

Covid e le saggezze nascoste

**Marinella
Correggia**



Libri dei Consumatori

Marinella Correggia

COVID e le saggezze nascoste



Libri dei Consumatori

Indice

Introduzione

pg. 7

1

NON È STATO IL MAGGIORDOMO

Sars-CoV-2, gli altri virus e lo stato della natura

1. I MISTERI DEL SARS-COV-2

pg. 12

I salti di specie e un minuscolo messaggio • Giallo sulle origini, con finale aperto • L'ipotesi della fuoriuscita dal laboratorio • Il serbatoio animale. Fra pipistrelli e pangolini • E i selvatici-allevati? • I visoni del Vecchio continente e la zoonosi inversa • L'ipotesi del virus che venne da fuori... con il freddo • ...il virus e la catena alimentare zootecnica

2. ELIMINAZIONE DEL VIRUS? SOPPRESSIONE? MITIGAZIONE? CONVIVENZA?

pg. 21

Un elenco che parte dall'impossibile • Virus endemico, esperti confusi su come e quando

3. PARASSITI UMANI DEGLI ECOSISTEMI

pg. 25

Da chi mantenere le distanze: chi non dovremmo contagiare? • Commerci selvaggi • Allevamenti, morti e pandemie silenziose • Cambiamenti climatici, patologie virali ed epidemie

4. RINCORRERE MILLE ZONOSI?

pg. 32

«Sterilizzare» non è risolvere • Insostenibili proteine animali intensive: prezzi... e lavori 5P • Salvare i selvatici ci salverà • Un decennio per il ripristino. Sarà pace vera?

Note

pg. 37

2

LA VERA PREVENZIONE E LE CURE NEGLETTE

Quello che si poteva fare e che qualcuno ha fatto

1. DIETRO IL TERRORE DEL CONTAGIO MORTALE

pg. 40

Caratteristiche dei deceduti positivi al Sars-CoV-2 (Epicentro-Iss) • Insegnamenti... • ...e spiegazioni che vorremmo • Cos'è mancato? Una rivoluzione ipocritica

2. LA PREVENZIONE PER SUPERARE UNA NORMALITÀ MORBOSA

pg. 43

Un futuro «pandemizzato» • Primaria, secondaria, terziaria • Sindemia e schematismo biomedico • Nessun vaccino contro la *mal-aria* che aggrava la malattia • Un dibattito di società. Spendere per la salute o per la sanità? • Coltivare la salute. Produrre per la prevenzione e la cura

3. TUTTE LE NOSTRE DIFESE, INNATE, DA ACQUISIRE, DA RITROVARE pg. 53
Si può, ci sono riusciti • La forza di Lucile (117 anni) e la «confusione» dei media • La grande muraglia del sistema (immunitario personale) • Carica virale e fattori di rischio • Gioventù e salute non sono (quasi) un'età • Dunque vegetus! E Wfpbd... • Difensori vitali: vitamina D3, quercetina, zinco, oli essenziali... • C'è la vita là fuori. Elogio dell'aria aperta • Non elogio delle mascherine «antivirus» all'aperto

4. CHI BOICOTTA LE TERAPIE POCO COSTOSE? pg. 64
La saga del pretenzioso remdesivir • Caso idrossiclorochina: vite parallele 2 • Le traversie della plasmaterapia • Ivermectina e non solo

5. UN CIRCOLO VIZIOSO DI ERRORI: CURE A CASA ASSENTI, OSPEDALI AFFOLLATI, MISURE DI CONTENIMENTO... pg. 74
Chi si era accorto degli errori nel caos • Dicembre 2020: una nota governativa attesa ma deludente

6. LA CASA LUOGO DI CURA. QUALCHE BATTAGLIA VINTA E STORIE DI MEDICI pg. 78
5 marzo 2021, vittoria in tribunale contro le negligenze governative • Comitati e movimenti in prima linea fin dall'inizio • Ippocrate.org, movimento per le cure domiciliari • La valigetta del dottor Munda, nessun morto fra i suoi assistiti • Medici porta a porta con il 100% di guariti

7. LE CURE DEGLI ALTRI pg. 84
Note pg. 89

3

I CAMMINI DEGLI ALTRI

Umiltà e saggezza fuori dall'Occidente

1. LA DISFATTA DELL'OCCIDENTE. GOVERNI, MEDIA, ESPERTI... pg. 95
Sull'orlo di una crisi di nervi. Errori e strumentalizzazioni • Mortalità per milione di abitanti: enormi differenze fra i paesi • Condizioni molto diverse uguali ricette non omologabili • Quelle difese dei poveri che i modelli predittivi hanno ignorato • Razzismo formato Covid

2. AFRICA SUB-SAHARIANA: UNA SORPRESA? pg. 101
L'apocalisse è di altro genere • Una combinazione di fattori: le misure... • ...e il contesto • Burkina Faso • In Burundi... • La ricetta del Madagascar e... • ...la fitoterapia africana, speranza trascurata. Mancano i fondi

3. TANZANIA, IL BERSAGLIO DI TURNO. RICOSTRUZIONE DEI FATTI

pg. 111

Morte di un presidente • Non negazionista ma critico sulle misure anti-Covid • Prevenzione e precauzione nella primavera 2020. Ma niente panico • Nei mesi successivi...
• Tanzania fase 3: dissidente nel mirino • Pratiche di salute e rafforzamento del sistema immunitario • L'offensiva contro Magufuli e il governo • Pesanti pressioni per la vaccinazione di massa: giustificate?

4. I PAESI DELL'ALLEANZA ALBA E ALTRE COMUNITÀ.

pg. 121

LA SALUTE DI BASE E L'INGEGNO

Cuba maestra: la salute porta a porta, anzi internazionalista • Nicaragua, la scelta indipendente • Venezuela, il punto forte degli investimenti sociali • Haiti: smentita la cronaca del disastro annunciato • Comunità indigene, Ande, Chiapas, Amazzonia...

5. L'ASIA DEI NUMERI BASSI

pg. 128

Giappone, l'età non è tutto, dopotutto • Laos, Cambogia, Vietnam: mortalità zero vicino alla Cina • Bhutan, precauzioni lassù in montagna • Timor Est, zero morti • Siria! Dopo nove anni di guerra...

6. LABORATORIO INDIA, UN SUB-CONTINENTE (E I SUOI CONTADINI)

pg. 133

Rivelazioni: i contadini indiani in protesta non sono untori • Discussioni intorno alla bassa mortalità • Lo Stato del Kerala • Lo slum di Dharawi: perché parlare di miracolo?
• Rivelazioni dal Punjab: come si contano i decessi?

7. SCELTE PECULIARI SUL FRONTE OCCIDENTALE

pg. 141

Focus sulla Bielorussia • Svezia, la più discussa d'Occidente • Confronto con la Repubblica Ceca, prima al mondo per mortalità

Note

pg. 149

4

I MORTI, I DANNI E LE DOMANDE

La retorica del «siamo in guerra»

pg. 153

1. LA TRISTE CONTA DEI MORTI, DEI «CASI» E DEI PERCHÉ

pg. 154

Mortalità e letalità: le persone dietro i numeri • Tante domande • Il criterio dell'eccesso di mortalità rispetto agli anni precedenti • Un modello... di errori

2. LE VITTIME COLLATERALI E GLI ALTRI MORTI

pg. 160

Trascurare la salute • Lontano dagli occhi (nostri) • Per un confronto: lo stillicidio dei «morti per altro»

3. LE MISURE ANTICOID E LE DOMANDE ESSENZIALI

pg. 165

Gli scenari determinanti di un epidemiologo imperiale • Il corto circuito fra misure e panico, decisori e persone • Sette categorie di misure anti-virus (più che anti-Covid?) • Domande invano rivolte a chi dovrebbe rispondere • Asintomatici e *contagio* • Oms: «i tamponi vanno interpretati» • Restrizioni ai movimenti, chiusure, controlli: in una parola, lockdown • Mascherine generaliste, talismano di quest'epoca • All'aperto, a scuola • Il lavoro (faticoso) con mascherina

4. TUTTO SARÀ DIMENTICATO? EFFETTI COLLATERALI SU SCALA PLANETARIA

pg. 176

Visto dal Sud del mondo: ancora più disuguaglianze • Fra privilegiati ed essenziali, fra ricchi e poveri • «Meglio sudditi che morti». I frutti avvelenati della paura • I vecchi, i giovani e la distopia • Ambiente, fra il bene e il male • Il trionfo degli usa e getta • Cui prodest?

5. DOMANDE SULLA VACCINAZIONE UNIVERSALE ANTI-COVID

pg. 187

PER 7,8 MILIARDI DI PERSONE (O ALMENO IL 70%) DA RIPETERSI OGNI ANNO O PIÙ

Un paragone storico improprio: il vaiolo eradicato • In ginocchio da te, Big Pharma • Qual è l'efficacia protettiva? • E quali le reazioni avverse nel breve e lungo termine? • Perché non concentrare le vaccinazioni sui soggetti a rischio? • I vaccinati possono trasmettere l'infezione? • Obbligo di vaccinazione: una questione politica... e sanitaria • Vaccinarci in eterno a causa delle varianti • Pianeta Terra: *one size fits all*? E attenti al Covax... • Sei rischi di «iniquità»

Note

pg. 199

Introduzione

Verso la salute universale, oppure...?

A partire da una primavera diversamente silenziosa, miliardi di persone sono state gravemente colpite da un non-essere. Un virus capace di dettar legge a quel mondo umano che a sua volta detta legge al pianeta Terra. Chi si è messo in marcia per tornare nel villaggio dopo aver perso il lavoro nella chiusura di interi paesi. Chi ha potuto e voluto barricarsi in casa a qualunque età uscendo solo per la coda dei tamponi e la spesa. Chi si è sentito in tivù un padreterno, un santo guaritore. Chi ha visto le petroliere ferme al largo dei porti ma si è detto che durerà poco e infatti. Chi ha desiderato essere una rondine per percorrere il mondo e andare a vedere se altrove la distopia lo fosse meno. Chi pensava agli anziani morti soli perché sennò si sarebbero infettati. Chi si è messo a curare subito senza aspettare ordini dall'alto e ha visto i risultati. Chi ha annotato le contraddizioni spazio-temporali degli scienziati in tivù. Chi si è chiesto come mai in certe nazioni zero mortalità e nella sua l'opposto. Chi bambina rurale non ha più avuto il pasto garantito, fuori dalla scuola chiusa. Chi ha lavorato a distanza e chi è stato finalmente riconosciuto essenziale quindi a casa non poteva stare. Chi dunque ha parlato di virus della fame. Chi è diventato un delatore contro i disubbidienti alle regole dopo essere stato indifferente a tutto. Chi è uscito a manifestare per il diritto di lavorare e di restare. Chi si è ricordata che anche la libertà di movimento è un diritto ed è tutta salute. Chi ha riflettuto sulla globalizzazione. Chi non ha apprezzato i vaticini apocalittici di certi filantrocapiitalisti. Chi avrebbe voluto vedere i germani reali nelle fontane e chi ha visto anche i cervi nei parchi urbani. Chi ha capito che piccole partite Iva e ambulanti al tempo del neoliberalismo sono come i proletari. Chi si è dovuto intabarrare nella tuta spaziale per poter curare in terapia intensiva, mancando le cure a domicilio. Chi ha fotografato sui cigli delle strade mascherine, guanti e pacchetti di sigarette e si è chiesto come mai non si faccia prevenzione ambientale e comportamentale. Chi, lontano dall'Europa occidentale, ha apprezzato il suo presidente che proibiva di diffondere il panico. Chi si è affidato alle autorità diventando suddito pur di salvare la pelle. Chi si è ostinato notte e giorno a capire cosa c'è dietro il sortilegio. Chi ha apprezzato la rivalutazione della parola essenziale caduta in disuso. Chi è stato obbligato a barricarsi in un monolocale con il tetto in lamiera e tutta la famiglia nel clima saheliano. Chi ha mandato domande sul contagio e sulla malattia alle istituzioni ma hanno detto che non era possibile rispondere. Chi

