

# 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)**

**( Parte seconda )**

## 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*". Una fotografia della situazione sanitaria fissata, a mo' di testimonianza. Ma contraddetta da subito: "*Bisogna mantenere alta la guardia*", infatti, è il ritornello che va avanti per tutta l'estate 2020, alimentato dal terrore di una seconda ondata autunnale come la Spagnola che, alla fine del secondo decennio del XX secolo, fece milioni di morti. Un ritornello scandito soprattutto dal Governo e dai suoi "esperti" anche se, come diceva Ernesto Burgio, priva di basi scientifiche. Anzi: considerando le affinità tra Sars Cov 2 con la precedente Sars, la maggioranza degli esperti propende per una virulenza attenuata del Covid a ottobre, non dissimile dall'influenza.

Ciononostante la pandemia *mediatica* suggerisce l'opposto. Già a **giugno**, infatti, arriva la notizia: "*Il nostro autunno sarà come nei mattatoi tedeschi... perché ci sono milioni di contagiati in tutti e cinque i continenti*"... "*Non è finito niente: questa pandemia è identica alla Spagnola, che 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: è la sua risposta alla lettera degli esperti sull' "emergenza finita", fatta con toni perentorie ma senza supporto scientifico che scatena una rissa fra virologi. Sull'Huffingtonpost del 27 giugno, volano parole grosse, protagonisti Massimo Clementi e Ranieri Guerra: "... "*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 Covid-19. Se questa commissione si pone in questo modo verso la comunità scientifica italiana andiamo veramente male*", dice il virologo dell'università Vita-Salute San Raffaele, 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 di 11 brevetti in Europa e negli Stati Uniti: che anche a **luglio**, venuto a conoscenza della decisione di Conte di rinnovare i suoi "pieni poteri" lancia un appello su Facebook: "*Proroga dello stato di emergenza? Abbiamo capito bene?...è un'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: "*non per un aumento dei contagi, ma per le parole del direttore generale dell'OMS Tedros che delinea scenari apocalittici per la prossima stagione*", denuncia "Radio Radio". 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, ma sostenute dal consulente del ministro Speranza, Ricciardi, e da Guerra che avvalorano gli allarmi dell'OMS: "*Il virus durerà anni. La proroga dello stato d'emergenza è indispensabile*..."

In realtà: "*Il Covid è stata un'emergenza ospedaliera, che oggi, lo dicono i numeri, è finita... da oltre 4.000 persone in terapia intensiva, siamo passati a 60 pazienti in tutta Italia...la cosa che sconcerta è che tutte le sere si continua a dare un bollettino di guerra*

*in apertura da tutte le testate... Ora basta..."*, è il senso della protesta di molti medici ed esperti. Come Zangrillo che il 25 luglio sbotta in diretta su "la7" : *"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..."*. Il suo tono è infastidito anche per le accuse che gli sono state mosse dopo la partecipazione al convegno "Covid-19 in Italia, tra informazione, scienza e diritti" organizzato al Senato da *"colleghi universitari milanesi che si permettono di dare del negazionista a chi come me è andato in mezzo ai malati e se ne è preso cura..."*. Anche la partecipazione e dichiarazioni di Andrea Bocelli a quel convegno suscita violente polemiche: *"... Ho fatto un intervento al Senato e sono stato definito un negazionista. Che strano, mi sono speso fin dal primo giorno per aiutare chi era in difficoltà... Poi ho detto che la paura è la sola cosa di cui bisogna avere paura... E forse su questo devo essere stato frainteso"*.

