiclorochina: e come me, migliaia di medici in tutto il mondo. Perché a differenza di altri farmaci o terapie, è l'unica che consente un trattamento semplice e precoce a domicilio, dove con due pastiglie al giorno per una settimana la gente può migliorare e guarire. Punto. Tutte le altre terapie invece vanno fatte in ospedale, somministrate in vena, monitorate... Ma se impegniamo risorse umane ed economiche per curare una malattia virale in ospedale vuol dire che qualcosa*

*non funziona. È chiaro che le rianimazioni sono necessarie. Ma valutare solo le strategie di cura ospedaliera è uno sbaglio colossale. E' come se ogni autunno, con l'arrivo dell'influenza, pretendessimo di curarla in ospedale aumentando i posti letto! Salterebbe qualsiasi sistema sanitario.... Perciò sono preoccupato che da noi AIFA abbia vietato l'uso dell'HCQ con la motivazione: "Mancano le verifiche tramite studi randomizzati che consentano di verificarne l'efficacia". **Ma non si è mai sentita una motivazione del genere in un'epidemia!** Perché gli studi randomizzati hanno bisogno di anni per dare risposte attendibili. E guardi che per me come oncologo, gli studi randomizzati sono il pane quotidiano: noi oncologi ci muoviamo solo con studi randomizzati. Ma il Covid è una situazione di emergenza: per cui dare una risposta ordinaria come lo studio randomizzato, a una situazione straordinaria **è un errore metodologico che rischiamo di far pagare con la morte di migliaia di persone.** E come lei sa io queste cose le ho dette a marzo alla stampa..."*

In effetti non solo Cavanna lo ha detto sin da allora, ma non è stato nemmeno l'unico. Anche altri medici che sono intervenuti subito utilizzando l'HCQ o farmaci simili, hanno registrato **lo stesso bilancio: zero morti e zero ricoveri in ospedale**, sia lavorando da soli che in gruppo. Come i "Medici in Prima Linea" che ritrovo a metà novembre, quando un amministratore del gruppo Medici FVG, chatta: "Ho aggiunto al nostro gruppo il dottor Andrea Mangiagalli da Milano. Anche lui lavora come noi con il suo gruppo "Medici in Prima Linea"..."

Chiedo allora via chat sul gruppo: "Ma siete proprio quei "Medici in Prima Linea" di cui ho scritto nella prima parte del mio libro?"

"Sì siamo noi... Non so del tuo libro.. dove lo trovo?", chatta a sua volta il dottor Mangiagalli che sembra materializzarsi sulla chat come lo spiritello venuto fuori dalla lampada di Aladino. E in effetti, battute a parte, per me partecipare al gruppo è un po' come disporre di quella lampada magica da utilizzare quando serve: anche perché sulla chat sono memorizzati tutti i numeri di cellulare dei partecipanti che, così, posso contattare per riannodare fili, approfondire storie, porre quesiti, ottenere riscontri scientifici, scoprire nuove tesi.

"Ora siamo diventati 190 medici presenti in tutte le regioni d'Italia e collegati insieme dalla Sicilia al Friuli. Lavoriamo tutti allo stesso modo scambiandoci dati ed esperienze - mi racconta al telefono Andrea Mangiagalli, quando lo chiamo per saperne di più - Ho fatto il gruppo whats app "[Medici in prima linea](#)" insieme a Laura Frosali e ad altri medici, fra i primi in Italia a curare il Covid. Inizialmente avevo provato anche su Facebook: ma lì è difficile lavorare senza intrusioni e censure. All'inizio, infatti, ho discusso su un gruppo Facebook di medici, il caso di mia moglie ammalatasi di Covid... Ricordo ancora che erano le 9 del mattino della settimana prima di Pasqua e che lei aveva la febbre alta quando, dall'ecografia fatta a casa con un ecografo portatile, si vedeva una massa grossa come un'arancia in uno dei polmoni. Ho postato il tutto su Facebook per discuterne con i colleghi: ma si è scatenato un putiferio. Me ne hanno dette di tutti i colori: che non era covid perché il polmone colpito era solo uno; che avrei dovuto portarla di corsa in ospedale ed ero pazzo a tenerla a casa e curarla con l'HCQ e gli antibiotici; che se i "grandi" della Medicina mi avessero visto, si sarebbero rivoltati nella tomba....Ho provato a rispondere che accettavo tutte le critiche perché eravamo fra colleghi: anche se qualcuno era andato sopra le righe... Poi ho lasciato perdere per occuparmi di mia moglie: che ho curato ed è guarita senza andare in ospedale! Così dopo un mese ho postato su Facebook la sua tac e il suo test sierologico, per dimostrare che le mie non erano idee balzane e che mia moglie era guarita grazie a quei farmaci. Altro putiferio ancora più violento. Così ho smesso di discutere su Facebook di diagnosi e

*terapie: anche perchè, appena lo fai Facebook ti censura". In effetti, pure a un medico toscano del gruppo Medici FVG, è stato oscurato il profilo e rimosso un post con consigli terapeutici non *allineati*. Perciò, fra i tanti che cominciano ad averne abbastanza dei comportamenti di Facebook, [48 Stati Americani](#) hanno fatto causa al social per pratiche antitrust: l'accusa è di avere fatto terra bruciata di piattaforme per i competitor... "di avere usato la propria posizione dominante e il potere monopolistico per schiacciare i rivali e battere la concorrenza, culminato con l'acquisto di Whats app e Instagram..." Ecco perché anche i medici che finora si scambiavano consigli e terapie su whats app, stanno migrando su altre piattaforme.*

Eppure Facebook è stato fondamentale (e lo è tuttora) per "Medici in Prima Linea" grazie all'avvocato napoletano Erich Grimaldi, che tramite Facebook ha creato una rete autostradale virtuale per permettere ai medici di comunicare meglio fra di loro. E' il gruppo facebook **#terapiadomiciliarecovid19** formato da gruppi di terapia domiciliare di riferimento in ogni regione italiana, che mette in contatto gli specialisti che in Italia, in Francia, negli Stati Uniti, in Brasile, ecc. lavorano allo stesso modo, sia individualmente che in gruppo. *"Erich Grimaldi ha creato la "rete" grazie alla quale abbiamo iniziato a scambiarsi informazioni utili per curare tempestivamente i nostri pazienti – conferma Mangiagalli - Compresa quella sui materiali adatti per visitarli a casa e su come si indossano e si levano 'in sicurezza'. Era nata anche l'idea di creare in ogni Comune un ambulatorio in cui, a turno, i medici potessero visitare i pazienti degli uni e degli altri: perchè il paziente in prima fase può tranquillamente andare in un ambulatorio dove c'è solo lui e il medico, si fa visitare e poi torna a casa. Ma il nostro suggerimento non è stato raccolto dai referenti istituzionali".* Sta di fatto che dopo essersi conosciuti sulla rete di Facebook, i "Medici in prima linea" hanno continuato via whats app a veicolare consigli e cure: *"Nei giorni terribili, siamo stati raggiunti da pazienti e cittadini da tutt'Italia - aggiunge il dottor Mangiagalli - Una sera, un senatore mi ha chiamato disperato perchè la moglie aveva già perso padre e madre, e cominciava ad avere gli stessi sintomi... e gli ho mandato subito la ricetta con la prescrizione. Così nella prima fase abbiamo trattato con il nostro gruppo circa 300 pazienti, dei quali **nessuno è andato in ospedale e nessuno è morto. Questo è un dato certo.** Solo una paziente è stata ricoverata per 7 giorni dopo i quali ce l'hanno rimandata a casa, con l'indicazione di proseguire con la terapia ospedaliera ... che era la stessa già fatta a domicilio e continuata in ospedale! Oggi non abbiamo neanche più bisogno di visitare il paziente o di aspettare il risultato del tampone per avere la conferma della diagnosi di Covid: a furia di contattarne decine al giorno, riusciamo ad azzeccarla anche per telefono perchè conosciamo tutti i sintomi, anche quelli più rari, non elencati nelle Linee Guida istituzionali. Così i pazienti possono iniziare la terapia SUBITO che è il dato fondamentale per aumentare le probabilità di guarigione. A volte per aspettare i risultati del tampone (spesso anche inattendibili) passano 3 o 4 giorni: ma sono troppi, come ci ha insegnato l'esperienza. Al primo sintomo sospetto meglio iniziare subito la cura condivisa - a base di un paio di compresse di HCQ e di Azitromicina – che ci ha consentito di verificare la conclusione della malattia dopo neanche 10 giorni".*

E quest'approccio tempestivo funzionava 10 mesi fa perfino in Valseriana dove a marzo c'è stata un'ecatombe tale da avviare l'indagine della magistratura su denuncia dell'associazione di familiari delle vittime "Noi denunceremo". Un'ecatombe che sembra non avere toccato, però, i pazienti di Riccardo Munda, il medico di base siciliano che da 7 anni vive a Nembro, in Lombardia: dopo avere provato sulla propria pelle il Covid ed esserne uscito, è andato in giro per visitare a casa i pazienti facendosi scudo

dell'immunità conquistata curando "in solitaria" centinaia di **malati senza avere un morto**, come ha raccontato lui stesso durante un incontro su piattaforma zoom con i Medici FVG: *"Mi hanno chiamato da Torino, Brescia... Mi contattano grazie al passaparola o su Facebook. A marzo ho capito il ruolo decisivo dell'assistenza a domicilio e della tempestività. Mi capita di andare a visitare qualcuno che magari ha chiamato il suo medico, il 118 o la guardia medica e non ha visto arrivare nessuno. Così sono andato apposta anche in Sicilia per curare mia madre...che nessuno voleva visitare"*.

**Ma perché non volevano visitarla o suggerivano solo Tachipirina in attesa dell'evolversi della malattia?** La risposta a questo interrogativo è la conferma di quanto intuito finora che arriva anche dalla frequentazione del gruppo Medici FVG: per cui diventa anche la chiave per rispondere a quasi tutti gli interrogativi rimasti sospesi finora.

**Molti medici che non hanno visitato i loro pazienti o hanno prescritto solo Tachipirina, lo hanno fatto seguendo le indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dell'Agenzia Italiana per i Farmaci (AIFA) e degli altri esperti scelti dal Governo e riuniti nel Comitato Tecnico Scientifico (CTS):** i quali, per la cura domiciliare del Covid, indicano "vigile attesa" a distanza e "paracetamolo" o Tachipirina; sconsigliano qualsiasi farmaco per le "forme lievi" prima di un aggravamento che lo giustifichi; hanno vietato l'HCQ e qualsiasi altro rimedio la cui efficacia contro il Covid non sia stata provata da RCT: sigla che sta per Studi Randomizzati e Controllati (RCT dall'inglese Controlled Randomized trial)..."

**I medici che, invece, non hanno seguito queste indicazioni ritenendole sbagliate o dannose per i propri pazienti, hanno percorso un'altra strada terapeutica: quella della cura immediata con i farmaci già in commercio (compresa l'HCQ), agendo in maniera diversa ma lecita** in quanto avvalorata dal giuramento di Ippocrate che obbliga il medico ad *"agire in scienza e coscienza contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione"*.

Tutto qui? Non proprio. Perché, in realtà, dietro quella che sembra solo una diversa scelta terapeutica, c'è un dilemma terribile di fronte al quale gli esperti del Governo hanno messo l'intera classe medica, spaccandola al suo interno e innescando gravi conseguenze a livello sanitario, economico, politico e sociale.

In Italia, infatti, la decisione dei medici di seguire o meno le indicazioni del CTS, ha reso più netta la "doppia realtà" emersa subito nella prima parte di questo **Diario**: la "**realtà del Covid indomabile**" e la "**realtà del Covid domato**".

In particolare, la *realtà del Covid indomabile* sostenuta dal Governo e dai suoi esperti ha sempre ritenuto che il distanziamento sociale sia l'unica e la migliore strategia possibile contro il virus, in attesa del vaccino che ci riporti alla normalità: e continua a ritenerlo. Tant'è vero che dopo due mesi di lockdown, ha rimesso di nuovo l'Italia in quarantena anche se tinta di giallo, rosso o arancione. La *realtà del Covid domato* portata avanti, invece, dai medici che sono riusciti a curare tempestivamente e guarire i propri pazienti dimostra che in attesa della messa a punto dei vaccini, il Covid si può contrastare con i farmaci disponibili invece di aspettare che il malato si aggravi o muoia.

**Due realtà contrastanti ma entrambe esistenti, concrete, innegabili** che hanno spaccato in due la società, diviso l'umanità in due fronti a seconda di chi condividesse l'una o l'altra. Perché sono due realtà contrastanti anche negli obiettivi e nel modo di raggiungerli. Nella realtà del *Covid indomabile*, infatti, l'uscita dalla pandemia è lontana, per cui è necessario **protrarre lo "stato di emergenza"** con i relativi provvedimenti restrittivi: ovvero, la vita sospesa, le città che si svuotano, i negozi che chiudono, le

mascherine all'aperto, lo stato di allarme, il coprifuoco e i "positivi al tampone" (con o senza sintomi) in quarantena a casa con Tachipirina o in osservazione in ospedale in attesa dell'evolversi della malattia. Nella realtà del *Covid domato*, invece, **l'uscita dalla pandemia e dallo "stato di emergenza" è vicina** e consentirebbe di tornare subito alla vita quasi normale, se si utilizzassero **tempestivamente e su larga scala** le cure domiciliari e i farmaci già reperibili nelle farmacie per prevenire e curare la popolazione.