ha mostrato che la medicina sul territorio serve. Chi non è riuscita a godere del primo cielo pulito e ad ascoltare il primo silenzio perché doveva pensare al pane quotidiano. Chi si rallegrava per le biciclette al posto dei motori ma poi leggeva che tanto per l'Africa l'effetto serra è già senza ritorno. Chi si è sentito dare del negazionista quando ha chiesto se fosse necessario infliggere una mascherina ai lavoratori di fatica nel caldo. Chi si è chiesto come mai le draconiane misure dispiagate non abbiano evitato tanti morti. Chi era già abbastanza provato da guerre, fame, locuste per potersi preoccupare anche del virus. Chi ha detto durante l'Harmattan la mascherina ci pesa di meno. Chi non ha trovato ridicolo salutare con il gomito e cantare il bellicoso inno mameliano dai balconi. Chi si è sentito umiliato dall'obbligo di mascherina all'aperto ma i più no. Chi si è ricordata che Big Pharma finanziava anche presidenti guerrafondai. Chi moriva di polmonite da povertà e ha continuato a farlo, anzi di più. Chi sorrideva quando su Internet o su un giornale si imbatteva in una scena senza zombi da un'altra parte del mondo. Chi ha temuto svolte autoritarie motivate dalla salute per tutti. Chi si è rallegrata che almeno il pangolino forse sarà meno cacciato, ma tutti gli altri? Chi ha analizzato un corto circuito, nell'informazione, molto simile a quello che vedeva a sostegno di operazioni militari. Chi non avrà ristori, sostegni, bonus, ecobonus e forse il suo paese non avrà cancellazioni del debito estero. Chi si chiede come mai le armi non chiudano mai.

Il coronavirus, cartina di tornasole, è rivelatore e divisivo. Si litiga (anche fra esperti) sulla sua origine, sulla sua gravità, sulla quantità di morti per Covid-19, sulle politiche sanitarie e sulle misure restrittive, sugli errori strategici e tattici, sulla validità degli strumenti diagnostici e di quelli socioeconomici. I toni sono bellicosi. E del resto, i governanti più vanesi non hanno forse abbondato in metafore belliche, ripetuto «siamo in guerra», «il nemico è là, invisibile», «stiamo facendo la storia», «ricostruiremo dalle macerie» e anche, addirittura, «è un evento eccezionale e tragico come la seconda guerra mondiale». No, non è così. Ma certo le frontiere nel mondo global si sono rialzate. Un'emergenza economica e sociale. Governi-media-esperti di tutto il mondo apparentemente uniti nelle misure di emergenza contro il nemico alieno. Al tempo stesso, interessi economici in vorticoso agguato, geopolitica in movimento e un chiaro uso strumentale dell'isteria: pochi governanti se ne sono sottratti. Ogni cosa sarà dimenticata?

Tutti hanno imparato un diluvio di parole nuove: contagio, asintomatici, coprifuoco, distanziamento, sanificazione, igienizzanti, chirurgiche usa e getta e Ffp2, contenimento, focolai, tracciare testare trattare (ma l'ultima azione, molto meno), lockdown, isolamento domiciliare, quarantena, indice di trasmissione,

curva epidemica, restate a casa salvate vite, autoisolamento, telelavoro, didattica a distanza, autocertificazioni, webinar, vaccino unica liberazione, zone rosse gialle arancioni. E la scienza come religione, anche se a dire il vero, gli esperti più ascoltati sono parsi spesso troppo umani e fallaci.

In questo caos non calmo, la piccola sfida è: farsi le domande giuste e guardarsi intorno. Da un punto di vista eco-pacifista, internazionale ed egualitario. Senza certezze, percorriamo quattro vie. Primo: le complesse cause ecosistemiche delle malattie infettive e anche delle altre, nella devastazione del vivente. Secondo: la vera prevenzione e le cure precoci che laddove applicate (magari proprio nei luoghi più poveri) hanno funzionato, il che fa nascere infinite questioni. Terzo: sguardo sul mondo, per scrutare da lontano i cammini seguiti dagli altri nel 2020-2021; quanto ci sarebbe da imparare. Quarto: i misteri di un non-essere, gli errori umani nel trattare una malattia, l'Everest di effetti collaterali sociali, economici, sanitari, gli incerti vantaggi ambientali.

Davvero una volta «usciti dal tunnel» ci accorgeremo che il virus ha fatto da leva di Archimede per la salute universale delle persone e del pianeta? Lo si sostiene enfaticamente guardando a miliardari piani come l'europeo Next Generation Europe con la sua declinazione italiana. E il resto del mondo? Oppure tutto sfocerà in un capitalismo più digitale e biomedicalizzato?

Dipende. Intanto – è solo un esempio – in India contadini di ogni età manifestano in massa dal mese di novembre 2020, i loro video ci proiettano nel prima e nel dopo rispetto all'attuale sortilegio, il loro impegno per la sopravvivenza non è estraneo alla crisi epocale. E in Francia, collettivi di rurali e aspiranti tali occupano terre incolte e lanciano il loro manifesto: «L'era Covid ha reso l'atmosfera ancora più irrespirabile. Soffochiamo, confinati in un'esistenza artificiale. Il coronavirus, frutto della devastazione del vivente, svela la nostra dipendenza totale dall'economia globalizzata e la fragilità della falsa abbondanza sugli scaffali. La gestione governativa sta riconfigurando l'economia (telelavoro, smaterializzazione...), abolendo le nostre libertà fondamentali (con la legge per la sicurezza globale, il regime di emergenza)». C'è un'alternativa: saggezze di tutto il mondo uscite e unitevi.

L'autrice devolve a progetti sociali ed ecologici l'intero compenso legato al libro

NON È STATO IL MAGGIORDOMO

Sars-CoV-2, gli altri virus e lo stato della natura

L'11 marzo 2020 l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) annuncia la «pandemia Covid-19». Pandemia, secondo la definizione data dall'Oms nel 2010 (dopo l'influenza suina), è la «diffusione mondiale di una nuova malattia che colpisce molte persone» - indipendentemente dal numero di decessi. A livello ufficiale tutto comincia quando il 31 dicembre 2019 la Cina notifica a livello internazionale l'esistenza di un focolaio di polmonite a eziologia non nota nella città di Wuhan, provincia dello Hubei. Il 9 gennaio 2020, il China Ccd (il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie della Cina) comunica di aver identificato un nuovo coronavirus (provvisoriamente chiamato 2019-nCoV) come causa eziologica di queste patologie. L'11 febbraio, l'Oms annuncia che la malattia respiratoria causata dal 2019-nCoV è stata chiamata Covid-19 (Corona Virus Disease). Da lì alla pandemia il passo è breve. Intanto il virus ritenuto responsabile dei casi di Covid-19 cambia nome. Il Gruppo di studio sul coronavirus del Comitato internazionale per la tassonomia dei virus (fino ad allora ignoto ai non addetti ai lavori) lo classifica come Sars-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) associandolo con il coronavirus che nel 2003 aveva causato la malattia detta sindrome respiratoria acuta grave.

Più di un anno dopo, fra il contagiosissimo virus e la malattia si fa ancora confusione, benché nel 90% dei casi la presenza del primo non sia nemmeno percepita. Un altro equivoco è sottolineato nel *Rapporto Ipbes su biodiversità e pandemie* dell'ottobre 2020:⁽¹⁾ «Le attuali strategie sanitarie, concentrate solo a controllare le malattie dopo la loro comparsa, sperando poi in vaccini e terapie da sviluppare, non sono un modo realistico per evitare la “era delle pandemie”, sono un percorso lento e incerto».

1. I MISTERI DEL SARS-COV-2

Il 31 dicembre 2019 le autorità sanitarie cinesi notificano un focolaio di casi di polmonite a eziologia non nota nella città di Wuhan (provincia dello Hubei). Il 9 gennaio 2020, il China Cdc (il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie della Cina) identifica un nuovo coronavirus come causa di queste patologie. Che come molte altre, sono zoonosi, termine che indica le malattie e le infezioni che si trasmettono dagli animali vertebrati agli esseri umani.

I salti di specie e un minuscolo messaggio

Lo abbiamo sentito cento volte. I virus non sono il mostro che viene dipinto e non sono esseri viventi, a differenza dei batteri. Hanno un'organizzazione molecolare estremamente semplificata: una molecola di un acido nucleico (Dna o Rna) che porta l'informazione genica necessaria alla loro replicazione, e poche proteine che la rivestono o che svolgono alcune funzioni enzimatiche. La loro forza sta nella capacità di parassitare, per replicarsi, organismi viventi, umani, animali, vegetali. In sé, virus, batteri e microrganismi, molto più antichi del genere umano e nella stragrande maggioranza sono assolutamente innocui, anzi spesso utilissimi per gli ecosistemi e la stessa salute umana. Alcuni possono avere effetti negativi rilevanti su quest'ultima quando i patogeni saltano (salto di specie o *spillover*) dagli animali all'uomo. Circolano fra mammiferi e uccelli circa 1,7 milioni di virus. Per ora solo poche centinaia hanno provocato epidemie più o meno grandi appunto saltando di specie. Spiega David Quammen, autore di *Spillover* (2012), libro-inchiesta sulle zoonosi: «Quando come umani disturbiamo gli ecosistemi, scateniamo nuovi virus. Siamo tanti, quasi otto miliardi che volano in aereo in ogni direzione. Se questi virus evolvono in modo tale da potersi trasmettere da un essere umano all'altro, hanno vinto la lotteria».

E l'ha vinta, apparentemente, Sars-CoV-2. Fa parte di una grande famiglia di virus che possono provocare patologie dal comune raffreddore fino appunto a Covid-19. La famiglia è così chiamata per le punte a forma di corona che hanno le proteine superficiali (*spike*) del virus. Sono comuni in molte specie animali. Sette dei coronavirus possono causare malattie fra gli umani; quattro sono endemici e provocano raffreddori o sintomi parainfluenzali, due hanno determinato infezioni temibili ma assai circoscritte come la Sars nel 2002-2003, e la Mers nel 2012 in Medioriente. Il Sars-CoV-2 è un virus emergente e contagioso.