Comincia, così a montare nell'estate del 2020 questa specie di "pensiero uniforme" contro il quale le voci contrastanti che tentano di arginare la paura ricorrendo alla ragione, vengono tacitate: anche con toni arroganti, prevaricanti, offensivi. Una cosa mai accaduta prima del lockdown. Tant'è che le voci "discordanti" diventano sempre più flebili, isolate, ospitate solo sui media non governativi. Si arriva così a settembre quando la distinzione fra sintomatici e a-sintomatici diventa impercettibile: i numeri riguardano genericamente i "contagiati". Tanto che sui social cominciano anche a circolare video di persone ricoverate che stanno benissimo: *"Ci vedete? Noi stiamo una bellezza, ma dicono che siamo positivi e perciò stiamo qui in ospedale a Napoli..."*. Il 3 **ottobre** c'è chi tenta di frenare di nuovo il terrore a mezzo stampa: *"Non è la seconda ondata, ma una coda della prima... Non siamo nella situazione di marzo e aprile. Contagi come da pronostico"*. Ma è come volere frenare un treno in corsa. Nonostante i numeri dicano quanto la mortalità si sia ridotta, a livello mediatico emerge il contrario. Dal Report dell'Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari (Altems) dell'università Cattolica, per esempio, il rapporto tra pazienti deceduti e il totale dei positivi è lo 0,2%: tra il 18 e il 24 marzo era il 6%. Perciò quando esce la notizia dell' "obbligo di mascherina all'aperto" della 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 ... sudditi da terrorizzare con provvedimenti estremi"*. Una tesi confermata dal 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 - misura mai adottata in tempo di pace in Italia - nonché la chiusura di musei e mostre, didattica a distanza per le scuole superiori; mascherine nelle scuole elementari e medie, riempimento massimo del 50% sui mezzi pubblici; chiusura di bar e ristoranti alle 18, etc. etc. Il 4 novembre il virologo Giorgio Palù, dichiara all'Huffingtonpost: *"...Seguendo le mutazioni del virus, è aumentata la sua contagiosità ma non la letalità. E se c'è già chi preconizza nuove ondate, non abbiamo conoscenza di una pandemia 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%"*. 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,*

*per diagnosi mancate, controlli saltati e trattamenti salvavita non effettuati." 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. Il 17 novembre, sul [Corriere](#), il professor Salvatore Badalamenti dell'Humanitas, polo di ricerca di Milano, dichiara: "I malati cui serve la rianimazione sono il 10%: a marzo erano il 50...c'è un [assestamento dei ricoveri](#) che fa ben sperare". Insomma, lo stato di allarme e di emergenza non si giustificano più. Perciò il 4 dicembre Guido Bertolaso, ex capo della Protezione Civile, sul [Tempo](#) punta il dito sull'ultimo Dpcm di Conte: "Ecco fatto: segregati in casa per tutte le feste, anziani abbandonati, turismo demolito, nazioni confinanti strapiene di sciatori... Continuano a chiamarla emergenza, a quasi un anno dall'inizio della pandemia". E il 7 dicembre suor Anna Monia Alfieri, criticando i DPCM troppo restrittivi, 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...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"**. E ciò che dice una suora con parole semplici viene ribadito da Sabino Cassese giudice emerito della Corte costituzionale su [Libero Quotidiano](#) del 20 dicembre: **"Orrori giuridici non previsti dalla Costituzione..."** che commentando il decreto Natale, 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"*.*

Così mentre montano le perplessità, si verificano due fatti inaspettati a conferma di quanto raccontato finora: uno è una sorta di carta della fortuna arrivata via Facebook; l'altra è un'ordinanza del Consiglio di Stato emessa l'11 dicembre 2020.

## 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 on line. Sono un medico di Trieste e con un collega di Palmanova abbiamo creato a inizio marzo un gruppo WhatsApp con oltre 100 medici della regione per scambiarci opinioni sulle cure per il Covid anche con esperti nel resto d'Italia. Siamo aggiornati su quello che lei ha scritto, ma non siamo giornalisti. Chissà se un domani potremmo avere qualche punto di incontro...". E' il 31 agosto quando rispondo: "Ho molto piacere di scambiare opinioni con voi: perché sto scrivendo la seconda parte del libro... ma ho tanti interrogativi insoliti..."* Così dopo un incontro sul lungomare di Barcola il 9 settembre si legge sulla chat del gruppo "Medici FVG": *"Ho aggiunto Serena Romano, l'autrice del **"Diario ragionato della pandemia"** scaricabile gratis... Giornalista di alto spessore, basta cercare in internet... sulle terapie, la pensa come noi: che se iniziate subito, danno 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..."*