Due realtà contrapposte delle quali quest'ultima sembra ragionevole anche sul piano costi/benefici. Ragionevole, cioè, a livello sanitario, se si valutano non solo i morti e i malati di Covid, ma anche i decessi per la mancata cura di altre malattie; ragionevole a livello economico, se si calcolano le enormi risorse messe in campo per le cure ospedaliere del Covid; a livello sociale, se si valutano i danni irreversibili alla società italiana, alla sua tenuta e al suo patrimonio che nessuna contromisura economica finanziata dall'Europa potrà mai compensare.

Ciononostante, la realtà irragionevole del "*Covid indomabile*" finora ha continuato a prevalere sulla realtà del "*Covid domato*". Come mai? Che cosa soffoca le voci fuori dal coro che non sono contrarie a un futuro vaccino, ma chiedono – **in attesa del vaccino che ancora non c'è – di curare subito il Covid con i farmaci già disponibili?**

Ancora una volta, per trovare una spiegazione di **quello che sta accadendo da noi, bisogna estendere lo sguardo al resto del mondo**: perché dappertutto le due realtà contrastanti del *Covid "indomabile"* e "*domato*" sono diventate simili a due schieramenti opposti in guerra. E non solo in senso metaforico. L' "emergenza sanitaria", infatti, sta prendendo sempre più i contorni di un conflitto bellico: sia per il ricorso a misure quali il coprifuoco, l'esercito, la dissuasione dei comportamenti con l'intimidazione; sia perché anche i farmaci utilizzati sono diventati *armi* per combattere un'emergenza divenuta anche politica, economica e sociale.

In questo senso **la storia di un farmaco come l'idrossiclorochina è emblematica** per comprendere che cosa si agita dietro il conflitto pandemico: perché rivela quanto l'HCQ sia stata avversata dallo schieramento politico ed economico più forte, che ne ha **vietato l'utilizzo per presunta pericolosità attraverso organismi come l'OMS nel mondo, e l'AIFA in Italia**; e quanto, invece, sia stata difesa dallo schieramento apparentemente più debole formato dai medici che l'hanno utilizzata con successo e che, proprio per questo, sono ricorsi anche alla raccolta firme e alla magistratura per abolirne il divieto emesso da AIFA.

Uno schieramento definito *apparentemente più debole* non a caso: perché fin dall'inizio della pandemia, lo schieramento dei medici decisi a non abdicare al proprio ruolo, è stato considerato marginale dal Governo e dal CTS, anche se rappresenta la realtà che più dovrebbe contare in un'epidemia. Ovvero, **la "realtà clinica" descritta da chi cura direttamente i pazienti**, ma che in questa emergenza pandemica, invece, è stata la meno ascoltata rispetto ad altre categorie di esperti (virologi, epidemiologi, microbiologi presenti sui media): nonostante i medici siano gli unici in grado di impedire che chi viene contagiato si aggravi al punto da intasare gli ospedali o finirci quando è ormai troppo tardi. Perciò qui si innesca l'altra "pista" di questa indagine giornalistica: che parte dalla vicenda di cui è stata protagonista l'HCQ nell'articolo di Lancet, rimasta sospesa alla fine della prima parte del libro, come una sorta di ponte Morandi affacciato sul vuoto. Una storia da riprendere, dunque, non solo per riallacciare il filo del racconto spezzato a maggio, ma anche per costruire un ponte metodologicamente stabile sul quale far viaggiare le informazioni e gli avvenimenti pandemici raccolti: distinguendo fra dati scientifici fondati su solidi pilastri, e dati ammantati "di scientificità" ma poggiati su sabbie mobili.

## “HCQ”: storia di una molecola “scomoda”

Per capire come mai alla fine del 2020 ci siamo ritrovati più o meno nella stessa situazione “carceraria” dell’inizio dell’anno, vale la pena riallacciarsi a quando la rivista Lancet, a fine maggio 2020, definisce l’HCQ “pericolosa” e “letale” per il Covid, per cui l’OMS ne interrompe lo studio sui pazienti ospedalizzati e l’AIFA ne vieta l’utilizzo per il Covid. La pubblicazione di Lancet, come si sa, **solleva ben presto un grosso scandalo**: perché scienziati di varie nazionalità la contestano per le sue inesattezze, la scarsa autenticità del database, la metodica e la mancanza di trasparenza. **Così dopo 13 giorni, l’articolo di Lancet viene ritirato**. Purtroppo, però, i dubbi sull’efficacia e la pericolosità dell’HCQ permangono: come accade spesso con le smentite, che raramente hanno la stessa eco della notizia contestata. Ma oggi, a distanza di mesi e alla luce dei fatti accaduti nel frattempo, l’errore di una rivista così autorevole fa sorgere un dubbio: **quell’articolo è stato solo un passo falso o il segnale di una strategia più ampia, mondiale, contro le cure per il Covid?**

Fra quelli che se lo sono chiesto, c’è un lungo [articolo di Issues Science and Technology](#) che, anche se nato nel contesto americano, tratteggia scenari simili a quelli disegnati altrove. Riporta, infatti, la denuncia di alcuni scienziati dell’Università di Oxford su come la *“politica e la disinformazione stanno distruggendo i tentativi di combattere COVID-19 con i farmaci disponibili, in attesa di futuri vaccini: “Avevamo programmato di testare se un farmaco potesse rallentare l’infezione da coronavirus, ma gli interessati si sono ritirati dallo studio: tutto perché il farmaco è l’idrossiclorochina”*. E aggiunge lo scienziato di Oxford **Nick White**: *“Non credo che ci sia stato un farmaco più controverso... la disputa si è talmente politicizzata da annebbiare ogni barlume di scientificità. Alimentata dall’approvazione di populistici di destra come l’ex presidente americano Donald Trump e il brasiliano Jair Bolsonaro, molti scienziati e oppositori di Trump e Bolsonaro definiscono l’HCQ inutile o pericolosa. Per cui la diatriba si è estesa ben oltre le riviste mediche nel valutare rischi e benefici”*. Ecco perché, secondo Issues Science, l’utilizzo di HCQ è andato scemando nel corso del 2020, non tanto in relazione alla sua efficacia, ma alle influenze della politica e degli affari: *“...All’inizio della pandemia, i ricercatori del Wuhan Institute of Virology in Cina prevedevano: “Il farmaco ha un buon potenziale per combattere la malattia”... Anche un team di scienziati in Francia ha utilizzato la promettente combinazione HCQ+antibiotico azitromicina ... e i risultati hanno fatto scalpore a livello globale... tanto che a marzo, [un sondaggio di Sermo Real Time Covid-19 Barometer](#) (una rete di social media per medici di tutto il mondo) ha rilevato che un terzo dei 6.227 medici intervistati aveva prescritto HCQ ... definendola “la terapia più efficace contro COVID-19...”* E Sermo, consultato di nuovo il 27 maggio, rilevava, che per oltre 20.000 medici in 30 paesi era il primo farmaco usato per i pazienti COVID-19 e il più diffuso su larga scala.

Come si è visto, anche in Italia è stato il farmaco più usato dai medici per curare i pazienti a casa. Tant’è vero che, quando l’AIFA a maggio ne ha vietato l’uso per il Covid, sono scattate proteste, una raccolta di firme su *Panorama* on line e addirittura una denuncia contro AIFA di un gruppo di medici ai quali, a dicembre 2020, il Consiglio di Stato ha dato ragione: obbligando AIFA a ritirare il divieto all’uso dell’HCQ per il Covid, con una sentenza che ha fatto scalpore non solo in Italia.

Tutto il clamore sollevato finora, però, non è servito ancora a fare chiarezza. E anche l'ordinanza del Consiglio di Stato rischia di rimanere solo la punta di un iceberg se non emerge quello che c'è dietro: *"Le case farmaceutiche e le Agenzie che autorizzano i farmaci hanno messo al bando l'HCQ forse influenzate dagli affari - suggerisce ancora Issues - il costo dell'HCQ, infatti, è bassissimo, il suo brevetto è scaduto e i margini di guadagno per Big Pharma sono inesistenti..."* per cui *"il costo poco interessante è stato il maggior deterrente nel suo utilizzo"*. Un'affermazione cinica, ma verosimile se si valutano gli interessi che si scatenano solitamente nelle "emergenze" e che per la pandemia hanno innescato un giro di affari senza precedenti per la ricerca dei vaccini, [come racconta anche Report nella puntata del 16 novembre](#). Per cui questo crogiolo di interessi economici e politici scatenati da una pandemia globale, rende difficile distinguere nel calderone di dati sparati dai media, quelli fondati da quelli inattendibili finendo per alimentare il dubbio: *"E' possibile valutare con precisione il valore clinico dell'HCQ attraverso la nebbia dell'incertezza, dell'urgenza, degli interessi e della politica...?"*

Ebbene, è possibile, a patto che si proceda con la cautela di chi avanza nella giungla fra sabbie mobili e piogge torrenziali che fanno perdere le tracce del percorso: un po', come procedevano i soldati americani nelle foreste del Vietnam. Un paragone scelto non a caso: perchè come le **insidie naturali** della giungla hanno contribuito ad allungare la durata di quella guerra, così rischia di allungarsi la durata della pandemia per le **insidie metodologiche** contenute negli studi contro i farmaci dimostratisi efficaci a combattere il Covid. A cominciare da quelli che hanno etichettato HCQ "pericolosa" e "inefficace": come, appunto, l'analisi inattendibile di Lancet; o quella di altri due studi "insidiosi", **Recovery** e **Solidarity**, particolarmente significativi per le loro dimensioni e per l'autorevolezza che è stata loro attribuita dall'AIFA e dall'OMS. Il primo, **Recovery**, è finanziato da due "corazzate farmaceutico-umanitarie": dalla Fondazione di Melinda e Bill Gates, e dalla Wellcome Trust "la grande casa farmaceutica fondata nel 1936 da sir Henry Wellcome, poi trasformata in Glaxo e dopo la fusione con SmithKline tornata alla sua denominazione originaria, Wellcome con l'aggiunta di Trust "biomedicale" "dedito ad opere caritatevoli". Al progetto Recovery promosso nel Regno Unito collabora anche Mastercard. Il secondo, "**Solidarity Clinical Trial for Covid-19 Treatments**", invece, è un conglomerato di molti studi nazionali sui trattamenti per Covid-19 guidato e coordinato proprio dall'OMS: *"oltre 3500 pazienti ammessi allo studio... tramite 400 ospedali che li hanno reclutati attivamente. Complessivamente, oltre 100 paesi hanno aderito o manifestato interesse ad aderire al processo e l'OMS ne sta attivamente sostenendo 60 ..."* **Due studi molto critici** verso HCQ che, perciò, ne hanno stroncato l'utilizzo. Due studi a loro volta **molto criticati** per le insidie metodologiche che contengono nel sostenere la *pericolosità* e l'*inefficacia* dell'HCQ le quali, come spada di Damocle, hanno pesato sul farmaco limitandone l'uso: fino a quando l'11 dicembre 2020 il Consiglio di Stato italiano lo ha ripristinato definendo infondata sia la *pericolosità* e che l'*inefficacia* dell'HCQ.

La storia dell'idrossiclorochina (conosciuta anche con il nome commerciale di *Plaquenil* e con la sigla HCQ) inizia negli anni '30, quando i chimici svilupparono un farmaco contro la malaria (il chinino) tratto dalla corteccia dell'albero di china in Sud America e da allora utilizzato anche su pazienti con malattie autoimmuni quali lupus o artrite reumatoide. **Non è, dunque, una molecola nuova.** Quanto alla sua pericolosità, al contrario, è un medicinale utilizzato da circa un secolo e considerato sicuro da milioni di medici nel mondo, consci dei possibili effetti collaterali e di come prevenirli. Perciò se non è

pericoloso o letale per chi lo usa per tutta la vita, come può esserlo per chi lo prende contro il Covid solo per una settimana? **Tutti quelli che hanno criticato HCQ, non hanno mai risposto a questa domanda.** Quanto alla sua efficacia: i medici che hanno usato HCQ con successo contro Covid - dall'Europa all'India, dal Brasile all'America - hanno sempre dichiarato che il **"come"** e il **"quando"** viene somministrata fa un'enorme differenza sul risultato: perchè le *dosi* prescritte, lo *stadio della malattia* (all'inizio o in fase avanzata), la *combinazione con altri farmaci* (come l'antibiotico) sono **FONDAMENTALI per far pendere l'ago della bilancia dal lato della guarigione o dell'insuccesso.**

Così, proprio basandosi su queste differenze, sono stati prodotti numerosi studi in questi mesi che ne hanno dimostrato l'efficacia. Fra questi, quello del medico francese Didier Raoult insieme a esperti provenienti da Italia, Cile, Brasile e India, che hanno analizzato e demolito in dettaglio lo studio **Recovery** diventato, nel frattempo, uno degli studi principali sul quale l'OMS ha basato a giugno la decisione di sospendere l'uso dell'HCQ per il COVID-19 sollecitando tutte le agenzie del farmaco a fare altrettanto. Va ricordato che il professor Didier Raoult è il virologo che vanta l' "indice H" più alto del mondo (175 punti): un valore concepito come indicatore di qualità individuale della produzione scientifica, che permette la valutazione del valore globale (produttività + impatto) della carriera di un ricercatore. Ebbene, come si legge nella [premessa dello studio di Raoult e colleghi](#): *"Recovery è uno studio condotto nel Regno Unito in 175 ospedali dove furono arruolati circa 11.500 pazienti con sintomi respiratori più o meno gravi e polmonite interstiziale: tutti pazienti, dunque, nella cosiddetta seconda o terza fase della malattia nella quale l'HCQ è poco efficace..."*, esordisce l'analisi che *"proprio per agevolarne la comprensione"* passa a *"descrivere il COVID-19 nelle sue tre fasi di evoluzione..."*