Giallo sulle origini, con finale aperto

Nel giallo circa le origini del virus che suo malgrado ha messo sottosopra il mondo umano, la pagina fine sembra lontana dall'essere scritta. Il 9 febbraio 2021 ha lasciato la Cina il team di esperti internazionali dell'Oms (Organizzazione mondiale della sanità), dopo un mese di lavoro insieme a 17 colleghi locali, rivedendo studi, visitando strutture, conducendo interviste, effettuando sopralluoghi. Obiettivi della missione erano da un lato verificare il luogo e la data di partenza dell'epidemia, dall'altro capire con quali modalità il virus si sia introdotto nella popolazione umana e abbia potuto circolare e in quali luoghi. Si partiva dalla città di Wuhan, il focolaio iniziale, l'origine di tutto (forse). Un'unica certezza: non è stato il maggiordomo. Nel senso che è stato qualcun altro. Ma chi? Se all'origine di tutto c'è – senza colpa – il pipistrello, non ha agito da solo. Il Sars-CoV-2, imputato per la pandemia di Covid-19, come e perché ha fatto il salto di specie dall'ospite animale?

Sono diventati famosi come *L'urlo* di Munch i cosiddetti *wet markets* (mercati umidi): diffusissimi in Asia e in Africa, vendono soprattutto cibi freschi o essiccati e sono una fonte di approvvigionamento alimentare quotidiano. Ma alcuni espongono animali vivi, allevati e selvatici, affollati in gabbie ristrette e poi macellati sul posto, nella calca e in una totale mancanza di cautele. Una bomba virologica potenziale? Dall'inferno degli animali l'incendio che la globalizzazione ha trasformato in pandemia? Secondo il già citato rapporto Ipbes (Piattaforma intergovernativa sulla biodiversità e i servizi ecosistemici), la tempistica, la geografia e la fonte dell'infezione per il primo caso umano sono tuttora ignote. Del resto perché proprio un determinato mercato, fra tutti quelli in Cina (e nel Sud-Est asiatico) caratterizzati anche dal contatto fra selvatici e umani? E il teatro del crimine - il luogo della trasmissione alla popolazione umana -, è stato davvero, nel dicembre 2019, l'ormai notissimo mercato di Huanan, specializzato in prodotti ittici, a Wuhan, la città epicentro? Altre ipotesi?

Sì, tante. Come era prevedibile, il lungo rapporto finale della missione congiunta, pubblicato il 30 marzo 2021,⁽²⁾ lascia sul tappeto quasi ogni possibilità. Mettendo insieme dati epidemiologici e studi sulle popolazioni animali selvatiche e allevate (e selvatiche-allevate...), circa la scena del delitto suggerisce che «molti dei primi casi di polmonite atipica sono sì associati al mercato di Huanan, ma un numero simile di casi è associato ad altri mercati e ad altri luoghi. Non si può concludere con certezza che quel mercato sia all'origine dell'epidemia, né come l'infezione vi si sia introdotta». Il team ha esaminato quattro scenari per l'introduzione del virus nella popolazione umana: Primo: trasmissione zoonotica diretta da un serbatoio animale alla popolazione umana. Secondo: introduzione del virus mediante un'altra specie, un ospite intermedio, potenzialmente

più vicino agli umani, nella quale il virus si sarebbe meglio adattato e avrebbe potuto circolare per poi fare il salto di specie. Terzo: trasmissione o contaminazione attraverso la catena alimentare del freddo. Quarto: rilascio accidentale da un laboratorio. La prima ipotesi è ritenuta «possibile». La seconda «probabile o altamente probabile». La terza «possibile». La quarta «estremamente improbabile».

L'ipotesi della fuoriuscita dal laboratorio

Cominciamo dalla quarta. A Wuhan varie istituzioni hanno laboratori di alta sicurezza. Studiano i pipistrelli e i loro coronavirus. L'ipotesi di incidente, attraverso un'eventuale contaminazione di membri dello staff (per carenze strutturali, negligenza o problemi di gestione), è ritenuta dal succitato rapporto «altamente improbabile». Certo, «Il ceppo più vicino al Sars-CoV-2 (il 96,2%), il coronavirus Ratg13 è stato sequenziato all'Istituto di virologia di Wuhan» (si tratta di un betacoronavirus presente nel pipistrello ferro di cavallo; fu scoperto nel 2013 in una grotta nello Yunnan); e «il laboratorio del Cdc – Centro per il controllo delle malattie infettive – il 2 dicembre 2019 si è trasferito vicino al mercato di Huanan»; ma «benché gli incidenti possano accadere, un simile virus non era stato oggetto di nessuna pubblicazione da parte di ricercatori, mai stato identificato o conosciuto»; inoltre «i tre laboratori che a Wuhan lavorano sui coronavirus per lo sviluppo di vaccini hanno un livello di biosicurezza altissimo, non sono state riportate fra gli addetti infezioni compatibili con Covid-19 prima o durante dicembre 2019, e sono risultati negativi gli esami sierologici. Il trasloco del laboratorio non ha riportato incidenti». L'eventualità che la malattia sia stata portata a Wuhan dai ricercatori impegnati nel campionamento nelle lontane grotte non è considerata.

Dubbi sulla fuoriuscita accidentale erano stati sollevati nel 2020 fra gli altri il Premio Nobel per la medicina 2008 Jean-Luc Montagnier: il Sars-CoV-2 sarebbe il risultato del tentativo di produrre un vaccino contro il virus dell'Hiv. Lo scienziato francese ha fatto notare che nel genoma del coronavirus sono presenti elementi dell'Hiv e del plasmodio della malaria e questo non potrebbe essere avvenuto naturalmente. La tesi dell'incidente è ritenuta controversa e non dimostrabile.⁽³⁾ L'ipotesi della fuoriuscita dal laboratorio P4 di Wuhan è ribadita nel libro *I misteri di Wuhan*, di Franco Francassi e Federica Ipsaro Passione (2021). La struttura (come ha spiegato l'autore a *Visione Tv*), è gestita congiuntamente da Cina e Stati Uniti e studia fra l'altro la produzione di vaccini (fra i finanziatori la fondazione statunitense EcoHealth Alliance che ha dietro colossi della finanza e del mondo farmaceutico).

Il serbatoio animale. Fra pipistrelli e pangolini

Soffermiamoci sulle altre tre ipotesi. Il virus non è stato isolato nei pipistrelli, tuttavia sembra esistere una forte similitudine (96.2%) tra il genoma del Sars-CoV-2 e quello di coronavirus presenti in pipistrelli rinolofidi. Gli unici mammiferi alati sono riconosciuti come il serbatoio naturale di oltre 100 virus capaci di passare all'uomo. Secondo uno studio pubblicato in *Proceedings of the National Academy of Sciences*, è solo una questione di numeri e proporzioni; si tratta di 1200 specie e del secondo gruppo per biodiversità fra i mammiferi. E proteggerli è il modo migliore per proteggerci. Vivono in colonie ad alta densità e hanno una risposta immunitaria innata molto efficiente nel contrastare le infezioni grazie al metabolismo accelerato. Enrique Ortiz, del Fondo Ande e Amazzonia⁽⁴⁾ citando lo zoologo Russell Mittermeier, parla degli umani come *meat markets* (mercati della carne) per ogni genere di epidemie, patogeni e parassiti, perché siamo tanti, mobili e viviamo in grandi concentrazioni. Ma nessuna colpa hanno i pipistrelli, utilissimi all'agricoltura in quanto impollinatori e agenti per il controllo biologico degli insetti. Come ha chiarito fra gli altri l'Ispira,⁽⁵⁾ «le strutture superficiali acuminate (peplomeri) dei coronavirus sono dotate di glicoproteine spike che si legano ai recettori cellulari dell'ospite, infettato con un meccanismo tipo chiave-serratura. Ma le glicoproteine di superficie dei coronavirus Sars-like presenti nei pipistrelli non hanno la capacità di legarsi efficacemente ai recettori posti sulla superficie delle cellule umane, fatto che rende, sulla scorta delle migliori conoscenze, queste forme virali innocue per l'uomo. Lo *spillover* zoonotico, il salto dall'animale all'uomo, deve aver implicato una modifica di tali strutture che sono così divenute compatibili con le cellule umane. Tale modifica è plausibilmente avvenuta all'interno di un ospite intermedio appartenente ad un'altra specie».

Per la missione dell'Onu in Cina «tutto il lavoro compiuto continua a ritenere le popolazioni di pipistrelli il serbatoio naturale di questo virus e di virus simili. Ma la città di Wuhan non è vicina ad ambienti ricchi di pipistrelli, quindi la prima ipotesi, il salto diretto, è improbabile. Occorre trovare quale altra specie animale possa aver introdotto il virus, particolarmente nel mercato di Huanan».

Infatti, se il coronavirus Ratg13 (il più simile al genoma del Sars-CoV-2) è stato trovato nel sud della Cina, perché non è scoppiata laggiù l'epidemia, dove i contatti con i pipistrelli avvengono? E come è arrivato a Wuhan? Ai ricercatori inviati dall'Oms, i colleghi cinesi hanno riferito di aver condotto migliaia e migliaia di test su pipistrelli nella provincia dello Hubei (dove si trova Wuhan) e su animali selvatici di altre regioni del paese senza aver trovato positività al Sars-CoV-2. Dunque, anche se il coronavirus ha avuto origine nei pipistrelli, il suo viaggio verso gli umani rimane un mistero. Come? Dove? Forse non fra gli animali vivi e moribondi su quei banchi a Wuhan? E forse in quella città si è verificata semplicemente

la prima trasmissione di massa da umano a umano? Per la sindrome da Sars (Sindrome respiratoria acuta grave) del 2002-2003 si sa, più o meno, come andò: «Gli studi indicano che lo zibetto e altre due specie di animali selvatici, presenti in un mercato di animali vivi, sono stati infettati con il virus Sars-CoV o un virus molto simile. I pipistrelli ferro di cavallo sono stati individuati come serbatoi naturali di coronavirus tipo Sars».⁽⁶⁾ La Mers (Sindrome respiratoria del Medioriente) identificata per la prima volta in Arabia Saudita nel 2012 passò agli umani dai dromedari anche con il consumo dei loro prodotti. «Le origini del virus non sono ancora completamente comprese ma, secondo le analisi di diversi genomi, si ritiene che il serbatoio si trovi nei pipistrelli e sia stato trasmesso ai cammelli».⁽⁷⁾

Sono risultate vicine al nuovo coronavirus forme virali presenti in pangolini importati illegalmente in Cina soprattutto dalla Malaysia. Questo animale era ampiamente utilizzato a scopo alimentare e nella farmacopea tradizionale di quel paese.⁽⁸⁾ In ogni caso, e per fortuna, la questione del salto di specie e dell'eventuale ospite intermedio che avrebbe permesso al virus di raggiungere gli umani è servita a illuminare a giorno il tragico destino dei pangolini. Secondo l'Unione internazionale per la conservazione della natura (Iucn), questi mammiferi schivi e mansueti sono fra le specie più commerciate (in modo illegale) al mondo. Ogni anno oltre diecimila esemplari venivano introdotti in Cina malgrado il divieto. Lo spavento da Covid-19 ha almeno fatto uscire per legge questo povero insettivoro dalla farmacopea tradizionale cinese (ne usava le scaglie); e lo ha promosso nel paese al livello di attenzione legale del quale godono i panda. Protetto come un panda, si dice appunto. Meglio così (ma fino a quando?). Del resto, quale senso ha una farmacopea tradizionale la cui materia prima proviene da lontano richiedendo dunque un'esasperata, modernissima globalizzazione, con un traffico mondiale catastrofico per le specie selvatiche e gli stessi umani, a causa del connesso trasporto di microbi e patogeni?⁽⁹⁾

E i selvatici-allevati?