E poiché, come si dice, quando ti capita un'occasione, o la prendi o la perdi: io l'ho presa al volo. Perché entrare da giornalista in un gruppo di addetti ai lavori, significa potere attingere direttamente alla fonte tutta l'acqua che serve: un'opportunità per vedere che cosa fanno i medici nell'affrontare il Covid su sé stessi, sui propri pazienti e parenti, scoprendo i loro dubbi e come li risolvono individuando la cura giusta. Cura che non è mai giusta in assoluto, 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 o 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 e di confrontarle con gli altri; dalla passione per quello che fa e dalla fiducia che gli riconosce il paziente. Tutti ingredienti terapeutici indispensabili alla guarigione. Così ho la conferma che sono tutti medici *disobbedienti* alle linee governative perché hanno deciso di continuare a fare i medici in *"scienza e coscienza"*, rimanendo fedeli al giuramento del maestro di Kos, Ippocrate, che intorno al IV secolo a.C. definì i requisiti per *"praticare l'arte medica"* avendo come primo obiettivo categorico *"non nuocere"*: *"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"*.

Ecco perché, nonostante le Linee Guida del Governo e del CTS raccomandino di non visitare i pazienti a casa, di non curarli e di rimanere in "vigile attesa" del loro aggravarsi somministrando solo Tachipirina, questi medici hanno preferito obbedire ad Ippocrate. E in assenza di meeting e congressi, lo scambio di dati e terapie continua in rete, come una sorta di tam tam fra indiani nella foresta: e non solo per curare ma anche per prevenire la malattia o per ammalarsi di Covid in forma lieve, grazie alla vitamina D e C,

la Lattoferrina, la Quercetina, lo Zinco e altri integratori la cui efficacia ha trovato conferma in numerosi studi scientifici internazionali.

Seguirli "in diretta" in questo periodo di confusione mediatica in cui di tutto si parla, tranne che di cure possibili, per me è un grande sollievo. Perché è la conferma di quanto intuito nella prima parte del Diario: cioè, che dal Covid si guarisce se curati subito, che la salvezza è a portata di mano e che la possibilità di riprendere una vita quasi normale non dipende solo dall'arrivo del vaccino. Anche se questa speranza non sembra facile da realizzare, come mi confessa Luigi Cavanna, l'oncologo di Piacenza di cui parlai a marzo quando era sconosciuto: ora, invece, ha avuto la copertina sul Time e grandi spazi su Le Monde, il Sunday Post, la CNN, le tivù spagnola e norvegese per la sua cura del Covid "casa per casa" con "zero morti e zero ricoveri". Proprio per questo Cavanna, mi dice di essere preoccupato per i "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' una malattia virale: per cui prima è curata, meglio è. Perciò per le malattie virali non si apprestano gli ospedali: anzi si è fuori di testa nel fare grandi reparti di rianimazione, perché si curano il più presto possibile, a casa. Non a caso, sia io che migliaia di medici in tutto il mondo, abbiamo puntato fin dall'inizio sull'idrossiclorochina: perché a differenza di altri farmaci o terapie che vanno fatte in ospedale, somministrate in vena, monitorate, etc. 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. Curare una malattia virale in ospedale è come se ogni autunno, con l'arrivo dell'influenza, pretendessimo di aumentare i posti letto! Salterebbe qualsiasi sistema sanitario.... Perciò sono preoccupato che AIFA abbia vietato l'uso dell'HCQ con la motivazione: "Mancano studi randomizzati che consentano di verificarne l'efficacia". Non si è mai sentita una motivazione del genere in un'epidemia! Gli studi randomizzati hanno bisogno di anni... e guardi che per me come oncologo, sono il pane quotidiano: noi oncologi ci muoviamo solo con studi randomizzati. Ma dare una risposta ordinaria come lo studio randomizzato, a una situazione straordinaria è un errore metodologico che rischiamo di pagare con la morte di migliaia di persone..."*

Il divieto dell'AIFA all'uso dell'HCQ contro il Covid, di cui mi ha parlato Cavanna, apre così, la nuova "pista" di questa indagine giornalistica: perché ripercorrere la storia di questa molecola "scomoda" è fondamentale per comprendere che cosa si agita dietro il conflitto pandemico e perché sia stata avversata dall'OMS e dall'AIFA adducendo una presunta "pericolosità" rivelatasi "irragionevole": sia sul piano scientifico che giuridico. Ma per dimostrare tale "irragionevolezza" bisogna procedere con cautela: come chi avanza nella giungla fra sabbie mobili e piogge torrenziali che tendono a far perdere le tracce del percorso. Un po', come i soldati americani nelle foreste del Vietnam: paragone scelto non a caso. Perché 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 in diversi studi apparentemente "autorevoli" che hanno etichettato HCQ "pericolosa" e "inefficace", ma rivelatisi privi di validità scientifica e pregni di conflitti di interessi.