Eccone la sintesi: *"Nella prima fase della malattia il virus entra nel nostro organismo e si riproduce all'interno delle cellule, senza sintomi o con i classici sintomi influenzali (malessere, febbre, tosse secca ecc): la sua prognosi è ottima e si manifesta nell'85% dei contagiati. La seconda fase è quella che colpisce i polmoni, provoca una prima risposta infiammatoria e sintomi respiratori anche importanti: la prognosi è variabile e spesso è necessario il ricovero ospedaliero. La terza fase, che colpisce pochi pazienti, è caratterizzata da una iper risposta infiammatoria (la nota tempesta di citochine) e la prognosi è severa. Ebbene l'OMS non ha mai dato protocolli da applicare per COVID-19":* **nessuna indicazione dall'OMS, dunque, per curare Covid: né generica, né per le singole fasi.** E vale la pena ribadirlo perché, come sottolineano gli autori: *"Ciò nonostante... già a Marzo 2020, per affrontare ciascuna delle tre fasi, è stata utilizzata una combinazione di farmaci simile, se non addirittura coincidente, in più parti del mondo.* Cioè, un approccio con farmaci ad azione immuno-modulante e antivirale...abbinando l'HCQ all'antibiotico azitromicina... Poi, all'aggravarsi dei sintomi in seconda e terza fase, si aggiungevano cortisone ed eparina a basso peso molecolare (EBPM). E a macchia di leopardo, il plasma iperimmune di persone guarite. **Si è assistito così a un fenomeno forse unico nella storia della Medicina: cioè a una convergenza della pratica medica a livello mondiale, basata sulle evidenze cliniche sperimentate sul campo.** Perché pur in assenza di una direttiva dell'OMS, le esperienze nazionali dell'intero pianeta convergevano verso il medesimo approccio". Una convergenza non casuale. Al contrario: *"Questo utilizzo clinico a livello internazionale ha fondamento nei numerosi studi dell'ultimo decennio sull'efficacia antivirale dell'idrossiclorochina contro il virus Sars, di cui il SARS-CoV-2 è parente stretto".* Perciò su *"questi studi si è basata la strategia terapeutica utilizzata per esempio nell'IHU*

*Méditerranée Infection a Marsiglia in Francia ( di cui Didier Raoult è il Direttore e dove ha strenuamente applicato e difeso questo tipo di approccio clinico ndr. ) e in tutte le realtà che si sono ispirate a tale esperienza. Inoltre gli specialisti in patologie respiratorie, conoscevano il sinergico funzionamento tra i suddetti principi attivi e quelli di specifici antibiotici con attività immuno-modulante e con anti-coagulanti, fondamentali per curare sintomi simili a quelli da SARS-CoV-2”.*

**Niente improvvisazioni, dunque, in Francia, in Italia e nel resto del mondo quando già a marzo scorso HCQ diventa protagonista della cura contro il Covid** grazie anche ai suoi 3 valori aggiunti: è un farmaco a basso costo commercializzato in ogni angolo del mondo, compresi i paesi poveri; è somministrabile facilmente a casa nella prima fase della malattia; **preso nelle prime 72 ore può bloccare il Covid sul nascere** sbarrando la strada alle fasi gravi dell’infezione. Perché, allora, non è stata utilizzata a tappeto? Soprattutto per i dubbi sulla sua efficacia e pericolosità sollevati e diffusi da studi come “Recovery”: che oggi, però, si sono rivelati inattendibili, grazie anche ad analisi come quella di Raoult e colleghi, che ne hanno contestato “i 3 punti fondamentali”: la somministrazione in fase avanzata della malattia, la monoterapia a base di sola HCQ, la posologia eccessiva”.

*“Recovery è uno studio condotto su pazienti con sintomi respiratori più o meno gravi nella seconda o terza fase della malattia nella quale l’HCQ è poco efficace... come evidenziano le esperienze cliniche sul territorio mondiale” - spiega Raoult contestando in Recovery **la somministrazione dell’HCQ in fase avanzata** - “L’utilizzo precoce è motivato dai meccanismi di azione antivirali e immuno-modulanti dell’HCQ che vanno sfruttati nella prima fase della malattia per permettere al farmaco di esplicare le sue proprietà nel momento in cui sono richieste. Ovvero, quando avviene la replicazione virale e la reazione del sistema immunitario che HCQ contrasta in modo fisiologico, modulando e non sopprimendo la risposta infiammatoria, e impedendo l’insorgere della tempesta citochinica...”*

**Dopodiché passa a demolire il secondo punto: l’utilizzo dell’HCQ da sola.** *“L’efficacia dell’HCQ viene aumentata se abbinata con l’antibiotico azitromicina usato non solo per la sua azione antibatterica... ma perché HCQ e azitromicina sono entrambi immuno-modulatori e prevengono in modo sinergico gli effetti della massiccia infiammazione indotta da COVID-19: cioè, sono due farmaci diversi ma con attività simili che lavorano in sinergia. Inoltre, l’azitromicina ferma la produzione di citochine che innesca l’infiammazione polmonare potenzialmente letale per i pazienti COVID-19... Come altre patologie, dunque, anche SARS-CoV-2 può essere affrontato in ogni fase con strumenti adeguati alla sua gravità... ma non certo in monoterapia”.*

Demolito così anche il secondo pilastro, **non rimane che il terzo: la dose di HCQ somministrata** ai pazienti oggetto di studio. **“Una posologia eccessiva** che non trova giustificazione nella pratica clinica conosciuta, né in letteratura, rispetto alle dosi utilizzate abitualmente per le patologie di riferimento (malaria, lupus, artrite reumatoide). E poiché ogni farmaco è sicuro se usato a dosaggi stabiliti, ma diventa potenzialmente letale in dosi superiori... **l’alta mortalità** dei pazienti registrata dallo studio Recovery, sembra dipendere non dall’HCQ in quanto tale ma **“dall’alto dosaggio utilizzato... 2.400 mg di idrossiclorochina nelle prime 24 ore di trattamento... Aggiungendo alla dose iniziale, somministrazioni di 400 mg ogni 12 ore per altri 9 giorni, per un totale complessivo di 9,6 gr di farmaco in 10 giorni”.** Giusto per confrontare

queste dosi con quelle di HCQ usate normalmente: il gruppo del prof. Raoult in Francia ha usato fra 400 e 600 mg al giorno, per un massimo di 10 giorni, in 1.061 pazienti, riportando 8 decessi e un tasso di mortalità dello 0,75%. in Italia è per lo più 400 mg al giorno. *"Si può quindi affermare che nello Studio Recovery l'HCQ è stata utilizzata in dose non terapeutica e non comprensibile in relazione alla pratica medica... perciò, appare di dubbia validità negare a un farmaco capacità curative sulla base di un uso improprio".* **E concludono gli autori:** *"Lascia ancora una volta perplessi il fatto che l'OMS si basi - come fece con The Lancet - su studi che trattano il Covid come una patologia completamente sconosciuta nelle sue manifestazioni ed evoluzioni cliniche. La totale assenza di un approccio medico-clinico dello Studio Recovery, **deve spingere l'OMS a riconsiderare le decisioni prese in conseguenza a tale studio per non farsi carico della responsabilità di un aumento di decessi nel mondo.** Sottrarre un farmaco, dimostratosi sicuro e di accertata efficacia nella fase iniziale di malattia, contribuisce ad aumentare le morti di persone che avrebbero potuto essere curate e guarite, e a prolungare la pandemia..."*

Queste critiche piovute su [Recovery](#) hanno diversi punti in comune con quelle fatte da diversi altri studi e rivolte anche a [Solidarity](#): l'insieme di studi nazionali sui trattamenti per Covid promosso e coordinato proprio dall'OMS. In particolare, il sito americano "[Age of Autism](#)" dedicato alla salvaguardia e alla salute dei bambini, attira l'attenzione sui dosaggi troppo alti utilizzati in entrambi gli studi per testare l'efficacia dell'HCQ, a seguito dei quali sarebbe **aumentata in maniera abnorme la mortalità dei pazienti arruolati.** *"Mentre stavo completando questo Report - scrive l'autrice, dottoressa Meryl Nass - la FDA ha annunciato che stava revocando la sua autorizzazione all'uso emergenziale dell'HCQ per il Covid-19, perché i "benefici noti e potenziali" non superano più i rischi del farmaco. E tutti coloro che l'hanno vietata, hanno giustificato questa posizione citando anche i dati degli studi "Recovery" e "Solidarity" dell'OMS, nei quali, però, l'HCQ è usata in una dose non terapeutica, tossica e potenzialmente letale".* Di qui l'inquietante interrogativo sollevato dalla dottoressa Nass: è mai possibile che l'OMS non fosse a conoscenza del dosaggio anomalo somministrato ai pazienti reclutati per questi studi e non ne abbia tenuto conto? Ecco, alcuni passaggi del [report](#) che solleva questo terribile dubbio: *"Nell'elenco dell'OMS dei farmaci da sottoporre a studi **le dosi non sono state specificate....** la citazione dal rapporto dell'OMS sul dosaggio indica il numero di milligrammi per compressa, ma non il numero di compresse da utilizzare... E stranamente le dosi non sono state specificate, neanche nella [consulenza dell'OMS](#) fornita da 4 esperti l'8 aprile proprio sul dosaggio della cloroquina. Tant'è che, nonostante nell'introduzione del rapporto sull'incontro, si legga: "Questa riunione è stata convocata per discutere l'adeguatezza della scelta delle dosi per lo studio" la questione dei dosaggi, rimane poco chiara e discordante anche dopo l'incontro..."* Inoltre *"L'agenzia ufficiale di ricerca medica dell'India (ICMR) aveva scritto all'OMS segnalando che le dosi di HCQ utilizzate nello studio Solidarity erano in realtà 4 volte superiori alle dosi utilizzate in India. E anche Singapore era stata riluttante a partecipare alla sperimentazione dell'OMS a causa delle dosi troppo alte..."*. Il che significa che Singapore usava già HCQ, ma in un dosaggio normale: sarà per questo che Singapore dall'inizio della pandemia fino al 2 gennaio 2021 ha avuto soltanto 58.400 casi e appena 29 morti su 5 milioni e 639mila abitanti?

Sta di fatto che le dosi somministrate in **Solidarity** sono state ricostruite tramite gli studi effettuati dai diversi Stati che hanno partecipato alla sperimentazione dell'OMS dai quali: *"Risulta che la [parte canadese](#) dello studio Solidarity ha usato un dosaggio identico*

alla [parte norvegese](#)". E sia gli studi canadesi che norvegesi... hanno fornito ai pazienti una dose cumulativa durante le prime 24 ore che, se somministrata in dose singola, è stata documentata come letale. Inoltre, **l'emivita del farmaco è di circa un mese, per cui la quantità cumulativa è importante**".

[Quanto allo studio "Recovery"](#) è molto simile a Solidarity sia nelle conclusioni sull'inefficacia e la pericolosità dell'HCQ, sia per gli alti dosaggi e, di conseguenza, l'alta mortalità ospedaliera (25,7%) dei 1.542 pazienti (396 decessi) che hanno ricevuto HCQ: "Ebbene - scrive la dottoressa Nass - il protocollo di studio sulla sperimentazione di Recovery forniva a pag. 22 le dosi di HCQ utilizzate: tant'è che chi le ha visionate ha iniziato a notare un problema di dosaggio, e con l'hashtag **#Recoverygate** le ha rese note fra gli utenti di Twitter creando allarme fra gli addetti ai lavori....perché "normalmente, per l'uso quotidiano cronico nel lupus eritematoso o nell'artrite reumatoide, i pazienti ricevono tra 200 e 400 mg al giorno... Sappiamo che in Brasile sono state testate sia una dose elevata di HCQ, sia una bassa dose, ma entro il 17 aprile, la sezione ad alte dosi è stata interrotta a causa di un [eccesso di decessi](#). Inoltre, l'OMS nel 1979 ha assunto un consulente [H. Weniger, per indagare sulla tossicità dell'HCQ](#) sugli adulti, che a pagina 5 osserva che una singola dose di 1,5-2 grammi di base di idrossiclorochina "può essere fatale". Pertanto, in base a tutti questi elementi, la dottoressa Nass ritiene che l'OMS non potesse non sapere della letalità dell'HCQ usata ad alte dosi e che: "le dosi utilizzate in questi studi non sono raccomandate per la terapia di alcuna condizione medica".

#### **Ma per quali motivi sarebbe accaduto tutto questo?**

E qui la dottoressa Nass avanza il terribile dubbio che gli "studi clinici siano stati progettati proprio per dimostrare che l'HCQ era pericolosa e provocava alti tassi di mortalità... per avvantaggiare prodotti farmaceutici più costosi". E conclude: " **Questo è immorale. E se così fosse accaduto, le conseguenze sarebbero inqualificabili.** Perché l'alto numero di decessi frutto di questi studi, avrebbe avuto come risultato quello di privare milioni di persone dal beneficiare potenzialmente di un farmaco sicuro ed economico se usato correttamente durante una grave pandemia, contribuendo ad aumentare le morti, a prolungare la pandemia e ad avere enormi perdite economiche". Una denuncia talmente forte che, in attesa di essere confermata o smentita da un Tribunale - cioè, da un "potere terzo" che ne verifichi fino in fondo la validità - non esime un giornalista dal riportarla ponendola in forma dubitativa e allegandovi le fonti citate...