Ma forse non è stato nemmeno il pangolino. La missione congiunta in Cina precisa: «Anche se i coronavirus più direttamente collegati a Sars-CoV-2 si trovano in pipistrelli e pangolini, nessuno dei virus identificati finora in queste specie di mammiferi è simile a sufficienza al Sars-CoV-2 da poter essere considerato un progenitore diretto». E di fronte al fatto che, si legge nel rapporto, «le ampie ricerche circa la presenza di Sars-CoV-2 in decine di migliaia di campioni di animali selvatici e allevati in 31 province della Cina – compresi i pipistrelli – non hanno mostrato casi di infezione», raccomanda sia di approfondire le ricerche sui pipistrelli e pangolini in Cina e Sud-Est asiatico, ma anche di seguire altre impronte – è proprio il caso di dirlo. Occorrono dunque «nuovi studi che comprendano l'analisi

del commercio di animali e prodotti in altri mercati, soprattutto quelli legati a casi umani precoci di Sars-CoV-2; ricerche su allevamenti dove sono presenti animali sensibili al coronavirus, per esempio le specie da cibo, come i furetti e gli zibetti, e quelle da pelliccia come i visoni e i cani procione», anche fuori dalla Cina.

Il rapporto dei ricercatori, dunque, chiede di seguire anche la pista degli allevamenti da pelliccia. Del resto, l'8 gennaio 2021 la rivista *Science* pubblica l'articolo «Sars-CoV-2 spillover events»,⁽¹⁰⁾ a firma di due scienziati cinesi, Peng Zhou e Zheng-Li Shi. La loro ipotesi: il coronavirus potrebbe essere stato protagonista di un salto di specie dal pipistrello e/o pangolino (virus ancestrale) attraverso animali ospiti intermedi non ancora identificati, come il visone (virus progenitore diretto). Insomma una specie animale che ha un'alta densità di popolazione - in allevamenti intensivi da pelliccia - e che possiede una proteina Ace2 sensibile al Sars-CoV-2, come appunto il visone, sarebbe un possibile ospite del progenitore diretto del coronavirus Sars-CoV-2. L'eco-rivista online Reporterre ha dedicato due inchieste agli allevamenti di visoni che in Cina potrebbero essere stati il teatro del passaggio del virus agli esseri umani e che in Europa avrebbero avuto un ruolo centrale nell'epidemiologia dell'infezione.⁽¹¹⁾ L'inchiesta *Fashion Spillover – Covid e Visoni, Responsabilità della industria della pelliccia e delle istituzioni* pubblicato dall'associazione Lav⁽¹²⁾ descrive puntualmente la cronologia della diffusione dell'epidemia di coronavirus tra gli allevamenti di visoni da pelliccia in Europa e Nord America, l'insostenibilità del sistema di allevamento, l'impossibilità di mantenere in condizioni di biosicurezza queste strutture e, quindi, i rischi per la salute pubblica, i provvedimenti adottati o non adottati dei vari governi, le valutazioni scientifiche di autorità sanitarie nazionali di diversi paesi e organismi internazionali, il contesto italiano. Il rapporto Lav sintetizza anche l'inchiesta di Reporterre. Ecco qua. La Cina è il più grande mercato e produttore di pellicce al mondo, l'industria pesa più di venti miliardi di dollari all'anno, con oltre cinquanta milioni di pelli prodotte. Nel 2020, il ministero dell'agricoltura cinese ha vietato il commercio di selvatici per via dell'emergenza e dei rischi di propagazione del virus, ma ha esonerato le stesse specie qualora allevate.⁽¹³⁾

Nel 2015, un gruppo di ricercatori isola e identifica virus dei pipistrelli strettamente legati ai virus umani, suini e dei visoni. Questo suggerisce la possibilità di trasmissioni interspecifiche. Nell'ottobre 2016, una équipe della scuola veterinaria di Quingdao scopre che i visoni dello Shandong sono contaminati da un'influenza aviaria altamente patogena. Nel 2019, un'altra équipe della stessa scuola trova sempre in questi allevamenti l'emergere di una co-infezione mortale del virus della malattia di Carré e di quello della influenza suina H1N1, che hanno dato luogo a un nuovo ceppo di H1N1 nei polmoni dei mustelidi. Insomma si tratta di animali suscettibili a malattie respiratorie, e dalle difese immunitarie

indebolite per le condizioni di stress. Esistono oltre 3mila allevamenti di visoni cinesi, alcuni dei quali superano i 100mila animali, che potrebbero essere la fonte dell'attuale pandemia. I visoni cinesi sono particolarmente concentrati nella regione dello Shandong, territorio di medie montagne e foreste, noto tra l'altro per le sue grotte che ospitano numerose specie di chiroteri, alcune delle quali portatrici di coronavirus. Gli animali sono attratti dai capannoni per l'allevamento, che forniscono loro un potenziale riparo. Possono facilmente contaminare le gabbie. Dunque, nello Shandong (ma anche in altre regioni della Cina) ci sono tutti gli ingredienti per formidabili incontri virali, ricombinazioni di ogni genere ed emergenze sanitarie.

Rimane però da capire come poi tutto sia scoppiato a Wuhan. E anche perché solo allevamenti di visoni in Europa abbiano registrato infezioni, almeno da quanto riferisce il rapporto dello studio globale richiesto dall'Oms in Cina. Nondimeno, il dottor Peter Li, esperto in politica cinese di Humane Society international, interpreta il suddetto rapporto come «un forte avvertimento sui rischi devastanti per la salute pubblica derivanti dallo sfruttamento di animali selvatici in sistemi di allevamento intensivi, luoghi antigienici, sovraffollati e disumani, che siano ratti del bambù o tassi destinati al consumo umano, pangolini per la medicina tradizionale o cani procione e visoni per le pellicce. Mettere insieme milioni di animali in queste unità produttive crea un ambiente perfetto per lo sviluppo di pandemie e, se non vietiamo l'allevamento di pellicce e il commercio di animali selvatici, continueremo a giocare alla roulette russa con la sicurezza pubblica globale».

I visoni del Vecchio continente e la zoonosi inversa

Veniamo alla diffusione del virus nel Vecchio continente e ai salti di specie di ritorno. Una serie di osservazioni indica che due allevamenti, uno situato in Italia, nel comune di Capralba (Cremona), e l'altro in Spagna, nei pressi di Teruel (Aragona), potrebbero essere all'origine di linee virali che hanno avuto un ruolo chiave nelle prime due ondate di Sars-CoV-2 in Europa. Del resto nel continente l'Italia è stata il primo hotspot infettivo in Europa, e in particolare nella regione Lombardia, dove c'è il più alto numero di visoni. Magari è un triste caso. Certo è che l'unica catena di trasmissione ad oggi documentata è quella uomo-visone-uomo; un salto di specie di ritorno. Il coronavirus ha avuto una rapida diffusione in centinaia di allevamenti di visoni in Europa e Nord America; il virus, introdotto dai lavoratori addetti alle gabbie, ha potuto replicarsi infinite volte, causando lo sviluppo di diverse varianti di cui due, Y453F e Cluster 5, particolarmente insidiose. Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie ritiene la variante denominata Cluster 5 potenzialmente pericolosa perché potrebbe alterare le caratteristiche immunogeniche della proteina spike, andando tra le altre cose a mettere a

rischio l'efficacia dei vaccini. Uno studio pubblicato da *Science* nel settembre 2020 conclude: «È fondamentale che il settore della produzione e del commercio di pellicce non diventi un serbatoio per la futura diffusione di Sars-CoV-2 fra gli esseri umani». Insomma, come sottolineano sia il rapporto Lav che quello della Humane Society L'allevamento di animali da pelliccia, il Covid-19 e i rischi di malattie zoonotiche,⁽¹⁴⁾ quest'attività economica, futile, violenta, in Italia fonte di pochissimi posti di lavoro, certo non piacevoli e certo opportunamente riconvertibili, rappresenta un grave rischio per la salute umana. Questo è il motivo principale per cui la Danimarca ha compiuto la scelta radicale di abbattere la sua intera mandria di visoni dopo che è stato colpito un quarto dei suoi 1.147 allevamenti (8mila addetti). L'autunno 2020 sarà ricordato per l'infernale mattanza in mondovisione, con i piccoli cadaveri che riaffioravano dalle fosse comuni scavate superficialmente e straripate, con rischio di contaminazione delle falde acquifere.

L'ipotesi del virus che venne da fuori... con il freddo

Giallo anche su un'altra ipotesi. Gli stand del mercato di Huanan a Wuhan vendevano (prima della chiusura) soprattutto prodotti animali congelati, in particolare ittici, ma anche prodotti – e animali vivi – provenienti da allevamenti di specie di origine selvatica. Sono stati identificati venditori, fornitori e fattorie da diverse aree della Cina e anche dall'estero. Si continuerà su questa pista, compresa quella della catena di approvvigionamento di prodotti animali congelati. Dopo la chiusura ufficiale del mercato il primo gennaio 2020, dai campioni raccolti è stata evidenziata «una contaminazione delle superfici con Sars-CoV-2, compatibile con l'introduzione del virus mediante persone infette, animali infetti o prodotti contaminati». Il rapporto precisa però che «i test sui prodotti animali presenti nel mercato sono stati negativi». Certo, nelle fasi iniziali della pandemia, «vista la mancanza di consapevolezza sul ruolo potenziale della catena del freddo nell'introduzione e trasmissione del virus, i prodotti animali della catena del freddo non sono stati testati, salvo quelli di animali selvatici, trovati tutti negativi». Comunque «il virus Sars-CoV-2 può persistere nelle condizioni tipiche della catena del freddo, imballaggi e prodotti» e che «la catena di approvvigionamento del mercato di Huanan comprendeva prodotti congelati provenienti da diverse province della Cina dove si trovano allevamenti di animali selvatici, e da venti paesi esteri, anche quelli nei quali era stata riscontrata la presenza di Sars-CoV-2 prima della fine del 2019».

Si legge nel rapporto che «tre recenti focolai di Covid-19 in Cina sono stati legati al contatto con prodotti animali refrigerati o congelati, importati». La tesi dell'arrivo del virus in Cina con le importazioni della catena del freddo è stata ribadita alla fine di dicembre 2020 dal ministro degli Esteri di Pechino. Il governo cinese sostiene dunque che l'indagine sull'origine dovrebbe coinvolgere altri

paesi, in particolare l'Italia, dal momento che uno studio dell'Istituto superiore di sanità ha trovato che circolava nelle acque reflue di Milano e Torino già a fine 2019.⁽¹⁵⁾ E una ricerca dell'Istituto Tumori di Milano in collaborazione con l'Università di Siena avrebbe rilevato, tramite test sierologico, la presenza di anticorpi del virus Sars-Cov-2 nel sangue di 111 pazienti su 959 che si erano sottoposti a test diagnostici per individuare possibili tumori incipienti (si parla dell'11% degli esaminati). Ma allora il virus doveva essere già presente in 13 regioni italiane e vista la sua contagiosità avrebbe dovuto propagarsi in fretta e registrare già agli inizi del 2020 milioni di contagiati e migliaia di morti. Invece la mortalità complessiva in Italia, ovvero morti per tutte le cause, e non solo quelli attribuiti al Covid19, si innalza solo a partire da fine febbraio. Come mai il virus avrebbe aspettato mesi per provocare un Armageddon? Un altro mistero. Che il rapporto del gruppo internazionale di ricerca non chiarisce. Cercare ancora. Del resto, il Centro cinese per il controllo delle malattie e la prevenzione ha dichiarato agli inizi del 2021: «Potrebbe servire molto tempo per trovare il virus. Potrebbe anche sparire prima che venga individuata l'origine». Appunto.