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

A fine maggio 2020, una pubblicazione della rivista “Lancet” solleva un grosso scandalo: l’HCQ è definita “pericolosa” e “letale” per il Covid, per cui l’OMS ne interrompe gli studi avviati, e l’AIFA ne vieta l’utilizzo in Italia. Scienziati di varie nazionalità, però, contestano la pubblicazione 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. Ma purtroppo, come accade con le smentite la cui eco è minore della notizia contestata, i dubbi sull’HCQ permangono. Tant’è che oggi, alla luce dei fatti accaduti, sorge il dubbio che quell’articolo non sia stato solo un errore, ma l’inizio di una strategia più ampia contro HCQ e le altre terapie precoci per il Covid.

Il primo a sollevarlo è un lungo [articolo di Issues Science and Technology](#) del 16 settembre 2020 che riporta la denuncia di alcuni scienziati dell’Università di Oxford su come “politica e 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 ci sia stato un farmaco più controverso... la disputa si è talmente politicizzata da annebbiare ogni barlume di scientificità....e 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 per la sua inefficacia, ma per le influenze della politica e degli affari. E in questa diatriba hanno avuto un grosso ruolo due studi, [Recovery](#) e [Solidarity](#): significativi per le dimensioni e per il credito attribuito loro dall’AIFA e dall’OMS, ma rivelatisi metodologicamente “insidiosi” e dai risultati fallaci. In particolare, al primo, promosso nel Regno Unito, collabora anche Mastercard, ed 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”. “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. Due studi molto critici verso HCQ, ma a loro volta molto criticati per il metodo usato per dimostrare la *pericolosità* e l’*inefficacia* dell’HCQ.

La storia dell’idrossiclorochina (nota in commercio come *Plaquenil* e con la sigla “HCQ”) inizia negli anni '30, come farmaco contro la malaria (il chinino) utilizzato fino ad oggi anche su pazienti con malattie autoimmuni, quali lupus o artrite reumatoide: non è, dunque, una molecola nuova ma utilizzata da circa un secolo. Perciò se non è pericolosa per chi la usa per tutta la vita, come può esserlo per chi la prende contro il Covid per una settimana? I critici verso HCQ, non hanno mai risposto a questa domanda. Quanto alla sua efficacia: i medici che hanno usato HCQ con successo contro Covid hanno sempre dichiarato che il “**come**” e il “**quando**” viene somministrata fa un’enorme differenza: **facendo pendere l’ago della bilancia dal lato della guarigione o dell’insuccesso**. Su questi presupposti sono stati prodotti gli studi che ne hanno dimostrato l’efficacia. Fra i quali quello del virologo più accreditato a livello mondiale, il francese Didier Raoult insieme a esperti provenienti da Italia, Cile, Brasile e India, che hanno analizzato e demolito “i 3 errori fondamentali” dello studio **Recovery**: la



somministrazione in fase avanzata della malattia, la monoterapia a base di sola HCQ, la posologia eccessiva. Tre “errori” scientifici sui quali 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.

Il primo “errore” salta agli occhi già nella premessa di **Recovery** : “condotto nel Regno Unito in 175 ospedali su pazienti con sintomi respiratori più o meno gravi e polmonite interstiziale” Si tratta di pazienti, dunque, ospedalizzati: “nella fase avanzata della malattia nella quale l’HCQ è poco efficace... come evidenziano le esperienze cliniche sul territorio mondiale” - spiega Raoult - “L’utilizzo precoce, invece, è motivato dai meccanismi di azione antivirali e immuno-modulanti dell’HCQ che vanno sfruttati nella prima fase della malattia: quando avviene la replicazione virale e la reazione del sistema immunitario che HCQ contrasta in modo fisiologico, modulando la risposta infiammatoria, e impedendo l’insorgere della tempesta citochinica...” Tesi confermata dall’evidenza clinica sulla quale si sono basati migliaia di medici chiedendo di intervenire presto: nelle prime 72 ore dall’insorgere dei sintomi o di diagnosi di positività.