## Ecco che succede se la “scienza” mischia la lana con la seta

Il contesto in cui è inquadrata la storia dell’HCQ, rivela quanto sia determinante per valutare un farmaco, il *modo* in cui è somministrato, e il *metodo* utilizzato per valutarne l’efficacia. Perciò è particolarmente interessante riportare in sintesi [il lavoro di Science](#) (anche sotto il link <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2020.100709>)

Perché analizza proprio il tema delicato del **“modo”** in cui sono condotti gli studi e le **“insidie metodologiche”** che ne influenzano i risultati: simili alle insidie naturali della giungla in Vietnam che suggeriscono di procedere con attenzione e cautela. Finora ritenuta una delle riviste scientifiche più prestigiose a livello mondiale, “Science” esordisce chiarendo subito che nella sua analisi su *“23 studi inizialmente selezionati”* ne ha scartati 3 *“contenenti diverse insidie metodologiche”* (“nella raccolta dati e nella trasparenza”) che li rendevano poco verificabili. Dopodiché, gli autori spiegano qual è il senso del loro lavoro: *“... è una meta-analisi sugli effetti della HCQ, condotta su 20 studi che hanno coinvolto 105.040 pazienti in 9 paesi: Brasile, Cina, Francia, Iran, Arabia Saudita, Corea del Sud, Spagna e Stati Uniti, sulla base di informazioni e rapporti sia inediti che pubblicati...”*

Così, sui 20 studi prescelti, viene fatta una prima distinzione: tra quelli basati su **“big data” e quelli provenienti dal “mondo reale”** specificando qual è la differenza tra questi due raggruppamenti: *“Gli studi big data, sono quelli condotti su cartelle cliniche elettroniche, estratte da specialisti della sanità pubblica ed epidemiologi che non si sono presi cura direttamente dei pazienti COVID-19. Si basano, dunque, su **dati virtuali** (in quanto estrapolazione di numeri) a differenza dei dati provenienti dal **mondo reale** ottenuti da specialisti in malattie infettive, in medicina interna e pneumologi che si sono presi cura in prima persona dei loro pazienti. Gli studi di questo secondo raggruppamento, definiti **“studi clinici”**, sono basati su **“dati reali”**: perché menzionano i dettagli dei trattamenti (dosaggio, durata, controindicazioni, monitoraggio) raccolti in prima persona dai medici che li hanno adottati sui propri pazienti”*. E dalla meta-analisi di Science emerge un primo dato sconcertante: **mentre gli studi “big data” basati su dati virtuali definiscono inefficace l’HCQ, al contrario gli “studi clinici” basati su dati reali la definiscono efficace**. Com’è possibile che emergano due **verdicti così contrastanti**? Una differenza talmente netta da stupire gli stessi autori: *“... siamo rimasti sorpresi dal trovare enormi discrepanze nelle conclusioni tra i due gruppi principali: tra il notevole miglioramento clinico evidenziato dagli studi clinici, e il drammatico aumento della mortalità evidenziato dagli studi big data. Così abbiamo cercato di capire che cosa potesse spiegare tali differenze”*. Ecco, dunque, una sintesi del percorso metodologico seguito dagli autori per trovare la risposta.

*“Abbiamo eseguito questa meta-analisi tenendo conto innanzitutto di 3 distinzioni o variabili. **Prima variabile**: abbiamo distinto fra studi clinici basati su dati reali e studi big data (basati su dati del registro elettronico). **Seconda variabile**: la distinzione fra studi basati solo sull’HCQ e studi basati su una terapia combinata di HCQ con azitromicina (antibiotico). **Terza variabile**: studi in cui gli autori avevano potenziali*

*conflitti di interesse e studi in cui non ne avevano... " Infine hanno classificato "come **favorevoli all'uso dell'HCQ** (e identificati con la sigla "**Pro**") gli studi in cui è stato riportato almeno un miglioramento notevole e nessun effetto deleterio significativo; **sfavorevoli** (e identificati con la sigla "**Contro**") quelli che non riportavano neanche un esito favorevole e indicavano almeno un esito deleterio significativo".*

In base al risultato di queste variabili, dunque, gli autori spiegano **che cosa fa la differenza fra bocciatura e promozione dell'HCQ**: *"Abbiamo scoperto che negli studi condotti dai medici (studi clinici), era presente un protocollo chiaro, dettagliato, standardizzato sia per il trattamento che per il follow up (cioè per seguire nel tempo una persona anche al termine della terapia, con visite, analisi di laboratorio, ecc. ndr )... che, invece, era del tutto carente negli studi basati su cartelle cliniche elettroniche (big data)... Di conseguenza, grazie ai protocolli più dettagliati degli studi clinici, abbiamo potuto fare un'ulteriore valutazione: cioè, se un protocollo di trattamento ben descritto, compreso il dosaggio, per almeno 48 ore fosse associato a un risultato migliore, tenendo conto anche della migliore efficacia della combinazione di HCQ e azitromicina, rispetto alla sola HCQ (effetto sinergico confermato in 8 studi nei quali è stata somministrata la terapia combinata)".* E poiché *"... la somministrazione precoce o ritardata, il dosaggio, le misure adiuvanti e il monitoraggio, **sono fondamentali nel rapporto rischio-beneficio di qualsiasi farmaco contro le malattie infettive"**, questo principio consente di affermare che *"i risultati degli studi big data sono meno precisi e attendibili di quelli ottenuti dai medici che hanno curato direttamente i loro pazienti"*.*

**Insomma, alla domanda su chi ha ragione tra i big data che bocciano HCQ e i medici che la promuovono, la risposta è che hanno ragione i medici.** E non solo sul piano clinico. Il piatto della bilancia, infatti, pende a favore dei medici, anche sul piano del conflitto di interessi, l'altra variabile considerata dall'analisi di Science, spiegandone il perché: *"... In periodi di epidemie come l'attuale, le informazioni si diffondono velocemente con diversi livelli di affidabilità, comprese notizie false, comunicati stampa, preprints e rapporti pubblicati peer-reviewed. Inoltre, sembra che ci sia una concorrenza tra farmaci generici a basso costo potenzialmente efficaci... e nuovi farmaci costosi non ancora approvati. **Ciò può portare a posizioni che non sono guidate solo dalla scienza e dalla salute pubblica**: perché lo sviluppo di nuovi farmaci è un'importante opportunità per l'industria "big pharma" ed è associata a un rischio molto elevato di conflitti di interesse. Questo ci ha portato a considerarli una variabile di cui tenere conto nel presente lavoro: cominciando con l'evidenziare che nessuno di noi ha conflitti di interesse con alcuna azienda farmaceutica... specificando da chi abbiamo ricevuto sostegno finanziario per questo lavoro ...; come sono stati individuati i conflitti di interesse dei vari studi (anche con i siti web [Euros for Docs](#) e [Dollars for Docs](#) ); e collegando lo studio a un conflitto di interesse quando i finanziamenti dell'industria farmaceutica superavano i 50.000 euro in 7 anni".*

Ebbene se, come si dice, un indizio non è una prova, 3 indizi messi insieme hanno buone probabilità di diventarlo. Perché se i **big data** hanno 3 variabili in comune (protocollo impreciso o non descritto, assenza di benefici della HCQ per il Covid e conflitto di interessi), mentre l'assistenza diretta dei medici ne elenca 3 di segno opposto (studi clinici associati a dettagli sulla terapia, a risultati favorevoli dell'HCQ e a mancanza di conflitti di interesse), così si spiega **la netta differenza tra l'efficacia o meno dell'HCQ sulla base del diverso metodo utilizzato per raccogliere i dati e i pregiudizi dettati dai conflitti di interessi.** *"In conclusione, questa nostra meta-*

*analisi basata su diversi studi, tra cui 4 RCT... **ci permette di formulare una raccomandazione di I grado per l'utilizzo contro Covid19...** "Ovviamente, il numero di pazienti delle analisi big data è molto più alto (...) perché sono costituiti da migliaia di cartelle cliniche elettroniche. Ma se questo tipo di studio ha un enorme potenziale statistico, è limitato dall'inesattezza clinica che rende le conclusioni difficili da credere.... Non possiamo credere, per esempio, che in alcune casistiche, fino all'8% dei decessi siano dovuti a disturbi del ritmo cardiaco, mentre tutti gli elettrocardiogrammi eseguiti nel nostro centro, sui nostri pazienti (7800 elettrocardiogrammi su 4000 pazienti) e analizzati da un team di cardiologi specializzati in ritmi cardiaci non hanno riscontrato nulla di tutto questo: ad eccezione di un aumento del QTc solo in 3 individui, che ha giustificato l'interruzione del trattamento..."*

E alla fine lo studio arriva ad una conclusione allarmante, ma allo stesso tempo illuminante per spiegare le tante CONTRADDIZIONI che hanno avvolto l'intera pandemia: **"... Le analisi non correlate alle osservazioni dei medici in contatto diretto con i pazienti, portano a interpretazioni divergenti e conclusioni opposte a quelle di reale interesse. E mostrano che sta nascendo il mondo predetto da Baudrillard: un mondo parallelo di numeri e analisi completamente scollegato dalla realtà".**

In altre parole, i numeri che non tornano, le posizioni scientifiche contrastanti, gli allarmi più o meno giustificati sembrano trovare una spiegazione grazie a questa chiave di lettura: che rivela come **molte contraddizioni scientifiche** sparate sulla stampa in questi mesi – anche da virologi, epidemiologi, vertici sanitari, politici ecc. - siano più apparenti che reali. **Perché la realtà di ogni epidemia, quella vera ed affidabile, è una sola: la realtà clinica vissuta dai medici che si sono presi direttamente cura dei loro pazienti. Il resto non conta:** o comunque dovrebbe passare in secondo piano se non si vogliono confondere le acque con *"interpretazioni divergenti e conclusioni opposte a quelle di reale interesse"* per l'umanità.

## Il mondo reale “resisterà” a quello virtuale?

**Questo forse è l’interrogativo più inquietante sollevato da questi studi. Perché pesa non solo sulla pandemia, ma sul futuro della nostra società:** per gli effetti sanitari, ma anche sociali, politici, economici delle misure adottate per arrestarla. Perché oggi, di fatto, la **realtà clinica** – benché attendibile, fondata e priva di conflitti di interesse - trova poco spazio dove si decidono le misure contro la pandemia. Per cui la realtà clinica non riesce a scalzare la **realtà virtuale**. E soprattutto sui media, la narrazione del **virus incurabile** ha il sopravvento su quella del **virus curabile**: determinando sconcerto, paura, confusione, perdita di lucidità, difficoltà nell’inquadrare gli esatti contorni della pandemia.

*“Come si sono comportati in questi mesi i medici ai quali di fatto spettava la decisione di utilizzare o meno HCQ per i propri pazienti?”. E’ la domanda conclusiva del report di Issues Science la cui risposta, anche se formulata nel contesto americano, riflette situazioni simili in altre parti del mondo: “Negli Stati Uniti, i medici che prescrivono l’HCQ per Covid 19, sono definiti anticonformisti, ma sostengono che le loro opinioni vengono soppresse. Facebook, Twitter e YouTube hanno effettivamente rimosso un video in cui medici in camice bianco hanno tenuto una conferenza stampa davanti alla Corte Suprema di Washington, DC, sostenendo che l’HCQ potrebbe curare COVID-19..... Così molti medici, pur ammettendo le potenzialità dell’HCQ, non lo dicono pubblicamente, per paura dello stigma: uno di questi che lavora in un ospedale nella Carolina del Nord e ha chiesto di rimanere anonimo, non l’ha prescritta ai pazienti, ma tiene una scorta per uso personale se dovesse infettarsi... Evidentemente non vuole fare la stessa fine di Harvey Risch, un epidemiologo di cancro alla Yale University che sull’American Journal of Epidemiology ha sostenuto che: **“decine di migliaia di pazienti con COVID-19 stanno morendo inutilmente. Perché HCQ, se somministrata molto presto, potrebbe ridurre significativamente la gravità”.** Ma per queste affermazioni, un gruppo di colleghi di Yale lo ha criticato in una lettera aperta: cui ha replicato che è storicamente dimostrato il contributo al progresso medico della conoscenza ottenuta dall’apprendimento attraverso la pratica: che non può essere sostituita dalla purezza degli studi randomizzati”. Per cui, conclude l’articolo di Issues Science: “quel medico che voleva rimanere anonimo, ha poi aggiunto che quando deve prendere rapidamente una decisione clinica, preferisce attingere alle informazioni sul trattamento pubblicate da altri medici sui canali privati di social media di medici. “È più affidabile – dice - che vagliare fra le dichiarazioni politicizzate e la disinformazione che circolano nel pubblico dominio. E non posso star lì ad aspettare che il malato muoia in attesa della sperimentazione clinica perfetta”.”*