...il virus e la catena alimentare zootecnica

La lunga filiera zootecnica che va dai mangimi al consumo finale prevede, dopo l'allevamento e la macellazione, la trasformazione dei prodotti. E già oltre cento anni fa Upton Sinclair nel suo *The Jungle (La giungla)* aveva descritto le feroci (oltre che altamente insalubri) condizioni di animali e lavoratori nei macelli e nelle fabbriche di carne. Nel 2020 si scopre che questo tipo di attività – benché molto cambiata da allora – è idonea a favorire la diffusione dei virus, anche del Sars-CoV-2. Nelle industrie di lavorazione della carne e nei macelli di vari paesi occidentali si sono riscontrati molti casi di positività al tampone che rileva la presenza del virus, più che per altre categorie professionali (sanitari a parte). Come mai? Non è la carne a essere veicolo di infezione ma altri fattori: fatica, vicinanza, freddo. Gli operai lavorano velocemente alla catena di smontaggio, molto vicini. L'attività è frenetica, si espira molto, indossare la mascherina può essere quasi impossibile perché manca il fiato. Ma questo avviene anche in molte altre attività. La differenza forse la fanno le basse temperature (la non-creatura virus ama il freddo) e sistemi di ventilazione molto potenti perché niente va in putrefazione quanto la carne (per non dire del pesce). I lavoratori sono spesso stranieri e vivono in appartamenti sovraffollati.⁽¹⁶⁾ La chiusura degli impianti di trasformazione diventati focolai negli Stati Uniti ha provocato negli allevamenti del Nord Ovest una ecatombe di animali, uccisi per nulla e gettati in discarica, semplicemente perché erano già troppo cresciuti e non c'erano sbocchi.

2. ELIMINAZIONE DEL VIRUS? SOPPRESSIONE? MITIGAZIONE? CONVIVENZA?

Covid-19 è stata la prima epidemia respiratoria nella quale sono state massicciamente usate misure non farmaceutiche (Npi) per eliminare la trasmissione. L'arsenale di interventi dispiegati contro la pandemia nei diversi contesti geografici e politici comprende: chiusura o controlli alle frontiere; individuazione, tracciamento, isolamento dei casi con virus; miglioramento dell'igiene; uso di dispositivi facciali e mascherine; distanziamento sociale; restrizioni agli spostamenti umani; chiusure di attività a vari livelli; protezione della popolazione vulnerabile (mal attuata proprio là dove più abbondanti erano i mezzi, come in Occidente); riorientamento dei servizi medici; attività continua di sorveglianza dell'epidemia; sostegno economico e sociale di fronte ai danni collaterali.

Un elenco che parte dall'impossibile

Ma rispetto al virus quale è la strategia finale alla quale si tende con le misure messe in campo? E quale sarebbe la più auspicabile in futuro, per eventi simili? L'analisi di due esperti di salute pubblica e di un epidemiologo, pubblicata dal *British Medical Journal* (Bmj)⁽¹⁷⁾ alla fine di dicembre (quando già erano presenti diverse varianti del virus originale) indicava le strategie messe in campo nel 2020 da alcuni paesi. Strategia dell'esclusione: isole del Pacifico hanno potuto... isolarsi e quindi chiudere fuori il virus (fino a quando?). Strategia dell'eliminazione radicale della stessa catena di trasmissione virale: perseguita da paesi come Cina, Taiwan, Nuova Zelanda e Australia; e anche, con altre vie meno drastiche ma efficaci, Vietnam, Cambogia e Laos; e anche Thailandia, Singapore e Mongolia. Strategia della soppressione: azione per ridurre i casi, i focolai e i picchi con prolungate misure di controllo (strategia seguita confusamente nei paesi occidentali e non solo). Strategia della mitigazione: azione per ridurre i picchi, evitare il sovraccarico dei servizi sanitari e proteggere i vulnerabili. Infine, nessuna strategia (vista la pressione internazionale, non hanno potuto seguirla neanche aree del mondo indenni dalla malattia Covid-19). La strategia della convivenza non è stata presa in seria considerazione nello studio in oggetto. Per due autori, la ricetta «eliminazionista» (fino all'eradicazione) è preferibile ai negativi effetti sanitari ed economici di un'emergenza che si trascina in un'altalena fra soppressione e mitigazione. Tuttavia, interventi radicali volti all'eliminazione del virus devono essere precoci. Non sono praticabili in tutti i paesi: richiedono infatti oltre all'impegno politico e alla uniformità di vedute da parte degli esperti, una infrastruttura pubblica e una struttura sociale adatte. In situazioni nelle

quali già esistono altre croniche emergenze e strutturali povertà, l'eliminazione appare un lusso. Infine, l'allerta deve essere continua per evitare per esempio la reimportazione di casi. Un chi va là: per quanto? Chi persegue la strategia dell'eliminazione anche in caso di future epidemie non spiega come questa situazione di allarme continuativo sia conciliabile con le altre esigenze sanitarie e sociali – non certo effimere. Del resto, è forse possibile spazzar via il virus in questione? Secondo gli autori, fan della strategia abolizionista, i vaccini possono agevolare l'eliminazione (*sic*: agevolare). Si tratterebbe dunque di scegliere fra «vaccinazioni mirate ai più vulnerabili (stile influenza stagionale) accettando che il virus Sars-CoV-2 possa diventare endemico nella popolazione», oppure «usare sistematicamente la strategia vaccinale dell'eliminazione per ridurre a zero la trasmissione nella popolazione e aiutare a contenere i focolai (come stanno facendo molti paesi riguardo al morbillo)». Inoltre «si può considerare l'eradicazione globale se l'eliminazione a livello nazionale e regionale si rivela fattibile e se è giustificabile sulla base di un'analisi economica, come nel caso del vaiolo».

Si dimenticano però vari aspetti che fanno la differenza. Il vaccino contro il virus del vaiolo, malattia devastante per tutti i colpiti, è stato efficace e la malattia è stata eradicata. Ma il Sars-CoV2, virus Rna a catena singola, è vocato al mutamento. Le varianti sono già diffusissime. Variante inglese, quasi diventata dominante in molte zone. Variante brasiliana. Variante sudafricana – la più temuta. I vaccini possono catalizzare, secondo certi esperti, varianti che possono renderli inefficaci. Degli attuali vaccini, somministrati in massa malgrado la velocità di approvazione e l'autorizzazione solo temporanea, anche a non voler vedere i casi di malattie e morti sospette dopo l'inoculazione, è tutta da dimostrare l'immunità durevole e cosiddetta sterilizzante (quella che sarebbe in grado di far sì che il vaccinato non possa trasmettere l'infezione, e non solo di proteggerlo dal decorso infausto). Una costosa e faticosa vaccinazione a tappeto non potrebbe essere effettuata rapidamente (così da evitare varianti) e meno che mai replicata rapidamente su 7,8 miliardi di persone (o quantomeno il 70% di questo totale così da raggiungere la famosa immunità collettiva) per ogni nuovo virus o variante, dei tanti e delle tante che si attendono. Certo c'è chi propone di cercare un «antidoto universale per tutti i tipi di influenza, la minaccia più temibile per l'umanità così da evitare un'altra e più grave pandemia»: così si esprime il virologo Michael Osterholm, insieme alla creazione di una Nato della salute (speriamo senza bombardamenti). Insomma, l'analisi sulle strategie antivirali di cui sopra sostiene che «alcune delle lezioni più importanti della risposta a Covid-19 riguardano la gestione di future pandemie e l'eliminazione è probabilmente la strategia da preferire per rispondere alle nuove malattie infettive emergenti con potenziale pandemico e che abbiano una severità meno che moderata». Ma forse buona parte del libro di testo non è ancora stata scritta.

Virus endemico, esperti confusi su come e quando

La possibilità dell'eradicazione del virus con qualche vaccino o farmaco o misura non farmaceutica è già stata accantonata dalla maggioranza degli esperti. I più ritengono che il virus diventerà endemico, vista la grande diffusione di varianti, anche se meno pericoloso. La rivista *Nature* nel mese di febbraio 2021 ha chiesto a oltre 100 immunologi, infettivologi e virologi impegnati nella ricerca sul coronavirus Sars-CoV-2 se sia possibile debellarlo.⁽¹⁸⁾ «Forse seguirà il decorso della spagnola, i cui eredi causano forme influenzali, o dei coronavirus che provocano il raffreddore. Per gran parte dell'ultimo anno, la vita in Australia occidentale è stata libera dal coronavirus. L'Australia occidentale è riuscita a mantenere questa situazione invidiabile solo mettendo restrizioni severissime ai viaggi e imponendo misure di confinamento; alcune regioni hanno imposto un lockdown lampo all'inizio dell'anno, dopo che una guardia giurata in servizio presso un hotel destinato alla quarantena dei turisti era risultata positiva al virus. Se altre zone del mondo, con l'aiuto dei vaccini, puntassero a una simile strategia "Covid zero", il mondo potrebbe sperare di liberarsi del virus? La risposta del 90% degli intervistati è no. Il virus diventerà endemico, cioè continuerà a circolare in sacche della popolazione globale per anni. L'idea di eliminarlo è irrealistica quanto costruire un sentiero per arrivare sulla Luna». Tanto più che – come abbiamo visto – la presenza nelle popolazioni animali selvatiche (e anche allevate) non può essere debellata e il passaggio è sempre possibile.

Dato per quasi scontato lo scenario endemico, per il resto la confusione è grande sotto il cielo dei virologi e degli epidemiologi. Si sostiene comunque che «quasi tutti i casi di influenza A e tutte le pandemie di influenza, a partire dalla prima guerra mondiale, sono stati causati da virus discendenti da quello della Spagnola. Questi virus circolano nel mondo e contagiano milioni di persone ogni anno. Diversi altri coronavirus umani che sono endemici e causano reinfezioni multiple generano un'immunità sufficiente a proteggere dalla malattia grave degli adulti. Le pandemie di influenza scoppiano quando ci sono popolazioni che non sono ancora mai state esposte a un virus; quando il virus pandemico diventa stagionale, gran parte della popolazione ha già sviluppato una qualche forma di immunità». E Jesse Bloom, biologo evolutivo al Fred Hutchinson Cancer Research Center di Seattle, ritiene che il coronavirus potrà seguire un percorso simile. «Sono convinto che Sars-CoV-2 diventerà un problema meno grave e più simile all'influenza». È così che si comportano i quattro coronavirus endemici, denominati OC43, 229E, NL63 e HKU1. È probabile che almeno tre di questi virus circolino nelle popolazioni umane da centinaia di anni e due di essi sono responsabili del 15% circa delle infezioni respiratorie. Per riepilogare, «degli altri sei coronavirus in grado di trasmettersi da persona a persona, il Sars-CoV-1 – dopo un exploit

che sembrava terribile, è scomparso provocando in tutto il pianeta, in due anni (2002-2003) 734 morti; un altro, il Mers (Middle East respiratory syndrome) dal 2012 resta confinato in piccoli focolai nel Medio oriente che non destano particolare allarme. Gli altri quattro invece sono diventati endemici e causano banali raffreddori o lievi manifestazioni para-influenzali. Virus endemici. E cioè che “infettano” tutti noi, generando a volte una risposta immunitaria che, comunque, non blocca le successive “infezioni”», ribadisce il virologo Giulio Tarro.