Quanto al secondo “errore” riguarda l’utilizzo dell’HCQ in monoterapia, cioè 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...”.

Demolito così il secondo pilastro, **non resta che il terzo che, però, è inquietante: perché è un “errore” che riguarda 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”**. Una posologia da elefante se paragonata a quella usata contro il Covid dal gruppo di Raoult in Francia, dai medici italiani e da quelli nel mondo, che non ha mai superato la soglia di 400 - 600 mg al giorno, per un massimo di 10 giorni: con risultati su 1.061 pazienti, di 8 decessi e un tasso di mortalità dello 0,75%. Si arriva così, alla conclusione che – al di là delle parole e dei toni misurati propri della Scienza – contiene una denuncia gravissima: “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... 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...”*

Critiche pesanti ma che hanno diversi punti in comune con quelle fatte da altri studi e rivolte anche a [Solidarity](#): l'insieme di studi nazionali sui trattamenti per Covid promosso e coordinato proprio dall'OMS, anch'esso fatto su pazienti in ospedale. 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. 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 (la stessa dose usata anche*

contro Covid ndr) ... 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 allora per quali motivi sarebbe stata usata in dosi che non hanno riscontri terapeutici? 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 che ne verifichi fino in fondo la validità, non esime il giornalista dal riportarla ponendola in forma dubitativa e allegandovi le fonti citate...

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

Come si è visto, 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 interessante riportare in sintesi il lavoro di [Science](#) perché analizzando proprio il **“modo”** in cui sono condotti gli studi, scopre anche le **“insidie metodologiche”** che ne influenzano i risultati: simili alle insidie naturali della giungla in Vietnam che suggeriscono di procedere con attenzione e cautela.

E come tutte le riviste e gli studi scientifici di un certo prestigio, anche “Science” illustra nella premessa il suo modo di procedere e gli eventuali conflitti di interesse: “ *nessuno di noi ha conflitti di interesse con alcuna azienda farmaceutica*” specificando da chi hanno “ricevuto sostegno finanziario per questo lavoro”, illustrando “*come sono stati individuati i conflitti di interesse dei vari studi (anche con i siti web [Euros for Docs](#) e [Dollars for Docs](#))...*” e spiegando che definiscono uno “studio collegato a un conflitto di interesse quando i finanziamenti dell’industria farmaceutica superavano i 50.000 euro in 7 anni”. Così, su “23 studi inizialmente selezionati” Science ne ha scartati 3 “contenenti diverse insidie metodologiche” (“nella raccolta dati e nella trasparenza”) che li rendevano poco verificabili. Dopodichè, 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...” E sui 20 studi prescelti, viene fatta una prima distinzione tra studi basati su **“big data” e studi provenienti dal “mondo reale”** specificandone la differenza: “*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). Gli altri, invece, si basano su dati provenienti dal mondo reale, ottenuti da specialisti che si sono presi cura in prima persona dei loro pazienti: definiti “studi clinici” sono basati, dunque, 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*”.