Insomma, in tutto il mondo, oltre ai sanitari che non hanno utilizzato l’HCQ per i loro pazienti, ci sono quelli che l’hanno utilizzata “in sordina” e quelli che l’hanno prescritta apertamente a costo di pagare di persona. In Italia, però, ci sono stati anche medici che, convinti del ruolo **fondamentale di questo farmaco per salvare vite umane e uscire dall’emergenza**, hanno deciso di ricorrere alla magistratura per difendere il loro diritto di continuare a prescriberla, negato “*illegittimamente*” dall’AIFA. E il Consiglio di Stato – Supremo Organo della Giustizia Amministrativa, al vertice dell’ordinamento

giuridico - ha dato loro ragione nell'Ordinanza dell'11 dicembre 2020 che riafferma una serie di **diritti costituzionali distorti dall'emergenza pandemica. A cominciare proprio dal diritto alla salute** in nome del quale l'emergenza è nata, **che rischia di diventare un manganello sulla testa dei cittadini se utilizzato in maniera impropria.**

E il percorso di questi medici si incrocia di nuovo con la mia indagine giornalistica, chiudendo il cerchio come sa fare solo il Caso, la Provvidenza o chiunque altro venga identificato come Regolatore Supremo della Vita. E' quasi la fine di novembre, infatti, e stavo concludendo la seconda parte del libro, quando scrive il dottor Mangiagalli sulla chat dei Medici FVG: *"Scusate, stasera non riesco a partecipare al webinar perché stiamo preparando il materiale da consegnare entro il 7 dicembre al Consiglio di Stato per il nostro ricorso contro AIFA..."* *"Quale ricorso? Che roba è... Sei tu che l'hai fatto?"*, chiedo via chat sul gruppo ad Andrea Mangiagalli. Che risponde: *"Sì sono io insieme a un gruppo di medici... Abbiamo fatto ricorso contro il divieto dell'AIFA alla prescrizione off label dell'HCQ..."*

*"Puoi spiegare in parole semplici che vuol dire off label?"*, incalzo. *"Non si può spiegare per whats app, di fretta... Sentiamoci al telefono stasera sul tardi e nel frattempo fatti mandare una copia della nostra memoria da Erich Grimaldi... sì, l'avvocato Grimaldi, proprio quello che ha creato l'App per collegare su Facebook i medici italiani nelle cure a domicilio con HCQ... è lui che con noi ed il suo studio, ha condotto questa battaglia legale..."*

Così scopro che tra gli oltre 100 firmatari e consulenti della denuncia, ci sono molti di quelli che ho conosciuto on line o via chat, ma anche altri che riemergono dal passato insieme alle "emergenze" già descritte: come Antonio Marfella, l'oncologo dell'Ospedale "Pascale" di Napoli, primo firmatario della denuncia e ancora attivo nel Comitato Scientifico delle Assise di Palazzo Marigliano come lo era durante le *emergenze gonfiate* di oltre 30 anni fa. Come dire: corsi e ricorsi della Storia che – seppure in maniera differente - si ripropongono, avvalorando l'ipotesi avanzata all'inizio di questa seconda parte del libro: che **la pandemia, oltre che un'emergenza straordinaria, è anche una storia che si ripete...** Gli elementi in comune fra l'emergenza pandemica e quelle "storie emergenziali" gestite male, infatti, sono diventati tanti. Come si intuisce anche dall'ordinanza cautelare del 11 dicembre 2020 del Consiglio di Stato contro AIFA e Ministero della Salute di cui il dottor Mangiagalli quella sera di novembre - prima che fosse emessa - mi raccontò l'antefatto insieme al significato della parola "off label".

*"Per spiegare "off label", va fatta una premessa – esordisce Mangiagalli – In base al giuramento di Ippocrate che regola la nostra professione, il medico si impegna a curare SEMPRE il paziente in 'scienza e coscienza' - cioè, in base alle sue conoscenze, ai farmaci disponibili e all'etica professionale – prescrivendo ciò che ritiene utile per lui, dopo averlo informato e ricevuto il consenso al trattamento. **E poiché il medico si assume la totale responsabilità di tale decisione, nessuno può interferire nella sua prescrizione.** Questo è il pilastro indiscutibile sul quale si basa la Medicina. Nella pratica medica, però, capita continuamente di prescrivere farmaci che sulle indicazioni contenute nel bugiardo e approvate dall'AIFA, non prevedono l'uso specifico per quella malattia. Per esempio, il Buscopan, indicato per le coliche renali o addominali, viene spesso somministrato in fin di vita, per quel rantolo pre-agonico che sembra soffocare il paziente, anche se nella farmacopea di AIFA tale uso non è previsto: perché il Buscopan prosciuga le secrezioni. Questa è una prescrizione "off label": cioè usare un farmaco "al*

di fuori" dell'utilizzo previsto per quel farmaco. E questo accade da decenni per un elenco sterminato di farmaci con l'assenso di tutte le Agenzia del farmaco del. Perché se un medico ritiene che un farmaco può essere utile a curare o portare sollievo al suo paziente, **non solo ha il diritto, ma il dovere di prescriverglielo "off label"**. Perciò, quando i medici, in Italia e fuori, hanno constatato che l'HCQ – individuato come farmaco contro la malaria e le malattie autoimmuni – funzionava anche contro il Covid, lo hanno prescritto off label: ovvero, su ricetta bianca, a carico del paziente e non del Servizio Sanitario. Che nel caso dell'HCQ non è un problema: perché una scatola costa solo 6 euro. Noi, dunque, abbiamo contestato in primis ad AIFA il **divieto alla prescrizione off label dell'HCQ per il Covid, perché è illegittimo e crea un pericoloso precedente: in quanto limita non solo la libera e responsabile professione del medico, ma anche la libera scelta e il diritto del paziente a scegliere il medico di cui ha fiducia, dal quale farsi guidare nelle cure, senza essere obbligato dall'ALTO a seguire una cura piuttosto che un'altra. O peggio, come accaduto per il Covid: a rimanere chiuso in casa senza cure adeguate...**"

Certo, spiegata così, la questione non è soltanto **"idrossiclorochina SI' o NO"**. Perché solleva una problematica che rischia di aprire la porta a una sorta di "medicina di Stato" propria dei regimi autoritari e non delle democrazie: una Medicina che fa piovere dall'alto le prescrizioni di che cosa è meglio o peggio per la salute psicofisica del singolo che, però, come tutte le "ragioni di Stato" tiene conto anche di altri interessi, spesso a discapito di quelli del singolo.

"Ma voi, allora, nei mesi in cui su l'HCQ pendeva questo divieto, che avete fatto?", chiedo a Mangiagalli, che risponde: *"Abbiamo continuato a prescriverla e a curare i nostri pazienti, rispettando il giuramento di Ippocrate che obbliga il medico ad agire secondo "scienza e coscienza" - risponde - Soprattutto durante una grave pandemia e di fronte ad un divieto come quello dell'AIFA scientificamente infondato. Così siamo andati avanti, informando correttamente i nostri pazienti e specificando: 'Questo farmaco non è autorizzato per il Covid e ci vogliono anni per ottenere una simile autorizzazione. Ma sia io che i miei colleghi lo abbiamo già utilizzato con successo per cui penso che potrebbe farvi bene'. E così i pazienti lo hanno accettato fidandosi di noi. Certo qualcuno in teoria poteva denunciarmi se avesse avuto forti effetti collaterali: ma poiché avevamo riscontrato solo miglioramenti, abbiamo tutti accettato il margine di incertezza che comunque fa parte della vita, perché il bilancio rischio/beneficio era a favore del beneficio di salvare una vita umana"*.

Un ragionamento, dunque, che ha trovato conferma pochi giorni dopo quest'intervista telefonica, nell'ordinanza cautelare del Consiglio di Stato che ha ritenuto fondato il ricorso dei medici e, viceversa, *"irragionevole"* e *"scientificamente infondato"* il divieto di AIFA. Tale provvedimento dovrà essere recepito dal Tar. Ma al di là dell'esito di quest'ultimo passaggio, i principi su cui si fonda sembrano incontestabili. Perché riaffermano la supremazia dei diritti costituzionali anche durante l'emergenza straordinaria ed entrano nelle pieghe del *"ragionamento"* seguito da AIFA per motivare il suo divieto: **evidenziando le "incoerenze scientifiche" non solo di AIFA, ma dell'intera gestione dell'emergenza da parte del CTS di cui AIFA è parte integrante**. Perciò vale la pena soffermarsi sul contenuto di questa ordinanza: che ho ridotto in pillole tagliando interi brani (come rivelano i puntini sospensivi) per renderla più "digeribile" al grosso pubblico: ma le cui frasi in virgolettato sono tutte prese testualmente dalla sentenza, senza combinarle con altre per non tradirne il senso, come chiunque può [controllare sull'originale](#).

## Che cosa emerge sotto la punta dell'iceberg

Nella premessa, il Collegio giudicante riepiloga il senso, i protagonisti e i passaggi giuridici che hanno portato i medici a “fare appello” al Consiglio di Stato: *“gli appellanti sono medici” ... che hanno somministrato ai loro pazienti l'idrossiclorochina (HCQ) “da decenni usata in Italia per curare circa 60.000 persone affette da malattie autoimmuni...”; ma “il 26 maggio 2020 AIFA ha disposto la sospensione dell'autorizzazione all'utilizzo off label dell'HCQ per SARS-CoV-2 (...) sulla base di taluni (...) studi clinici che avrebbero rivelato un'efficacia incerta nel contrasto al virus e un rischio di tossicità...”; di conseguenza “...gli appellanti, in qualità di medici che avevano prescritto l'HCQ ai pazienti”, sono ricorsi contro il divieto di AIFA al TAR del Lazio “chiedendone l'annullamento”, “censurando” le argomentazioni di AIFA nel vietare HCQ e lamentando “la lesione della loro autonomia decisionale, tutelata dalla Costituzione e dalla legge, nel prescrivere tale farmaco”.*

E dall'elenco dei passaggi che li hanno portati a “fare appello” al Consiglio di Stato, emerge una sorta di “braccio di ferro legale” tra i medici, da un lato, che tentano di far sentire la propria voce nell'interesse dei pazienti e AIFA dall'altro che sembra non volere sentire ragioni: e insieme al Ministero della Salute si “oppongono all'accoglimento del ricorso” contro il divieto del farmaco. Ma nonostante il TAR abbia respinto per due volte il ricorso dei medici, questi - forti della loro convinzione e documentazione - non si arrendono: e propongono “appello cautelare” al Consiglio di Stato, depositando il 7 dicembre anche una “consulenza di parte a firma dei Professori Alessandro Capucci, Luigi Cavanna e della dott.ssa Paola Varese, nonché le Linee guida per la profilassi antimalarica (...)”. Già da questa premessa dei magistrati, dunque, sorge un dubbio: ammesso che AIFA e Ministero (insieme al CTS e al Governo) per errore abbiano trascurato inizialmente le possibili terapie domiciliari della malattia, perché in seguito non hanno mai considerato l'opportunità di rivedere questa posizione continuando a **difenderla con ostinazione e pervicacia?** La stessa rivista “The Lancet”, per esempio, dopo avere ritirato lo studio fake, ha pubblicato il 29 settembre 2020 un nuovo report pro-HCQ a seguito del quale tre Stati americani (“Minnesota” - “Nevada” - “Ohio”) hanno [ritirato il divieto di utilizzo del farmaco](#).

Un dubbio che prende corpo procedendo nella lettura: *“(...) in una situazione... di grave emergenza epidemiologica, nella quale si susseguono studi, ricerche... e vengono aggiornati i dati su terapie, sperimentazioni, contagi e decessi è ben difficile negare, sul piano logico (...) la necessità di una rivalutazione... delle misure adottate dalle autorità... AIFA stessa, del resto, ha ammesso nella propria memoria difensiva di avere adottato il provvedimento del 22 luglio 2020, a conferma del precedente del 26 maggio 2020, proprio sulla scorta delle nuove evidenze scientifiche che, a suo avviso, ne avrebbero sconsigliato l'utilizzo”.* Per lo stesso motivo, dunque, non si può “negare il riesame della questione...” e dei 4 “motivi di censura proposti dagli appellanti” per dimostrare “l'illegittimità della nota di AIFA”.

E partendo dal primo motivo di censura - “la violazione del principio della libertà prescrittiva del medico curante” - i giudici sottolineano il passo falso di AIFA che, per

difendersi, nega le sue stesse affermazioni, dichiarando che *“avrebbe solo proibito il rimborso del farmaco dal Servizio Sanitario ma non vietato ai medici di prescriberlo off label (...) **Il Collegio prende atto che AIFA, oggi riconosce l'autonomia decisionale del medico sancita dalla legge...** ma deve rilevare, al contrario di quanto AIFA sostiene, che con la nota del 22 luglio ... aggiornata al 25 novembre, ha ribadito che «l'utilizzo nei pazienti a domicilio di bassa gravità e nelle fasi iniziali della malattia (...) può essere consentito solo nell'ambito di studi clinici randomizzati controllati», eliminando ogni dubbio in merito...”*

Insomma, AIFA si contraddice negando l'evidenza e secondo il Consiglio *“pecca di astrattezza”* quando dichiara di fondare le proprie decisioni sulle *“migliori evidenze scientifiche disponibili (...) ritenendo **“tali decisioni....insindacabili nel merito delle scelte”** sulle quali **“non intende accettare il contraddittorio”**”.*

Ecco, dunque, che qui fa capolino quel principio di autorità proprio della scienza supportata dai fedelissimi di Aristotele, ma superato dalla scienza moderna a partire da Galileo: che si basa sull'evidenza clinica e sul confronto scientifico fra pari. In altre parole, l'Agenzia Italiana del Farmaco ritiene di poter rivendicare una sorta di ruolo da *“Intoccabile”*, di organismo al di sopra delle parti. Insostenibile, però, sia in ambito scientifico che democratico, come controbatte anche il Collegio giudicante: *“Non si tratta, come afferma AIFA, di sindacare il merito di scelte opinabili, ma di verificare se queste scelte siano assistite da una credibilità razionale supportata da valide leggi scientifiche correttamente applicate al caso di specie”*.