Per un'altra esperta interpellata da *Nature*, invece, «che il virus diventi endemico è probabile, però è difficile prevedere in che forma». Una forma, benigna o meno, che «potrebbe determinare i costi sociali sulla società nei prossimi 5, 10 o 50 anni». Ma allora? Mascherine, distanziamenti, confinamenti per decenni? Forse no. Siccome gli esperti interpellati trascurano totalmente non solo le possibilità di cura e protezione e/o la resistenza naturale di un corpo in buona salute quando incontra un virus o un altro patogeno (evidentemente: non è il loro lavoro), la questione centrale per loro rimane lo sviluppo dell'immunità a Sars-CoV-2 tramite anticorpi acquisiti «grazie al contagio o ai vaccini». Se l'immunità in seguito al contagio o alla vaccinazione diminuisce dopo un periodo, e il virus è in grado di evolvere e sfuggire al sistema immunitario, allora diventerà endemico. Anzi, riporta *Nature*, «poiché il virus si è diffuso globalmente, si potrebbe pensare che sia già da considerare endemico. Tuttavia, con il numero dei contagi che continua ad aumentare in tutto il mondo e così tante persone ancora suscettibili, tecnicamente la scienza lo classifica ancora in fase pandemica. Nella fase endemica il numero dei contagi rimarrà relativamente costante da un anno all'altro, a parte picchi occasionali». Rimangono molti punti in sospeso. L'endemia sembra l'unico orizzonte certo.

3. PARASSITI UMANI DEGLI ECOSISTEMI

Il nemico... siamo noi. Nell'interazione fra fauna selvatica, animali allevati e animali umani, gli agenti patogeni compiono il loro percorso verso le epidemie. Distruzione degli ecosistemi – habitat della fauna selvatica – con il cambiamento nell'uso dei suoli dovuto all'espansione agricola e alle industrie estrattive. Resistenza microbica. Allevamenti intensivi. Commercio illegale di fauna selvatica. Cambiamenti climatici. Scambi e viaggi che spostano patogeni a velocità inaudita. Megalopoli. Pratiche antropiche le quali, in funesta sinergia, favoriscono l'emergere di nuove zoonosi i cui meccanismi ecologici, evolutivi, sociali, economici ed epidemiologici non sono compresi appieno. Certo, finché colpiscono fuori dall'Occidente ottengono scarsa attenzione da parte dei potenti e dei popoli occidentali. Per una volta, a partire dal 2020 è andata in altro modo.

Da chi mantenere le distanze: chi non dovremmo contagiare?

I meccanismi mediante i quali l'azione distruttiva nei complessi equilibri dinamici della biosfera e l'intervento umano sugli ecosistemi possono nuocere alla salute sono sintetizzati in un rapporto della Humane Society e in un altro del Wwf Italia:⁽¹⁹⁾ aumento dei siti dove si riproducono i vettori di malattie; diffusione amplificata degli ospiti serbatoio; mantenimento in cattività di specie selvatiche a stretto contatto tra loro; trasferimenti di patogeni tra specie diverse; cambiamenti genetici, indotti dall'uomo, di vettori di malattie o agenti patogeni (per esempio la resistenza delle zanzare ai pesticidi o la comparsa di batteri resistenti agli antibiotici).

Mettendo al centro gli allevamenti intensivi, la Humane Society individua cinque fattori di rischio: l'espansione degli allevamenti in aree selvagge mette specie selvatiche e addomesticate a stretto contatto, favorendo gli "spillover" di virus; tenere un gran numero di animali in ambienti chiusi, in condizioni di stress, facilita l'amplificazione virale; la concentrazione degli allevamenti in una determinata area geografica aumenta il rischio di diffusione di agenti patogeni; il commercio globale di animali vivi consente agli agenti patogeni di diffondersi ulteriormente: i mercati di animali vivi, le fiere agricole e le aste rappresentano centri in cui animali provenienti da luoghi diversi vengono portati in prossimità del pubblico e dove i virus possono proliferare.

Precisazione: non è di origine virale (e in sé nemmeno una vera e propria zoonosi) la malaria, malattia infettiva causata da un microrganismo parassita del genere *Plasmodium*. Trasmessa all'uomo attraverso la puntura di zanzare del genere *Anopheles*, che fungono da vettori, non è considerata una zoonosi

perché l'ospite naturale dell'infezione è l'essere umano (salvo per la malaria zoonotica causata dal parassita *Plasmodium knowlesi*). Uccide ogni anno centinaia di migliaia di esseri umani eppure non riceve una spasmodica attenzione internazionale: sia perché non attiva l'idea dirompente del contagio interumano, sia perché non interessa le aree temperate e in genere l'Occidente.

Nel 2016, il Programma delle Nazioni unite per l'ambiente stimava⁽²⁰⁾ che più del 60% delle malattie infettive conosciute e il 75% di quelle «emergenti», ha origine da specie animali a causa del contatto tra fauna selvatica, animali allevati e persone. Per l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) sono oltre 200 le zoonosi conosciute (causate da virus, batteri, funghi ecc). Fra questi rabbia, leptospirosi, antrace, Sars, Mers, febbre gialla, dengue, Hiv, Ebola, Chikungunya, e quelle portate dalla famiglia dei coronavirus.

Le pandemie influenzali del XX secolo sono state tre.⁽²¹⁾ La terribile Spagnola del 1918-1919 (virus A, sottotipo H1N1, simile a quello dell'influenza aviaria; emerso dal serbatoio naturale degli uccelli migratori): 50 milioni di morti stimati, frutto anche della generale prostrazione fisica dovuta alla prima guerra mondiale. In seguito, a parte alcuni eventi quasi-pandemici, ecco l'asiatica nel 1957-1958 (virus A, sottotipo H2N2): oltre un milione di morti a livello mondiale; e l'influenza di Hong-Kong nel 1968 virus A, sottotipo H3N2): in Italia si stimarono circa 20mila decessi associati alla pandemia. Ecco alcune zoonosi virali degli ultimi decenni. 1976: Ebola, origine in Congo, diffusa in vari paesi con periodici ritorni, quasi 15mila morti; trasmessa dai pipistrelli della frutta. 1999: Nipah, origine in Malaysia, passa dai pipistrelli agli umani attraverso i maiali. 2002: Sars-Sindrome respiratoria acuta grave (origine: Cina), causata da un coronavirus, meno di 800 decessi. Si è trasferita dai pipistrelli agli zibetti asiatici e poi all'uomo; siccome la scena del dramma è stato un mercato del fresco nel Guandong, vengono chiusi tutti i *wet market* cinesi e asiatici, ma solo per il tempo necessario a far rientrare l'emergenza. 2003: H5N1, influenza aviaria (ancora circolante), la maggior parte dei casi nell'Asia orientale. Nel XXI secolo, la prima pandemia influenzale dichiarata è l'influenza suina: i primi casi di infezione negli esseri umani in Messico e il responsabile è un nuovo sottotipo (mai rilevato nei maiali né negli umani e chiamato pmd09) del virus A/H1N1. Non si tratta di un patogeno puramente suino, quanto piuttosto di una combinazione di virus suini, aviari e umani mutati in modo da diffondersi facilmente da persona a persona. L'Oms dichiara conclusa la pandemia nel 2010. Il numero di morti è molto incerto. Il fatto che la pandemia fosse scoppiata nelle Americhe, piuttosto che in Asia, sorprese molti esperti. Secondo l'Oms, che ha preso in considerazione i casi confermati dai laboratori, tra l'aprile 2009 e il luglio 2010 la suina colpì 651.449 persone, con un numero di decessi che nel maggio del 2010 si attestava

a 18.036. Altri studi riportano numeri molto più alti: secondo il Center for Disease Control and Prevention statunitense i decessi sarebbero stati circa 284mila.⁽²²⁾ Nel 2012, nella penisola arabica fa la sua comparsa la Mers (Sindrome respiratoria del Medio Oriente), 2494 colpiti, 858 morti (fino a novembre 2019); viene trasmessa dai pipistrelli ai dromedari e, in seguito, agli esseri umani.

Piccolo focus su Nipah ed Ebola. Il primo si propagò in Malaysia nel 1998. Inizialmente era confinato in alcune specie di pipistrelli che si nutrono di frutta, nel nord del paese asiatico. Almeno finché nella zona aprirono allevamenti industriali di suini. Le aziende piantarono anche manghi, per garantirsi entrate supplementari. Cacciati dalle foreste nelle quali vivevano, i pipistrelli si sistemarono sui manghi, beccandone i frutti che, caduti a terra, passavano il virus ai maiali. Da un allevamento all'altro, il virus finì agli umani. Provocando centinaia di casi di encefalite nella regione. L'epidemia fu fortunatamente circoscritta.⁽²³⁾ Nella diffusione di Ebola, è stato dimostrato il ruolo dell'espansione delle piantagioni di palma a scopo energetico verso aree forestali della Guinea e della Liberia. La deforestazione avrebbe attirato popolazioni di pipistrelli, depositari naturali di vari virus, come l'Ebola, verso le piantagioni di palme, aumentando così l'interfaccia tra i lavoratori rurali e i potenziali vettori del contagio. D'altra parte, la produzione di nuove periferie urbane avrebbe garantito al virus un approvvigionamento costante di esseri umani infettabili. Allarma il fatto che dopo cinque anni di latenza, faccia nuovi morti in Africa un nuovo focolaio di Ebola, risultato della recrudescenza di un ceppo circolato fra il 2013 e il 2016; questo fatto, cinque anni dopo la fine dell'epidemia è qualcosa di nuovo.

L'Amazzonia è un «grande serbatoio di virus», secondo l'ecologo David Lapola. A metà agosto 2019 (anno in cui la deforestazione aveva raggiunto il picco storico... poi superato nel 2020) un gruppo internazionale sulle zoonosi riunitosi in Colombia mise in guardia: «La regione brasiliana, dove sono endemiche diverse malattie trasmissibili o zoonotiche, un incendio può scatenare una selezione per la sopravvivenza e cambiare l'habitat e il comportamento di certe specie animali. Si può trattare di serbatoi di batteri zoonotici, virus e parassiti». In Brasile sono già evidenti collegamenti fra malattie e catastrofi ambientali. Anche la malaria viene favorita dalla deforestazione.