Emerge, così, un primo dato sconcertante: gli studi “big data” basati su dati virtuali definiscono inefficace l’HCQ. Al contrario gli “studi clinici” basati su dati reali la definiscono efficace. Come sono possibili due verdetti così contrastanti? Una differenza che stupisce gli stessi autori: “... siamo rimasti sorpresi dal trovare enormi discrepanze nelle conclusioni tra i due gruppi principali... Così abbiamo cercato di capire che cosa potesse spiegare tali differenze”... “Abbiamo considerato, allora, 3 distinzioni o variabili. **Prima variabile:** la distinzione 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...”. Ebbene, la combinazione di queste 3 variabili fa la differenza fra la bocciatura e la promozione dell’HCQ. Ecco come: “*Negli studi condotti dai medici (studi clinici), era presente un protocollo chiaro, dettagliato sia per il trattamento che per il decorso post-malattia... 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, che il risultato migliore era associato ad un'altra variabile "... alla combinazione di HCQ con l'antibiotico azitromicina", più efficace nel trattamento "rispetto alla sola HCQ (effetto sinergico confermato in 8 studi nei quali è stata somministrata la terapia combinata)". Quanto alla variabile sui conflitti di interessi, gli autori del report di Science ne spiegano le motivazioni: ... "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". Risultato: tutti gli studi big data hanno 3 variabili in comune: protocollo impreciso o non descritto; assenza di benefici della HCQ per il Covid; presenza di conflitto di interessi. Viceversa, i risultati provenienti dall'assistenza diretta, reale, dei medici elenca 3 variabili di segno opposto: studi clinici associati a dettagli sulla terapia; buona efficacia dell'HCQ; mancanza di conflitti di interesse. Così si spiega scientificamente e semplicemente la netta differenza tra l'efficacia o meno dell'HCQ sulla base del diverso metodo utilizzato per raccogliere i dati e dei pregiudizi dettati dai conflitti di interessi. Avvalorando il detto: se un indizio non è una prova, 3 indizi messi insieme hanno buone probabilità di diventarlo. Vale a dire: tra i big data che bocchiano HCQ e i medici che la promuovono, hanno ragione i medici: "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 con HCQ..."

Così lo studio arriva ad una conclusione allarmante ma illuminante sulle 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". Insomma, 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 siano più apparenti che reali. Perché la realtà di ogni epidemia, quella vera e affidabile, è una sola: la realtà clinica vissuta dai medici che si prendono direttamente cura dei pazienti. Il resto non conta. O comunque non dovrebbe contare se non si vuole arrivare a "interpretazioni divergenti e conclusioni opposte a quelle di reale interesse" per l'umanità. Ma a questo punto, il mondo reale "resisterà" a quello virtuale? Questo forse è l'interrogativo più angosciante sollevato da questi studi che pesa sul futuro della nostra società. Perché oggi, di fatto, la **realtà clinica** – benché attendibile, scientificamente fondata e priva di conflitti di interesse - trova poco spazio dove si

decidono le misure contro la pandemia: per cui 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 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 e 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. Alcuni non la prescrivono ai propri pazienti, ma ne tengono una scorta per uso personale ... Harvey Risch, invece, un epidemiologo di cancro alla Yale University che ha sostenuto che “decine di migliaia di pazienti con COVID-19 stanno morendo inutilmente, perché HCQ, somministrata presto, potrebbe salvarli”, per queste affermazioni è stato criticato da un gruppo di colleghi: ai quali ha replicato che è storicamente dimostrato che il contributo al progresso medico ottenuto dall'apprendimento attraverso la pratica, è insostituibile solo da studi randomizzati...”*

A questi medici si aggiungono quelli che in Italia hanno fatto ricorso alla magistratura per difendere il loro diritto a prescrivere HCQ, negato *“illegittimamente”* dall'AIFA: ed il Consiglio di Stato, Supremo Organo della Giustizia Amministrativa, 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. Un'ordinanza di cui sono venuta a conoscenza per puro caso a fine novembre, 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...”* Al che chiedo: *“Quale ricorso? Che roba è... Sei tu che l'hai fatto?”*. E Andrea Mangiagalli 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. *“No, 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 il gruppo su Facebook “Terapia domiciliare Covid 19” per collegare i medici italiani che curano... E' lui che con noi ed il suo studio, ha condotto questa battaglia legale...”*

*“Prima di spiegare la parola “off label” – esordisce quella sera Mangiagalli – va detto che 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 spesso di prescrivere farmaci per un uso diverso da quello contenuto nelle*

*indicazioni sul bugiardino e approvate dall'AIFA. 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 modo. 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 hanno constatato che l'HCQ, nata 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. Il divieto alla prescrizione off label, dunque, 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..."*

Una questione, dunque, che rischia di aprire la porta a una sorta di "medicina di Stato" propria dei regimi autoritari e non delle democrazie. "Ma nei mesi in cui pendeva questo divieto, che avete fatto?", chiedo a Mangiagalli: "Abbiamo continuato a prescriverla e a curare i nostri pazienti, rispettando il giuramento di Ippocrate più che il divieto di AIFA scientificamente infondato, e informando i nostri pazienti che il farmaco non era autorizzato per il Covid, ma sia io che i miei colleghi lo avevamo utilizzato con successo. E i pazienti lo hanno accettato fidandosi di noi. Certo qualcuno poteva denunciarmi se avesse avuto forti effetti collaterali: ma poiché avevamo riscontrato solo miglioramenti, ciò non è accaduto..."