Per cui AIFA non può sottrarsi *“al sindacato del giudice amministrativo, nemmeno in sede cautelare e meno che mai nell'attuale fase di emergenza epidemiologica, per l'esigenza, connaturata alla giurisdizione amministrativa e consacrata dalla Costituzione, di tutelare le situazioni giuridiche (...) che hanno un radicamento costituzionale come il diritto alla salute”*... *“Il giudice amministrativo deve poter verificare che l'amministrazione abbia applicato in modo corretto (...) le regole del sapere specialistico (...) per evitare che la discrezionalità tecnica del decisore pubblico **trasmodi in un INCONTROLLABILE e dunque INSINDACABILE ARBITRIO**”*. Del resto, come sottolineano i giudici restituendo la palla *“... la stessa AIFA, come ha riconosciuto nelle sue difese, non può vietare”* la prescrizione off label *“se non incorrendo nel vizio di **eccesso di potere...**”*

Così, sgombrato il campo da ogni dubbio formale, il Collegio affronta la questione, posizionandola in un recinto delimitato da specifici paletti: *“La questione è se un medico può prescrivere HCQ in fase iniziale, a piccole dosi. Così è correttamente impostata la questione, nei limiti consentiti dal nostro ordinamento al giudice amministrativo sul corretto esercizio della discrezionalità tecnica (...)”* Ovvero: *“... questo Collegio è chiamato ad esaminare se il divieto... – **perché di divieto vero e proprio si tratta** – di questo farmaco per i pazienti con stadio di malattia meno avanzata, abbia un solido fondamento scientifico, come assume AIFA”*.

E il Collegio per ottenere la risposta, parte dai *“due canoni basilari a tutela della salute quale fondamentale diritto dell'individuo e della collettività (art. 32 Costituzione)”*: cioè, ***l'appropriatezza e la sicurezza della cura...*** E richiamando articoli di legge e sentenze già emesse, ribadisce: *“l'insostituibile ruolo del medico nel selezionare le opzioni curative scientificamente valide e necessarie al caso”*, aggiungendo che ***“competete alla scienza medica (...) acclarare quali siano le condizioni di***

***appropriatezza e di sicurezza della cura per il singolo paziente, in base alle conoscenze scientifiche e alle evidenze sperimentali”.***

In altre parole, sembra la scoperta dell’acqua calda: cioè, AIFA può autorizzare la commercializzazione e l’utilizzo di un farmaco in linea generale, ma solo il medico può stabilire *come* e *quando* quel farmaco va somministrato valutando caso per caso. Ma questo principio basilare che sembra scontato – come, appunto, l’acqua calda – è stato messo, invece, malamente in discussione durante questa pandemia, utilizzando in maniera impropria un altro principio come spiegano i giudici: *“È noto come a partire dagli anni ‘90, l’approccio dominante della scienza medica per scegliere la terapia più adatta, sia quello dell’evidenza scientifica: la cosiddetta **Evidence Based Medicine (EBM** o “Medicina Basata sulle Prove” ndr). Secondo tale metodologia, la scelta della cura avviene, sulla base delle migliori prove di efficacia clinica e, in particolare, **di studi clinici a carattere sperimentale, randomizzati e controllati (RCT – controlled randomized trial)**...”.* Necessità che, però *“deve misurarsi con l’emergenza epidemiologica in atto, che non ha consentito ancora di acquisire ... prove di efficacia cliniche incontrovertibili sull’impiego dell’HCQ nella cura del Sars-CoV-2”.*

**E qui il Consiglio tocca il nervo scoperto e dolente della questione.** Ovvero la tendenza ad attuare i principi dell’EBM in maniera impropria durante un’emergenza sanitaria in corso o tenendo conto solo di alcuni suoi aspetti quali RCT e trials. Le “prove di efficacia” fornite da trials ed RCT, infatti, non bastano senza l’esperienza del singolo medico e senza tenere conto delle esigenze del paziente. Questa, almeno, è la definizione di “Medicina fondata sulle prove” di David L. Sackett che con Archibald Cochrane è stato fra i “padri” dell’EBM intesa come *“integrazione delle migliori prove di efficacia clinica con l’esperienza e l’abilità del medico ed i valori del Paziente”.* Una definizione tradotta, invece, stravolgendola, laddove si legge *“l’EBM è l’uso cosciente, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze e prove di efficacia biomediche al momento disponibili, al fine di prendere le decisioni per l’assistenza del singolo Paziente”.* Due versioni apparentemente uguali, ma profondamente diverse dell’EBM: perché nella prima, quella originale, ha un ruolo anche l’esperienza e l’abilità del medico, oltre ai valori del paziente; nella seconda, invece, contano solo le prove di efficacia che di fatto coincidono con i trials clinici.

Il Consiglio di Stato, dunque, restituisce valore all’esperienza clinica diretta, reale, sperimentata sul campo con i farmaci disponibili in quanto anche metodo valido per poi applicare gli strumenti matematici all’esperienza raccolta sul territorio, convalidandola e trasformandola in dati scientifici da mettere a disposizione di tutti. Tant’è vero che l’efficacia dell’HCQ sperimentata in precedenti epidemie, si è rivelata utile anche in questa pandemia: e perciò andrebbe ulteriormente applicata per verificarne con metodo scientifico l’utilità per nuove ondate e future epidemie. Viceversa, tenere la gente a casa “in attesa” dell’evolversi della malattia solo con Tachipirina, oltre che essere pericoloso per il singolo, non è utile neanche da un punto di vista dell’accrescimento delle conoscenze scientifiche per curare Covid, come sottolinea il Consiglio di Stato dimostrando l’**“irragionevolezza” del divieto di AIFA e l’“infondatezza” degli studi con cui ha contestato la somministrazione dell’HCQ** all’inizio della malattia: *“Gli studi considerati da AIFA nella sua scheda, sono stati condotti su pazienti in fase già avanzata della malattia e già ospedalizzati”* o *“sulla profilassi preventiva dell’infezione. Ma è pacifico e nemmeno qui in discussione, che l’HCQ non svolga alcun effetto una volta manifestatisi i sintomi più gravi, né in fase di profilassi”:* invece *“qui si tratta di accertare*

se l'HCQ possa svolgere un efficace ruolo terapeutico...**tra zero e 6 giorni dall'esordio dei sintomi (...) eventualmente associata ad antibiotici, come l'azitromicina nei primi giorni e ai primi sintomi**". Ma tra gli studi elencati da AIFA "solo due trial sono stati eseguiti non in ospedale su pazienti con malattia lieve, ed entrambi mostrano vistosi limiti" e un quadro "non sempre fondato su un approccio metodologico irreprensibile". In effetti, i medici e i loro consulenti, hanno demolito la bibliografia presentata da AIFA come mi spiega il dottor Mangiagalli: "Ci ha dato una grossa mano anche uno dei pochi esperti al mondo nella valutazione dei lavori scientifici, che ha svolto questo compito difficile solo per passione, facendo emergere lo scarso livello e l'inconsistenza della documentazione di AIFA".

Così, mettendo i vari elementi sul piatto della bilancia, i giudici li soppesano come segue: "Non compete a questo Consiglio valutare, e meno che mai decretare, l'efficacia terapeutica dell'HCQ (...) proprio per i limiti connaturati al suo sindacato giurisdizionale, ma ha il dovere di rilevare che la perdurante incertezza circa la sua efficacia terapeutica, ammessa dalla stessa AIFA, **non è ragione sufficiente sul piano giuridico a giustificare l'irragionevole sospensione** del suo utilizzo sul territorio nazionale ..." (...) che, allo stato delle conoscenze parziali e provvisorie, sembra radicale e prematura a livello scientifico"; è "una misura che non consente di verificare l'eventuale, immediata e anche tenue efficacia dell'HCQ sui pazienti paucisintomatici" se non nei "tempi lunghi necessari alla ricerca" e "non proporzionati alla necessità impellente di cura nell'attuale fase".

Insomma, come già con il plasma, anche con l'HCQ, emerge il **PARADOSSO qui evidenziato dal Consiglio di Stato in maniera che non lascia dubbi**: "L'applicazione dei principi dell'EBM in un quadro emergenziale (...) conduce al PARADOSSO di negare una qualsiasi possibilità di sperimentare in concreto la cura proprio quando maggiore e urgente è la necessità ....". "L'applicazione di questo metodo scientifico in una forma estrema, non può essere cieca", né "condurre ad un esito manifestamente irragionevole e sproporzionato, rispetto alla stessa finalità di quel metodo: che è la cura più efficace del paziente". Non si può arrivare, insomma alla **"negazione di ogni possibile cura, in assenza di altra valida alternativa terapeutica domiciliare... e di arrestare così dal principio... il decorso a volte fatale della malattia"**. "La scelta se utilizzare o meno il farmaco... deve essere dunque rimessa...alla responsabilità del singolo medico e non a un'astratta affermazione di principio, in nome di un modello scientifico puro, declinato da AIFA con un aprioristico e generalizzato...divieto di utilizzo. Questo Consiglio di Stato ha già chiarito che **la cura non è un valore metafisico (...) Non è «un principio autoritativo, un'entità astratta, oggettivata, misteriosa o sacra, calata o imposta dall'alto o dall'esterno...»** (Cons. St., sez. III, 2 settembre 2014, n. 4460), ma **deve essere costruita per la persona e con la persona, nel rispetto della dignità umana che costituisce il valore fondante del nostro ordinamento**". "Non si tratta qui di avallare un incontrollabile intuizionismo sperimentale del singolo medico nella scelta della cura, né di approvare illusorie opzioni terapeutiche inutili o dannose... ma di riconoscere alla scienza medica... tutta la responsabilità di valutare il singolo caso e di umanizzare e personalizzare la cura sulla base delle acquisizioni scientifiche disponibili".

Stabilito, dunque, che sull'efficacia dell'HCQ nella cura precoce contro Covid, **tocca al medico** decidere e **non ad AIFA**, il Collegio valuta l'altro punto della questione: "Quanto alla **sicurezza della cura**, la stessa AIFA riconosce che i dati degli studi clinici

*randomizzati più recenti non sembrano confermare il maggiore rischio di gravi tossicità” né “un eccesso di mortalità”, ed ha “evidenziato la sicurezza di impiego dell’HCQ sia in terapie prolungate che in cicli terapeutici brevi di 5/7 giorni con dosi non elevate, di 200 mg per 2 volte al giorno”. Perciò “Il rapporto benefici/rischi... non è ragionevolmente tale da precludere l’utilizzo off label dell’idrossiclorochina” ... “Tanto più ove si consideri la mancanza di un’adeguata e precoce terapia domiciliare ad hoc per curare la malattia e l’elevata ospedalizzazione dei pazienti affetti da SARS-CoV-2 che, in una fase di ri-espansione della pandemia, come quella attuale, rischia di pregiudicare l’erogazione delle cure (...) verso i pazienti più gravi o bisognosi, con compromissione della stessa efficienza del Servizio Sanitario Nazionale”.*

E si arriva così alle **CONCLUSIONI** dalle quali emerge: “... **l’irragionevolezza e l’illogicità del divieto imposto dall’AIFA all’utilizzo dell’HCQ nella misura in cui esso, da un lato, sacrifica a priori in modo non giustificato e non proporzionato... l’autonomia decisionale del medico, sancita dal citato art. 3 (...); e dall’altro limita il Diritto alla Salute di cui all’art. 32 della Costituzione, non solo nella sua dimensione personalistica, sospendendo l’utilizzo di una possibile alternativa terapeutica per il singolo paziente, ma anche nella sua dimensione solidaristica, quale interesse della collettività... Lo Stato sociale di diritto (... ) richiede alla scienza medica di curare, anziché astenersi dal curare i cittadini”...**“La possibilità di prescrivere il farmaco off label (...) è il portato del principio dell’autonomia decisionale del medico... uno dei cardini intorno ai quali ruota il diritto sanitario... La Corte Costituzionale ... ha chiaramente affermato questo principio... la regola di fondo di uno Stato democratico in questa materia è costituita dall’autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione...”

“...Non vi sono, del resto, contrarie ragioni di salute pubblica che sconsiglino l’impiego generalizzato del farmaco, utilizzato ormai da molti anni... facilmente reperibile e poco costoso...” che “... potrebbe consentire la cura domiciliare di moltissimi pazienti (...) Dalle ragioni esposte discende... l’accoglimento dell’appello cautelare” dei medici e “la sospensione della nota del 22 luglio 2020 di AIFA...”

Sotto il provvedimento, segue la sigla del Collegio giudicante presieduto da Franco Frattini e composto da Giulio Veltri, Massimiliano Nocelli, Giovanni Pescatore e Giulia Ferrari. Provvedimento che avvalorava quanto scritto nella prima parte del “Diario” dove si legge “... **Aumentare il numero di ventilatori e terapie intensive TRASCURANDO tutto quello che si PUO’ FARE PRIMA per evitarlo, è IMMORALE dal punto di vista umano, RIPROVEVOLE dal punto di vista della deontologia professionale, PERSEGUBILE anche sotto il profilo giudiziario**”.