Commerci selvaggi

Riassume una puntata di Indovina chi viene a cena (Rai 3): «Stiamo assediando stremando mangiando trafficando animali selvatici che da sempre vivono con i loro patogeni, potenziale zoonotico». Tanti paesi sono coinvolti nel losco commercio di flora e fauna selvatica: la seconda minaccia alla biodiversità dopo la distruzione degli habitat. Quasi un quarto di tutte le specie animali vertebrate è

oggetto di traffico. Quello legale si è quintuplicato negli ultimi anni per arrivare, secondo le stime, a un valore di 107 miliardi di dollari nel 2019. Le stime sul traffico illegale si situano su una forchetta di 7-23 miliardi (dati Unep e Interpol). Un business globale secondo solo a quello di armi e droga. In Italia il giro d'affari è di circa 2 miliardi l'anno. In Europa, nel 2018, ci sono stati 1.256 grandi sequestri di animali esotici vivi o parti di questi, venduti per il consumo interno europeo e per il successivo export verso la Cina e l'Oriente in generale. Insieme alle reti commerciali su lunghe distanze, gli allevamenti di specie selvatiche e naturalmente i mercati di animali vivi sono elementi che moltiplicano la possibilità di diffusione di microbi.

Il cambiamento non è facile, perfino su un fronte scontato come lo stop al consumo di animali selvatici. Se molto spesso il consumo nei paesi di destinazione è voluttuario e di lusso, in molte parti del Sud del mondo la *bush meat* (carne selvatica) non è uno sfizio ma un fatto molto duro di sopravvivenza. Nessuno si senta assolto. La caccia nello stesso Occidente non è certo scomparsa. Nel 2016 i risultati di uno studio effettuato dall'istituto zooprofilattico delle Venezie hanno evidenziato che gli ungulati sono portatori di diversi agenti patogeni che possono dare origine a zoonosi: salmonella, mycobacterium bovis, brucella, trichinella.

Allevamenti, morti e pandemie silenziose

Il biologo Rob Wallace, autore di *Big Farms Make Big Flu*, ha scritto: «Chiunque voglia capire perché i virus stanno diventando più pericolosi deve indagare sul modello industriale di agricoltura e soprattutto allevamento. Pochi governi e pochi scienziati sono preparati a farlo». Eppure lì è una delle cause della distruzione di habitat naturali, per la necessità di enormi quantità di mangimi.

Le condizioni di allevamento e la deforestazione che vi è collegata sono responsabili della gran parte delle malattie emergenti che circolano fra umani e animali. Anche se finora i morti umani collegati alla zootecnia hanno riguardato soprattutto aree impoverite. Nel 2012 l'Istituto di zoologia della Gran Bretagna, la Hanoi School of Public Health e l'International Livestock Research Institute (Ilri) si sono focalizzati⁽²⁴⁾ su 56 zoonosi di vario tipo, responsabili ogni anno a livello mondiale di 2,4 miliardi di casi di malattie e 2,7 milioni di morti. Hanno identificato le 13 più rischiose per la salute degli allevatori nelle aree povere. Sottolineato: nelle aree povere. Ecco perché se ne parla poco. Fra queste: malattie gastrointestinali (1,5 milioni di morti all'anno); epatite E (300mila morti); leptospirosi (123mila morti); tubercolosi di origine animale (100mila morti); rabbia (70mila morti); dengue (20mila).

Dunque, da un lato i rischi di trasferimento di agenti patogeni a causa dei rapporti ravvicinati con la fauna selvatica, perché al posto delle foreste avanza-

no l'attività agricola, a scopo alimentare, energetico e mangimistico, la frontiera urbana e le attività industriali e minerarie. Dall'altro la bomba a orologeria della filiera zootecnica globale che svolge oggi un ruolo fondamentale nella proliferazione di vari agenti patogeni, come virus e batteri. Sono decine di miliardi gli animali allevati intensivamente ogni anno nel mondo, sulla spinta della domanda di cibi animali. Come ha spiegato, Silvia Ribeiro, ambientalista e direttrice per l'America Latina del gruppo di ricerca Etc, la prima pandemia del XXI secolo iniziò, nel 2009, nella fabbrica-allevamento di maiali Granjas Carroll a Veracruz, Messico:⁽²⁵⁾ «Negli allevamenti si concentrano le chance di una mutazione che poi salterà agli umani». Anche le montagne, anzi le lagune, di deiezioni prodotte dal bestiame offrono ai microbi di origine animale ulteriori opportunità di infettare popolazioni umane. L'esterichia coli colpisce ogni anno 90mila statunitensi. Per non parlare degli incidenti. Fine settembre 2020: la stampa cinese riferisce che oltre 3mila persone si sono ammalate di brucellosi nella Cina nordoccidentale per la fuoriuscita di batteri da un impianto bio-farmaceutico che produceva vaccini.

Leggiamo nel documento elaborato dall'Associazione rurale italiana e dal coordinamento europeo del movimento La Via Campesina:⁽²⁶⁾ «Nelle immense aziende zootecniche vi è la maggiore possibilità che si verifichino le mutazioni infettanti per gli esseri umani. Come per i miliardi di polli dei macro allevamenti, spazi super affollati in grado di generare una tempesta virale perfetta. La cosiddetta "rivoluzione del bestiame", vale a dire l'imposizione del modello industriale di agricoltura intensiva legata alle macro aziende zootecniche, sta generando un aumento globale delle infezioni resistenti agli antibiotici, oltre a distruggere i piccoli allevamenti locali e promuovere la crescita di malattie trasmesse attraverso alimenti di origine animale (...). In questi mesi, mentre la pandemia di Sars-CoV-2 è in atto, siamo anche di fronte alla più vasta epidemia nella storia degli allevamenti: la peste suina africana (Psa), che non colpisce la specie umana, ma si è diffusa estesamente negli allevamenti di maiali di Africa, Asia e Europa. E ha già eliminato un quarto della popolazione mondiale di suini allevati, stravolgendo il mercato mondiale della carne suina». Non finisce negli umani, certo... ma in un'uccisione di massa e sbrigativa di milioni di esseri (magari sani) per evitare il diffondersi del contagio. Ricordiamo, nelle nostre ridenti contrade una ventina di anni fa, le mattanze sbrigative di milioni di polli a causa dell'aviazione. Il 2021 si è aperto (anche) con l'uccisione preventiva, nel Sud-Est della Francia, in focolari di febbre aviaria, di centinaia di migliaia di anatre e oche allevate principalmente per il *foie gras*. Tante esecuzioni per nulla.

Lucile Leclair, autrice di *Pandémies, une production industrielle*, spiega che gli allevamenti industriali producono epidemie a ripetizione perché gli animali

hanno il sistema immunitario fragile, dovuto alle condizioni di vita e alla loro uniformità genetica. La grande quantità di farmaci somministrati negli allevamenti induce la resistenza immunologica a virus e batteri. A cascata, questa si trasferisce ai consumatori umani. La prevalenza di batteri resistenti agli antibiotici può influenzare la capacità di una popolazione umana di reagire alle cure contro i virus (...). «Ogni anno negli Usa 2,8 milioni di persone contraggono un'infezione resistente agli antibiotici e 35mila di esse muoiono». Quanto all'Italia, non ha applicato il piano nazionale contro l'antibiotico-resistenza; e conta più di 10mila morti per infezioni causate da batteri resistenti agli antibiotici: un terzo del totale dei decessi in tutti i Paesi Ue (33mila). Anche gli allevamenti di pesci sono imbottiti di antibiotici. Il Centre for Science and Environment chiama «pandemia silente» la resistenza antimicrobica mortale di cui si occupa da tempo il Centre for Science and Environment, centro di ricerca e proposta ambientalista con sede a New Delhi. La ritiene una minaccia alla salute globale, alla qualità degli alimenti, alla nutrizione e agli stessi obiettivi dello sviluppo sostenibile. La stessa diffusione di Covid-19 nel mondo è stata seguita da un aumento del consumo di antibiotici e questo si lega alle preoccupazioni per la superinfezione batterica nei pazienti con Covid-19.⁽²⁷⁾

E che dire del vecchissimo problema tante volte evocato: le politiche, per esempio europee, di importazione, per gli allevamenti del Vecchio continente, di mangimi o altri prodotti della filiera della carne quando questa concorre alla deforestazione delle foreste in altri continenti?

C'è infine un altro aspetto. Hanno avuto origine negli allevamenti di polli e maiali le due influenze che negli anni 2000 hanno indotto i governi a consegnarsi alle aziende farmaceutiche. Nel 2009, la pandemia dell'influenza suina da virus A/H1N1. Su indicazione dell'Oms, gli Stati hanno acquistato milioni di dosi di vaccino pandemico, rimaste per lo più inutilizzate. L'Italia, 24 milioni di dosi, inoculate solo 865mila. Frigoriferi pieni, e come nella migliore tradizione, si cerca di ritirarli, prima o dopo la scadenza, ai paesi poveri. Al Consiglio d'Europa, la Commissione Sanità accusa l'Oms di avere creato una falsa pandemia, un business miliardario. Al tempo dell'influenza aviaria (A/H5N1), imperversa invece il farmaco inutile Tamiflu di Roche. La malattia in vari anni fa – dati Oms – poche centinaia di morti umani (ma uno sterminio preventivo di polli, in tutti i modi possibili, anche bruciati vivi o seppelliti vivi). Gli Stati si svenano per acquistare quantità strabilianti di un farmaco inutile che doveva salvare il mondo e che non è servito a niente salvo che alla multinazionale, la quale ha approfittato delle ondate di panico per vendere, con i paesi che imploravano di aumentare la produzione e mollare il brevetto.⁽²⁸⁾

Cambiamenti climatici, patologie virali ed epidemie

E i cambiamenti climatici, altro fenomeno man-made dovuto a politiche e pratiche che dilapidano energia e risorse? Sono una grave minaccia anche per la salute pubblica, con gli eventi estremi e l'insicurezza alimentare e idrica che possono determinare. Il clima è fra i fattori che hanno un impatto sui patogeni (resistenza, selezione), sugli ospiti (livello dell'immunità, aspetti di ecologia umana come i movimenti migratori), sui vettori, sulle dinamiche epidemiologiche: «Può influenzare i tassi di trasmissione, il modo in cui i patogeni si disperdono, le reti di contatto fra specie e individui, le strutture comunitarie. Le malattie più sensibili ai fattori climatici sono quelle di tipo parassitario con un ciclo di vita esterno, quelle portate da vettori e quelle che passano con l'acqua o animali come i pipistrelli». ⁽²⁹⁾ Se si dice che il Sars-CoV-2 non ama il caldo, è però vero che tante altre zoonosi sono state «avvantaggiate» dai fattori climatici, quali l'alterazione delle temperature, dei tassi di umidità, del regime delle precipitazioni. Il 20% dei virus è trasmesso da vettori come zanzare, zecche e flebotomi che stanno migrando a causa dei cambiamenti di temperatura. Con il fenomeno della tropicalizzazione delle aree temperate (come l'Italia), si possono diffondere malattie tipiche di altre fasce climatiche. Alcune possono diventare endemiche. Come spiega questa inchiesta: ⁽³⁰⁾ «Molte delle malattie infettive più comuni, e in particolare quelle trasmesse dagli insetti, sono davvero sensibili alle variazioni del clima (...). Arthur Wyns, esperto di cambiamenti climatici per l'Oms scrive su *Scientific American* che il clima mutato sta aggravando gli impatti negativi della malaria sulla salute ampliando il raggio d'azione della zanzara anofele, il vettore che la diffonde, e allungandone la stagione di riproduzione, esponendo così un maggior numero di persone a rischio di trasmissione (...). Colera e criptosporidiosi sono in aumento in condizioni di siccità o inondazioni più frequenti (...). Gli eventi meteorologici estremi, sostiene l'Earth Institute della Columbia University, possono produrre altri effetti a cascata, che, a loro volta, possono influenzare la diffusione di una malattia infettiva. Le inondazioni possono fornire terreno fertile per gli insetti e causare la contaminazione dell'acqua, portando alla diffusione di malattie gastrointestinali come il colera. Inoltre, le condizioni meteorologiche estreme sono in grado di alterare i delicati rapporti tra predatori e prede, e anche quelli relativi a portatori di agenti patogeni come topi e zanzare». Perfino lo scioglimento del permafrost a causa dei cambiamenti climatici, oltre a liberare gas serra (il metano), potrebbe diventare una bomba sanitaria: là sotto si conservano batteri e virus sconosciuti e dimenticati. «Per prevenire epidemie future, bisogna arrestare il riscaldamento globale e la distruzione del mondo naturale (...). Ci avviciniamo a essere dieci miliardi su questo pianeta, in futuro la natura deve diventare il nostro alleato più forte» ha detto Inger Andersen, direttrice esecutiva dell'Unep.