Un ragionamento, dunque, che trova conferma nell'ordinanza cautelare del [Consiglio di Stato](#) che ha ritenuto "irragionevole" e "scientificamente infondato" il divieto di AIFA. E al di là dell'iter giudiziario che prevede un ultimo passaggio al Tar, i principi su cui si fonda l'ordinanza 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" sia di AIFA che, indirettamente, dell'intera gestione dell'emergenza.** Perciò vale la pena soffermarsi sul contenuto di questa ordinanza ridotto in pillole tagliando interi brani (come rivelano i puntini sospensivi) per renderla più "digeribile": ma le cui frasi in virgolettato sono tutte prese testualmente dall'ordinanza per non tradirne il senso, come chiunque può controllare sull'originale (Consiglio di Stato, Ordinanza N. 07097/2020 REG.PROV.CAU. N. 09070/2020 REG.RIC.)

A partire dalla premessa in cui il Collegio giudicante riepiloga il contenuto, 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". Già da questo 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 “opponne all’accoglimento del ricorso” contro il divieto. E 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.(...)”. E già da questa premessa dei magistrati, sorge anche un dubbio: ammesso che i nostri vertici sanitari per errore abbiano trascurato le terapie domiciliari, perché poi non hanno rivalutato questa posizione consentendo, in attesa del vaccino, anche il ricorso alle cure? 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](#). Dubbio sollevato anche dal Consiglio di Stato: “(...) 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 la necessità di una rivalutazione... delle misure adottate dalle autorità...” Il Collegio dei giudici passa, quindi, ad analizzare i 4 “motivi di censura” contro AIFA, partendo dal primo - “la violazione del principio della libertà prescrittiva del medico curante” - dal quale AIFA per difendersi nega le sue stesse affermazioni dichiarando di avere “solo proibito il rimborso del farmaco dal Servizio Sanitario ma non vietato ai medici di prescriberlo off label (...)” Ma come dimostrano i giudici, AIFA “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»” Insomma, AIFA si contraddice, nega 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”**. In altre parole, l’Agenzia Italiana del Farmaco ritiene di poter rivendicare un ruolo da “Intoccabile” al di sopra delle parti, insostenibile sia in ambito scientifico che democratico: e soprattutto basato su un “principio di autorità” che non appartiene alla scienza moderna dai tempi di Galileo. Scrive in merito 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, connessa 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 (...)” 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: *“A partire dagli anni ‘90, l’approccio dominante della scienza medica per scegliere la terapia più adatta, è quello dell’evidenza scientifica: la cosiddetta Evidence Based Medicine (EBM o “Medicina Basata sulle Prove” ndr)... secondo cui la scelta della cura avviene, sulla base delle migliori prove di efficacia clinica e, in particolare, di studi ... 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”,* sottolinea il Consiglio di Stato.

Va detto anche che la definizione di EBM di David L. Sackett che con Archibald Cochrane ne è stato fra i “padri” fondatori, tradotta alla lettera dice che l’EBM è *“l’integrazione delle migliori prove di efficacia clinica con l’esperienza e l’abilità del medico ed i valori del paziente”.* Ma nella traduzione in italiano *“l’esperienza e l’abilità del medico e i valori del paziente”* sono scomparsi e si legge solo che: *“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”.* Uno stravolgimento del senso originale: in italiano, RCT e trials diventano “prove di efficacia” senza tenere conto delle specificità di ogni medico e paziente. Viceversa, il Consiglio di Stato restituisce valore all’esperienza clinica sperimentata sul territorio con i farmaci disponibili anche come metodo valido per trasformarla in dati scientifici a disposizione di tutti: come accaduto con l’HCQ sperimentata in precedenti epidemie e rivelatasi utile anche in questa, 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”.*

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 (...) 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 ...”* (...) *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”. Per cui, come già con il plasma, anche con l’HCQ: “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... 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” ...