Queste possibilità di cura, infatti, erano da tempo sotto gli occhi di tutti. Perciò il via libera all’HCQ ottenuto dalla magistratura italiana, viene ripreso anche all’estero: perché i medici italiani – e non solo quelli del gruppo “Terapia Domiciliare Covid-19”, ma anche quelli di “Ippocrate.org”, “Medici FVG”, ecc. - hanno collaborato fin dall’inizio della pandemia con altri medici in tutto il mondo accomunati dalla stessa linea di intervento. Soprattutto in Francia dove il verdetto della magistratura italiana, viene accolto con entusiasmo perché anche Didier Raoult ha fatto delle cure precoci il suo cavallo di battaglia: France-Soir – giornale indipendente dalle posizioni governative - il 16 dicembre 2020, infatti, titola “[Idrossiclorochina approvata in Italia: il rapporto scientifico completo](#)”. E il quotidiano francese che ogni anno riconosce un premio a personalità

locali e straniere per il loro apporto alla società, premia quest'anno proprio il gruppo dei "Medici in Prima Linea" sottolineando che da marzo *"si erano riuniti per curare a domicilio i pazienti, prescrivendo HCQ nonostante il divieto dell'AIFA"*.

La storia dell'HCQ, dunque, è emblematica del ruolo che può assumere un farmaco nel conflitto pandemico: perché la magistratura – nel fare piazza pulita di molte controversie pseudo-scientifiche - entra nel merito non tanto del singolo farmaco, ma del **metodo utilizzato per vietarlo**. Un metodo **irragionevole, inadeguato, scientificamente infondato**, come emerge dagli atti: molto simile, purtroppo, al metodo utilizzato dal Governo e dal suo CTS (di cui AIFA e OMS fanno parte) per impostare la fallimentare strategia sanitaria anti-Covid, poco incline alla "strategia delle cure precoci". Ma oggi che quel divieto è stato abolito, questo basterà a far invertire la rotta? Perciò sarebbe importante conoscere i criteri sui quali OMS e AIFA dettano le regole e gli obiettivi che intendono raggiungere. In particolare, viene da chiedersi: si possono ancora accettare le disposizioni di AIFA senza verificarne la validità, considerando la scarsa attendibilità dei metodi utilizzati per vietare un farmaco che, se usato precocemente a domicilio, avrebbe potuto cambiare in Italia il corso di questa pandemia?

Se nei confronti dell'HCQ usata da quasi un secolo a livello mondiale, AIFA ha sollevato tante obiezioni prima di accertarne *"efficacia, appropriatezza e sicurezza"*, che farà con i vaccini della cui *"efficacia, appropriatezza e sicurezza"* non si sa quasi nulla, trattandosi di farmaci nuovi che stanno per essere immessi sul mercato senza avere superato le fasi di sperimentazione richieste? Applicherà gli stessi criteri di "cautela" per questa campagna vaccinale "sperimentale" promossa per la prima volta durante un'epidemia in corso? E in attesa dei tempi necessari a superare le incertezze sui vaccini (che rimarranno tali almeno fino a dicembre 2023, come si legge nel dossier dell'Agenzia Europea per i Medicinali EMA) riportato [dalla VOCE delle Voci il 6 gennaio 2021](#) ), l'AIFA, il CTS e il Governo sono disposti ad accantonare l'"irragionevole" strategia emergenziale adottata finora per agevolare quella dei medici che combattono il virus a domicilio? Almeno per evitare la strage degli ammalati di altre gravi patologie che non trovano posto negli ospedali o che sono costretti ad aspettare mesi per accertamenti urgenti, i quali, sommati ai morti di Covid per mancanza di cure idonee, fanno crescere drammaticamente l'indice di mortalità? Ebbene, **a giudicare dalle attuali LINEE GUIDA di AIFA e del Ministero della Salute, la risposta purtroppo è negativa.**

## “NEGAZIONISTA” è chi NEGA le CURE

L' "irragionevole" ragionamento che ha portato AIFA a vietare il ricorso all'HCQ in tempo utile per sbarrare la strada al Covid, sembra lo stesso che continua a **sconsigliare la somministrazione in tempo utile di altri farmaci** che, in sinergia o in alternativa all'HCQ, potrebbero prevenire e curare il Covid.

Ecco, infatti, la sintesi delle indicazioni per i **casi lievi di Covid** riportate dall'ORDINE DEI MEDICI "... *basate anche sulle schede informative AIFA aggiornate in relazione alla rapida evoluzione delle evidenze scientifiche*":

*"In linea generale... alcuna terapia al di fuori di una eventuale terapia sintomatica di supporto" (ovvero paracetamolo o Tachipirina ndr). In particolare, nei soggetti a domicilio asintomatici o paucisintomatici, sulla base delle informazioni e dei dati attualmente disponibili, si forniscono le seguenti indicazioni di gestione clinica":*

- **vigile attesa;**
- **misurazione periodica della saturazione dell'ossigeno...;**
- **l'uso dei corticosteroidi è raccomandato nei soggetti con malattia COVID-19 grave che necessitano di supplementazione di ossigeno... ;**
- **non utilizzare eparina... indicata solo nei soggetti immobilizzati per l'infezione in atto;**
- **non utilizzare antibiotici. Il loro eventuale uso è da riservare solo in presenza di sintomatologia febbrile persistente per oltre 72 ore o ogni volta in cui il quadro clinico ponga il fondato sospetto di una sovrapposizione batterica, o quando l'infezione batterica è dimostrata da un esame microbiologico;**
- **non somministrare farmaci mediante aerosol...**

*Non esistono evidenze solide e incontrovertibili (ovvero derivanti da studi clinici controllati) di **efficacia di supplementi vitaminici e integratori** alimentari (ad esempio vitamine, inclusa vitamina D, latte di mucca, Quercetina), il cui utilizzo per questa indicazione non è, quindi, raccomandato... Le raccomandazioni fornite riflettono la letteratura e le indicazioni esistenti".*

Ebbene, l'unica differenza tra queste indicazioni e quanto disposto nell'ordinanza del Consiglio di Stato del 11 dicembre 2020, è la nota sull'HCQ di cui era vietato l'uso *off label* e che pertanto è modificata. Ma per il resto, la sostanza non cambia. La miopia è la stessa. L'inerzia terapeutica *en attendant* il vaccino è rimasta immutata. L'irragionevolezza che ha condotto al divieto dell'HCQ in tempo utile **continua a sconsigliare l'uso tempestivo di farmaci che possono prevenire o bloccare il Covid sul nascere.**

*"Queste Linee Guida sono la pietra tombale delle cure tempestive e preventive che stiamo adottando da mesi per arginare le forme gravi della malattia... – si legge nei commenti sparati a raffica sulle chat dei medici – Ribadiscono di **"non utilizzare antibiotici se non con febbre per oltre 72 ore" o comunque "solo DOPO l'insorgenza di una sovrapposizione batterica"!**? Che senso ha aspettare tanto, rischiando che sia troppo tardi? Fino all'anno scorso per una laringite di sospetta origine virale ci veniva consigliato l'antibiotico per evitare una sovrapposizione batterica... Invece, ora che è vitale affrontare l'epidemia in maniera efficace, si deve ricorrere all'antibiotico **'solo in caso di sicura, acclarata sovrapposizione batterica?'**"*

Nelle LINEE GUIDA, infatti, l'utilizzo precoce degli antibiotici e degli altri farmaci è fortemente **sconsigliato**. Di conseguenza l'uso "tardivo" finisce per vanificare l'efficacia dei farmaci che potrebbero contrastare Covid: *"Il protocollo domiciliare Covid sembra scritto per preparare i pazienti ad andare in ospedale – dichiara alla [Nuova Bussola Quotidiana](#) il cardiologo Alessandro Capucci, uno dei consulenti dei medici che hanno fatto ricorso al Consiglio di Stato contro AIFA - Come si vede dallo schema, sono elencati tutti i farmaci da **non** somministrare. Resta in pista solo il paracetamolo o tachipirina. Dopo 9 mesi e 60mila morti, direi azzardato continuare su questa strada..."* Ma AIFA non cambia direzione continuando ad alimentare la narrazione del "virus indomabile" che fa a pugno con le storie cliniche che ho visto scorrere sotto i miei occhi, giorno dopo giorno, sulle chat dei medici. E di fatto sconsiglia l'uso di qualsiasi farmaco contro Covid, privo di *studi randomizzati e controllati* (RCT): come accaduto per l'HCQ, l'eparina e il plasma - il vaccino già pronto e a buon mercato scomparso dal dibattito mediatico - strumenti scientifici validi quali gli RCT e l'EBM sembrano diventati la sbarra di un passaggio a livello per dire ALT perfino all'uso di vitamine, integratori, Lattoferrina, Quercetina o altri rimedi naturali ingaggiati contro Covid. *"Non esistono evidenze solide e incontrovertibili (ovvero derivanti da studi clinici controllati) di efficacia di supplementi vitaminici e integratori alimentari (...), il cui utilizzo per questa indicazione non è, quindi, raccomandato..."* scrive AIFA. E ciononostante il Consiglio di Stato abbia ribadito il diritto dei medici all'autonomia di giudizio; nonostante la dissuasione dell'AIFA abbia solo un effetto mediatico perché i complessi vitaminici non richiedono ricetta; e nonostante i vantaggi della Lattoferrina, per esempio, di ridurre le probabilità di prendere il Covid o di prenderlo in forma grave siano frutto della [ricerca di due Università italiane](#) (Roma Tor Vergata e La Sapienza) i cui autori hanno dovuto difenderne pubblicamente [i risultati dagli attacchi di Burioni](#) e del circo mediatico, che hanno sconsigliato la Lattoferrina *"per non fare sprecare soldi ai cittadini"*.

Un veto, dunque, che aggiunto ad altri, appare una forzatura che alimenta i commenti stupiti dei Medici: *"... E' risaputo che quasi tutta l'umanità soffre di carenza di vitamina D e la sua utilità per Covid è confermata da una **bibliografia imponente** che dimostra come possa ridurre fino al 50% la mortalità da Covid, anche in fase acuta con dosi d'urto giornaliera... Dov'è scritto, invece, che le vitamine possono essere dannose per il Covid? Davanti a un simile approccio, come si fa a non pensar male?"*

E fa pensare male anche il veto a ricerche cliniche su farmaci noti come [l'adenosina somministrato per aerosol](#) che il dottor Pierpaolo Correale, direttore del reparto di Oncologia del Grande Ospedale Metropolitano (GOM) di Reggio Calabria, studia da 25 anni sul piano teorico, ma che, su intuizione del direttore di Terapia intensiva e Anestesia, Sebastiano Macheda, hanno utilizzato in via sperimentale come aerosol, da aprile 2020 con buoni risultati: tant'è che dopo la prima ondata del Covid, ne era già stato depositato il brevetto dallo stesso **GOM**. *"Si tratta di una sostanza che produce il nostro organismo e che ha il compito di bloccare l'infiammazione acuta da Covid e di indurre la riparazione dei danni"*, aveva spiegato il dottor Correale durante il webinar tenuto con i medici FVG cui ho assistito incuriosita. Per cui sono rimasta colpita quando AIFA ha bloccato la sperimentazione con adenosina perché *"in considerazione di un rapporto rischio/beneficio non definibile"* ha ritenuto che *"non possa essere autorizzata"*.

*"In realtà noi abbiamo inviato i nostri risultati all'AIFA, ma non siamo riusciti ad avere un confronto con loro: cosa che sarebbe stata molto importante – obietta il dottor Correale – Perché dovrebbe dare la possibilità ai medici di sperimentare con controlli e regole, ma*

*non togliere la speranza di poter guarire riposta nell'adenosina, studiata [e conosciuta da tanti anni](#). È stata bloccata senza motivazioni comprensibili...".*

Inutile soffermarsi su altri *diktat*. Come quello, per esempio, contro l'ivermectina spiegato in un webinar con i Medici FVG dal professore Harvey Risch: un antiparassitario che altrove sta ottenendo risultati straordinari a basso costo, di cui in Italia è stata vietata la diffusione ma che medici disobbedienti utilizzano ugualmente nell'interesse dei pazienti. Insomma, per dirla con le parole dei giudici, questo modo di regolare l'uso dei farmaci rischia di diventare "*arbitrario*", se ingiustificato e di sollevare dubbi inquietanti. Primo fra tutti: **quali sono i criteri adottati da AIFA per stabilire il ruolo che debbono avere farmaci economici e collaudati, rispetto a quelli costosi e da sperimentare, vaccini compresi?** E che ruolo ha avuto l'OMS in Italia nell'indicare la strada già annunciata da Conte ad aprile 2020: "*Dovremo andare avanti così fino a quando non ci sarà un vaccino, pronti a chiuderci di nuovo in casa se dovesse esserci una recrudescenza del contagio*"? Come mai già allora la "scienza che governa" riteneva il vaccino l'unica soluzione per liberarsi dalle catene del coronavirus? E come mai, nell'attesa, il "distanziamento sociale + mascherine + lavarsi le mani" era l'unica strategia praticabile? Perché le altre terapie da usare precocemente per abbassare il numero dei morti sono considerate quasi irrilevanti, nonostante ci vorranno diversi anni per vaccinare la popolazione mondiale e fare un bilancio dei risultati? Soprattutto se il virus continua a mutare velocemente e si intende somministrare il vaccino anche a chi è guarito dal Covid? Insomma, l'Italia nel frattempo, che farà? Continuerà a puntare tutto solo sui vaccini o comincerà a prendere in considerazione anche le cure precoci? Un dato è certo: oggi non si può affermare che le conoscenze su come affrontare il coronavirus, siano le stesse dall'inizio della pandemia. Né che l'unica ricetta per combattere la malattia, siano lockdown e coprifuoco per tenere in casa i cittadini "colpevoli" di assembramenti.

Perciò nel cercare risposte a questi interrogativi, è diventato **vitale sapere chi sta dettando le regole su come fronteggiare la pandemia**: se sono i politici italiani, se sono gli esperti del CTS che li supportano o se sono interessi esterni che li condizionano. Ed ecco perché l'attenzione torna sul CTS che per il protrarsi dello *stato di emergenza*, sembra quello che continua ad accentrare e dettare le strategie sanitarie: soprattutto sul ruolo assunto al suo interno dall'OMS, emerso da una serie di servizi di Report di dicembre 2020.

## OMS: consapevole “foglia di fico” del Governo italiano

Nel [carteggio andato in onda su Report](#), il 7 dicembre 2020, Ranieri Guerra, presente nel CTS come responsabile dell'OMS *“sembrerebbe il tessitore di una strategia che tende a coprire le inefficienze del nostro Paese nell'affrontare il virus. Una strategia di cui lui appare il garante. Egli stesso scrive in un'e-mail che, grazie ai suoi uffici, l'OMS è la consapevole foglia di fico del Governo italiano”, il parafulmine delle critiche al ministro Speranza durante la prima ondata Covid. Una strategia che Guerra dice di aver concordato con il direttore generale dell'OMS, Tedros. Anche per questo il dossier sarebbe stato ritirato: per non mettere in difficoltà il ministro italiano*”. Il dossier di cui ha parlato Report nella puntata del 7 dicembre è il rapporto stilato da un gruppo di ricercatori dell'OMS con sede a Venezia dal quale verrebbe fuori una fotografia impietosa della risposta italiana al coronavirus, con aggettivi come *“improvvisata, caotica, creativa”*.

Il rapporto, rimasto in rete 24 ore, poi è stato ritirato. E da quanto rivela Report, l'avrebbe fatto ritirare Ranieri Guerra dopo avere chiesto al coordinatore Francesco Zambon di modificarne alcune parti. Fra queste: *“La data del piano pandemico: 'Invece di quella reale del 2006, sul rapporto bisogna indicare un frontespizio con la data del 2016. Fammi avere la versione rivista appena puoi. Così non può uscire... Devi correggere subito’*. Ma nonostante le pressioni del numero due dell'OMS – *‘O ritiri la pubblicazione o ti faccio cacciare fuori dall'Oms’* - i ricercatori di Venezia tengono duro e scrivono che il piano italiano risaliva al 2006”. Il redattore di Report, Giulio Valesini, prova a chiedere conto di tutto questo direttamente all'interessato: *“Dottor Guerra, come ha fatto l'Oms a diventare, da organismo tecnico indipendente delle Nazioni Unite, la 'foglia di fico del governo italiano'? Perché non dovevate urtare la sensibilità politica del ministro Speranza? Risponda....L'ha scritto lei questo... Sono morte 50mila persone, dottor Guerra... una risposta.”* Ma il dottor Guerra non risponde. Anzi, si mette a sua volta a riprendere con il proprio cellulare la troupe di Report che lo sta riprendendo: platealmente sprezzante verso il giornalista che osa interrogare il numero due dell'OMS che, come tutti i membri dell'Organizzazione, è protetto dall'immunità diplomatica.

*“Siamo venuti in possesso di altre mail dalle quali si evince che... il rapporto del team di Venezia, da un punto di vista scientifico era ineccepibile”* evidenzia Report *“e che aveva ricevuto il semaforo verde”* dal comitato guidato da Soumya Swaminathan, il capo scientifico OMS, *“a differenza di altri lavori che venivano bocciati”*. Inoltre, in una e-mail del 14 aprile di Guerra *“allora in buoni rapporti con i ricercatori del team di Venezia”,* si legge che **“bisognava tirare il Ministro dentro la strategia dell'OMS per non far saltare tutto: ‘Ti ho aperto un'autostrada sulla narrazione, ma bisognerebbe anche condividere con Speranza un indice più aggiornato di quello che volete fare, così che benedica anche questa parte.’”** Perciò, quando il rapporto viene censurato dall'Oms, Hans Kluge, direttore OMS per la Regione europea, *“era preoccupato per la reazione del Ministro Speranza”* e scrive *“E' la questione chiave la mia relazione con il Ministro, che era molto infastidito”*... *“Scriverò al Ministro che istituiremo un gruppo di esperti Ministero/ISS/OMS per rivedere il documento”*. Cioè, pur di ricucire il rapporto con Speranza, Kluge arriva a ideare una sorta di gruppo di revisione concordata del lavoro.”

Così il conduttore di Report conclude: *"Noi vogliamo conoscere effettivamente qual è il ruolo di Ranieri Guerra, visto che le sue decisioni ricadono sulla salute pubblica. Anche perché è grazie al suo ruolo che si sente un intoccabile, come dice chiaramente in una mail a Zambon. Intanto ancora siede lì, nel Comitato Tecnico Scientifico. E dice chiaramente: 'qualunque cosa accada, io rimarrò lì a garantire la mediazione con gli americani fino a quando non si sarà svolto il G20 in tema di salute'. Ma a garantire chi?"*, si chiede Report. Un interrogativo che, come anello di una stessa catena, ne solleva altri: qual è **la strategia dell'OMS nella quale bisognava tirare dentro il Ministro per non far saltare tutto**? Come mai era così importante non urtarne la suscettibilità? In che cosa consisteva il piano concordato con Tedros in cui OMS faceva *"la foglia di fico"* del nostro Governo? Per trovare le risposte anche la magistratura ha aperto un'inchiesta.

Nel frattempo le mail rivelate da Report messe le une accanto alle altre come pezzi di un puzzle, delineano un quadro in cui l'Italia sembra avere un ruolo inquietante. Il nostro Paese, infatti, è stato il primo (dopo la Cina) a seguire l'input di fare il lockdown. Ma così facendo l'Italia ha tracciato una strada che è stata seguita dal resto d'Europa diventando il *"modello Italia"* di gestione della pandemia che solo la Svezia si è rifiutata di imitare. Un *modello* che, però, non ci ha impedito di raggiungere il triste primato di nazione europea con il maggior numero di morti. Per cui è doveroso chiedersi se tuttora sia la migliore e l'unica strada percorribile; o se non sia più opportuno fare un bilancio trasparente e democratico domandandosi come [denuncia anche la Nuova Bussola Quotidiano](#) il 24 dicembre 2020, vigilia di Natale oppressa dal coprifuoco alle 22: *"Perché il governo italiano ha scelto di gestire il Covid senza curarlo?"*

L'Italia, infatti, di errori ne ha commessi, anche se nascosti dietro il paravento dell'OMS: lo rivela sia il dossier dell'OMS redatto dall'equipe di Venezia, sia il report dell'Harvard Business Review che segnala l'incapacità dimostrata dall'Italia *"nell'agire rapidamente ed efficacemente in base alle informazioni esistenti"*; *"nell'organizzare una risposta sistematica e nell'apprendere cosa fare dai primi successi e "fallimenti"*. **Ma è impossibile rimediare agli errori se si ritiene di non averne fatti**, come dichiara con orgoglio il ministro Speranza nel servizio di Report affermando che il nostro Governo è stato bravissimo: *"tant'è vero che abbiamo avuto i complimenti e il plauso anche dell'OMS"*. Speranza ha perfino scritto un libro *"Perché guariremo"* uscito il 23 ottobre ma poi ritirato dalle librerie, perché forse ha ingenuamente creduto che la strada indicata dall'OMS era quella giusta per portare l'Italia fuori dalla pandemia... Ma non è andata così.

## Come cavalli legati alla sedia

*"Cari colleghi, qua in 12 mesi si è capovolto il mondo: se fosse accaduto l'anno scorso di lasciare a casa un malato con l'influenza senza cure, il medico sarebbe finito in Tribunale.... Ora sta accadendo il contrario", si legge in una chat del gruppo Medici FVG. Sottovalutare la "realtà clinica" delle cure precoci possibili, per negare, allo stesso tempo, le libertà costituzionali con restrizioni incomprensibili, appare sempre più un paradosso insostenibile. I veti emessi, infatti, appaiono così irragionevoli e infondati da tenerci "come cavalli legati a una sedia" come commentò qualche giorno prima di Natale la commessa di un bar di Trieste dove ero entrata, alle 11,10 per prendere un caffè al banco: "Troppo tardi signora - mi fa desolata - Fino alle 11 poteva prenderlo qui in piedi. Ma dopo le 11 deve prenderlo seduta al tavolino o fuori dal locale, in un bicchiere di carta.... ma non troppo vicino al bar, mi raccomando, sennò ci fanno la multa perché 'nei pressi dell'esercizio commerciale' è vietato'..." Poi, mi guarda dritto negli occhi e scuotendo le spalle, aggiunge: "Che devo dirle... non capisco quale sia il senso di tutto questo. Mi sembra che siamo come cavalli legati a una sedia ai quali basterebbe fare un passo per buttare la sedia per aria. Ma nessuno lo fa... "*

Lo "stato di emergenza" sempre meno giustificato sta limitando diritti, libertà e mettendo in crisi un intero Paese a fronte di fallimentari risultati sanitari. E il suo protrarsi ben oltre il previsto, sulla base di elementi sempre più incerti, contraddittori e poco verificabili, rischia di determinare un paradosso: **proprio la sospensione di alcuni diritti democratici, in nome del supremo Diritto alla Salute sta facendo... perdere la salute ai cittadini.** La "democrazia sospesa" senza più motivi sufficienti a giustificarlo, sta aggravando la malattia. Perché, sotto il profilo sanitario provvedimenti come il coprifuoco alle 22,00, non curano meglio il Covid, né arginano l'epidemia: ma tengono psicologicamente in scacco i cittadini, aggravando lo stato di salute mentale e generale dell'Italia, indebolendo la sua economia, la sua cultura, il suo patrimonio.

Così l'Italia si sta ammalando e indebolendo, tutta: perché *malattia* non è solo quella che aggredisce il fisico, ma anche la mente. E oggi il disagio psico-fisico è talmente diffuso che è arrivato ad aggredire anche i bambini notoriamente immuni al Covid, che si stanno ammalando per il Covid: o peggio, per la mancanza di libertà usata dal Governo come "cura anti-Covid". *"Oggi mi trovo a dover curare bambini di 8 anni con la depressione: non mi è MAI capitato prima... Non ho mai riscontrato forme così gravi di autolesionismo nei piccoli che non posso neanche aiutare con gli psicofarmaci, perché si somministrano solo agli adulti",* racconta un celebre neuropsichiatra napoletano.

*"In aumento tentati suicidi e autolesionismo tra i giovani: col Covid numeri da brivido"* titola [L'Espresso](#) riportando *"L'allarme lanciato da Stefano Vicari, responsabile di Neuropsichiatria dell'Infanzia e l'Adolescenza del Bambino Gesù: "L'isolamento mette a grave rischio la tutela della loro salute mentale. Stiamo negando ai ragazzi una parte affettiva che fa parte del loro diventare adulti... Si tagliano le braccia, le cosce, l'addome. Altri tentano il suicidio. Di recente, una ragazzina di 12 anni si è buttata dalla finestra: è il modo più usato dai ragazzi tra i 12 e i 15 anni".*

E questo non è solo un tema da specialisti. Al contrario è un argomento di dibattito a livello popolare come rivelano [le testimonianze portate da Radio DEEJAY](#) "Loredana è

*un'ascoltatrice e mamma di una ragazzina di 17 anni che vuole rivolgere un appello a chi ci governa",* annuncia il conduttore. E Loredana esordisce: *"Ciò che più mi angoscia è non riuscire a capire perché mia figlia di sua spontanea volontà ha preso un bicchiere, lo ha rotto e davanti a me e ha cominciato a tagliarsi il corpo... Perciò a chi ci governa dico: la scuola è importante per loro...li forma".*

*"Mio nonno, Aldo Moro, mi ha insegnato che il diritto alla libertà non può essere violato - ha dichiarato Luca Moro, nipote del grande statista italiano - Perché senza libertà, non c'è nulla: nemmeno la salute".*

A marzo 2020 molti medici hanno disobbedito a regole *irragionevoli*, salvando tante vite: a distanza di quasi un anno la magistratura ha dimostrato che avevano ragione. Ma nel frattempo sono state emesse nuove regole prive di ragionevolezza, che stanno mettendo a rischio la salute psico-fisica degli italiani. Così, divieto dopo divieto, abbiamo perso la capacità di ragionare e, se necessario, di disobbedire: annichiliti dalla paura che spinge molti a girare pure all'aperto con il volto mascherato, anche da soli in bicicletta o a spasso con il cane. Così, veto dopo veto, la paura del *virus incurabile* ci sta spingendo a rifiutare gli altri, a non considerarli più per quello che sono - esseri umani, persone, amici - ma solo **"sospetti infetti"** dai quali stare alla larga perché **"colpevoli"** della tragedia che stiamo vivendo. Il nostro prossimo, insomma, sta diventando in una sorta di transfer collettivo alimentato dalla paura il **capro espiatorio**: tutti elementi che sembrano fare parte di una Storia che si ripete. Ecco perché bisogna capire non solo come siamo arrivati a tutto questo, ma anche che cosa ci impedisce di uscire dalle sabbie mobili dell'attuale "stato di emergenza". E bisogna capirlo al più presto. Prima che, come la Storia ci insegna, diventi troppo tardi.

( FINE seconda parte, entrata in rete il 30 dicembre 2020)