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 (...) 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 Noccelli, Giovanni Pescatore e Giulia Ferrari.

Queste possibilità di cura, dunque, 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. 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? 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 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" anche per la campagna vaccinale "sperimentale"? 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 combattere 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? 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. Le indicazioni per i casi lievi di Covid "... basate sulle schede informative AIFA" continuano a sconsigliare "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... si forniscono le seguenti indicazioni di gestione clinica": vigile attesa; misurazione periodica della saturazione dell'ossigeno; cortisone solo per malati gravi che necessitano di ossigeno...; eparina "solo nei soggetti immobilizzati per l'infezione in atto"; antibiotici "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"; niente "farmaci mediante aerosol...". Sconsigliata perfino la prevenzione con **"supplementi vitaminici e integratori alimentari (ad esempio vitamine, inclusa vitamina D, latteferrina, Quercetina): non esistono evidenze solide e incontrovertibili (ovvero derivanti da studi clinici controllati) di efficacia per cui l'utilizzo non è 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 dell'11 dicembre 2020, è la nota sull'HCQ di cui era vietato l'uso *off label* che ora non lo è più. 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... Ora invece... ?" 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 pugni con le storie cliniche che ho visto scorrere sotto i miei occhi, giorno dopo giorno, sulle chat dei medici.

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: su intuizione del direttore di Terapia intensiva e Anestesia, Sebastiano Macheda, infatti, entrambi l'hanno utilizzata 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"*.

Stessa prassi con l'ivermectina, l'antiparassitario a basso costo, sul quale è piovuto il diktat di AIFA ma del quale, in un webinar con i Medici FVG, il professore Harvey Risch aveva dimostrato la grande efficacia. 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. Perciò 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. Perciò 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 per il ruolo assunto al suo interno dall'OMS come rivelano 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 da cui verrebbe fuori una fotografia impietosa della risposta italiana al virus, 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...”* 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. 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.’”**

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 un Natale all'insegna del coprifuoco: *"Perché il governo italiano ha scelto di gestire il Covid senza curarlo?"*



## 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 sul gruppo Medici FVG. I veti emessi appaiono così infondati da tenerci "come cavalli legati a una sedia" 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... "*

Così il protrarsi dello stato di emergenza giustificato da elementi contraddittori e poco verificabili, sta determinando un paradosso: la sospensione dei diritti democratici in nome del Diritto alla Salute sta facendo... perdere la salute ai cittadini. La "democrazia sospesa" senza motivi sufficienti a giustificarlo, sta aggravando la malattia. Perché, sotto il profilo sanitario, il coprifuoco alle 22,00 non cura meglio il Covid, ma tiene in scacco psicologicamente i cittadini, minando lo stato di salute mentale dell'Italia. E oggi il disagio psico-fisico è tanto diffuso da aggredire anche i bambini, immuni al Covid, per la mancanza di libertà usata dal Governo come "cura anti-Covid". *"Oggi debbo 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 ai quali non posso neanche dare psicofarmaci, perché si somministrano solo agli adulti",* racconta un celebre neuropsichiatra napoletano. *"In aumento tentati suicidi 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".*

A marzo 2020 molti medici hanno disobbedito a regole *irragionevoli*, salvando tante vite: dopo un anno la magistratura ha dimostrato che avevano ragione. Ma nel frattempo sono state emesse nuove regole prive di ragionevolezza. Così, divieto dopo divieto, molti hanno perso la capacità di ragionare e, se necessario, di disobbedire: annichiliti dalla paura che li spinge a girare anche da soli in bicicletta con la mascherina. E sempre veto dopo veto, la paura del *virus incurabile* spinge a rifiutare gli altri, a non considerarli più esseri umani 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. Perciò bisogna capire al più presto come siamo arrivati a tutto questo e che cosa ci impedisce di uscire dalle sabbie mobili dell'attuale "stato di emergenza". Prima che, come la Storia insegna, sia troppo tardi. Anche perché come ricordato da Luca, nipote del grande statista italiano: *"Mio nonno, Aldo Moro, mi ha insegnato che il diritto alla libertà non può essere violato. Perché senza libertà, non c'è nulla: nemmeno la salute".*