4. RINCORRERE MILLE ZONOSI?

Foreste distrutte insieme ai loro animali. Allevamenti intensivi bombardati di antibiotici. Concentrazioni urbane. Commerci planetari di animali a rischio. Viaggi continui di umani e merci fra i continenti. Clima che cambia. Una pacchia per i coronavirus. Le epidemie degli ultimi decenni hanno avuto in comune un rapporto diretto con lo sfruttamento di animali, biodiversità ed ecosistemi. Un cambiamento radicalissimo, ispirato alla salute umana, animale e dell'ambiente, dunque la via d'uscita passa per nuovi comportamenti, sia individuali che collettivi e da interventi legislativi in grado di prevenire future catastrofi di tipo sanitario ed economico. La concezione riduzionista degli esseri umani come consumatori e produttori è a un bivio.

«Sterilizzare» non è risolvere

Non funzionano, spiega il già citato rapporto dell'Ipbes, «l'approccio business-as-usual, la strategia sanitaria, concentrata nel controllare le malattie dopo la loro comparsa, e fondato sulla rapida preparazione e distribuzione di nuovi vaccini e terapie anziché sulla riduzione dei motori del rischio pandemico; è un percorso lento e incerto con costi umani enormi (...). C'è anche il rischio che misure di emergenza anti-patogene (rilascio esagerato di sostanze chimiche, insetticidi, distruzione aree protette) possano arrecare altri danni alla biodiversità». Certo è poi l'impatto enormemente diseguale delle pandemie sui diversi segmenti sociali e sui diversi popoli. «Invece di esigere che si irrorino dappertutto prodotti chimici mortali per distruggere le zanzare infettate dal virus West Nile o le zecche che recano la malattia di Lyme potremmo ripristinare la biodiversità perduta che un tempo ne evitava la propagazione. Si dovrebbero proteggere le foreste abitate dai pipistrelli affinché i virus rimangano là (...). Quando ci troviamo di fronte a virus trasportati da zanzare, è importante migliorare il drenaggio e lo stato delle abitazioni affinché le persone non siano esposte regolarmente alle punture. E invece di appoggiare un'industria farmaceutica che trae vantaggi dalle nostre malattie, potremmo lavorare per prevenire le condizioni che portano al contagio» esorta la giornalista scientifica Sonia Shah.⁽³¹⁾

Ogni anno da sole le zoonosi emergenti costano almeno un trilione di dollari a livello internazionale. Invertire la rotta con i programmi di prevenzione che frenino i cambiamenti nell'uso dei suoli e il commercio di specie selvatiche potrebbe costare una frazione di questa somma, fra i 22 e i 32,2 miliardi di dollari, che scendono di un terzo calcolando i benefici climatici.

Insostenibili proteine animali intensive: prezzi... e lavori 5P

L'anno Covid-19 potrebbe essere stato una svolta per gli animali: quelli allevati a scopo alimentare, quelli allevati per la pelliccia, e i selvatici vittime del traffico. Che le epidemie siano zoonosi dovrebbe essere una motivazione sufficiente a dirottare scelte e risorse verso una dieta su base vegetale e comunque a uscire dal macello globale degli allevamenti intensivi e su grande scala, indispensabili a un consumo esagerato di prodotti animali. I costi economici delle pandemie vanno inclusi nelle dinamiche di produzione e consumo e nelle politiche governative. Questo significa riformare i sussidi affinché vadano a beneficio della conservazione della biodiversità e della salute. Il 9 marzo 2020, oltre 3600 scienziati si sono uniti⁽³²⁾ alla richiesta di un cambio di rotta delle politiche agricole europee: in uno studio diventato un appello, condannano la politica agricola comune dell'Ue per il fallimento nel campo della tutela della biodiversità e della lotta ai cambiamenti climatici. Tra le misure necessarie raccomandano la riduzione del sostegno al sistema degli allevamenti intensivi a favore di misure per incentivare metodi di produzione sostenibili e l'adozione di diete più ricche di alimenti di origine vegetale prodotti in modo ecologico.

Seguendo il trend attuale, il consumo mondiale di carne raddoppierà entro il 2050, fino a 500 milioni di tonnellate consumate ogni anno. Il sistema non potrà reggere per l'impatto sul clima e sulle risorse. Un gruppo di organizzazioni ha scritto al Programma ambientale delle Nazioni unite (Unep): «Cambiare i sistemi alimentari mondiali e focalizzarsi sulle diete vegetali è essenziale per affrontare il degrado ambientale e i cambiamenti climatici, mitigando anche i rischi di pandemie e andando verso società ed economie più resilienti». In Cina, il gruppo Good Food Fund che si occupa di nutrizione e modelli alimentari, nel mezzo della crisi Covid spiegava in uno dei tanti seminari online: «È importante vietare o regolamentare il consumo della fauna selvatica è importante ma anche le grandi crescenti concentrazioni di animali negli allevamenti intensivi pongono rischi (...) inoltre le attività economiche della Cina continuano a espandersi globalmente, compresa l'importazione di carne e mangimi da paesi, come il Brasile, ricchi di foreste, distrutte per esportare questi prodotti». La Cina è ormai il più importante produttore di animali allevati al mondo e concentra il maggior numero di allevamenti senz'terra. Ma qualche segnale di cambiamento si avverte, sia nell'Impero di mezzo che in India.

Può essere una grande lotta mondiale, fatta da un'alleanza tra piccoli contadini e i cittadini consumatori consapevoli e attenti al mondo oltre che alla loro salute. Il 5 febbraio 2020, la Coalizione per un prezzo veritiero delle proteine animali (Tapp Coalition),⁽³³⁾ un gruppo composto da agricoltori, medici, giovani, compagnie alimentari e Organizzazioni non governative ha presentato una proposta a livello europeo per un «prezzo vero delle proteine animali», che com-

prenda il prezzo delle emissioni di gas serra, l'inquinamento e la perdita di foreste e biodiversità. «L'Ue sostiene che i sistemi di tassazione devono assicurare che il prezzo rifletta i costi ambientali reali». Gli incassi di questa sorta di tassa ambientale andrebbero a sostegno degli agricoltori e della riduzione dell'Iva sui prodotti vegetali. La stima è che la riduzione dei consumi ridurrebbe di decine di milioni di euro le spese per la sanità. La strategia Farm to Fork (presentata insieme alla Strategia europea per la biodiversità) ha annunciato misure fiscali per ridurre il consumo di cibo ecologicamente gravoso a favore di diete salutari e sostenibili. Greenpeace chiede⁽³⁴⁾ alla Commissione europea di prevedere obiettivi concreti di riduzione del consumo di carne per alleggerire il peso dell'agricoltura nella crisi climatica in corso. Tradotto in cifre: una media pro capite di non più di 460 grammi di carne alla settimana entro il 2030 (24 chilogrammi annui) e di 300 grammi nel 2050 (16 chilogrammi annui), rispetto all'attuale media di 1,58 chilogrammi pro capite la settimana che è il doppio della media globale attuale. Parallelamente alla riduzione della domanda, si impone una riconversione occupazionale sul lato dell'offerta. Oltretutto, molti lavori nelle filiere della zootecnia intensiva appartengono alla categoria detta «delle 5P» (pericolosi, pesanti, penalizzati sociale, poco pagati, precari). E come abbiamo visto, nelle filiere zootecniche (macelli, trasformazione della carne) si è registrato il maggior numero di lavoratori positivi al virus Sars-CoV-2. In fondo c'è un mondo là fuori... E non è necessario arrivare alla bistecca sintetica o alle altre imitazioni della carne proposte da gruppi spesso multinazionali. Le righe che seguono si applicano in realtà anche a piccoli produttori di semplici alimenti e proteine vegetali: «Una delle ragioni per cui i produttori di trasformati alternativi alla carne possono avere un futuro di successo è perché, fra l'altro, possono rapidamente regolare la produzione sulla base della domanda. Gli allevatori no; devono aspettare che i loro animali crescano abbastanza da essere macellati. Oltre all'impatto molto minore in termini di superfici e input, a pari quantità di proteine. E alla fine, si tratta di unità produttive meno rischiose degli impianti di trasformazione della carne, dove si lavora faticosamente e in spazi fortemente ventilati» scrive Matt Simon sul (già citato) *Bulletin of Atomic Scientists*.

Salvare i selvatici ci salverà

Come ha spiegato la China Biodiversity Conservation and Green Development Foundation: «Il coronavirus ha dato una lezione ambientale a tutta la Cina, sull'importanza di proteggere gli animali selvatici, per la salute».⁽³⁵⁾ Comunque sia andata, si spera che almeno sul fronte del rapporto con la fauna selvatica non si torni indietro. Naturalmente per frenare il commercio di animali selvatici – almeno delle specie maggiormente a rischio, occorrono oltre alle leggi e alla sen-

sibilizzazione, progetti di riconversione. Vale anche per gli allevamenti *wild*. Per esempio in Cina, le province di Hunan e Jiangxi offrono compensi in denaro agli allevatori di 14 specie selvatiche come isticri, serpenti, ratti del bambù, zibetti e oche selvatiche, per aiutare la riconversione in particolare verso coltivazioni vegetali sia a scopo alimentare che medicinale.⁽³⁶⁾ Il destino degli animali selvatici è ancora incerto. Occorre vietare la riproduzione, la vendita, il commercio intracomunitario e l'esportazione degli animali esotici nati in cattività e delle loro parti derivate (ossa, pelli, zanne). Nel 2018, spiega Humane Society International, l'Unione Europea ha importato oltre 560mila esemplari vivi di mammiferi, uccelli, rettili e anfibi selvatici, protetti dalla convenzione Cites.

S'impone anche in Italia la fine di un settore economico *fossile*: la produzione di pellicce. Nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), questo intervento appare come il minimo sindacale. I Paesi Bassi il 28 agosto 2020 hanno annunciato il definitivo divieto di allevamento di visoni dal gennaio 2021 (consentendo alle strutture non infette di portare a termine l'ultimo ciclo di produzione), anticipando di 3 anni il divieto che sarebbe dovuto entrare in vigore solo a gennaio 2024 per gli effetti di una legge approvata dal Parlamento dell'Aja già nel 2012. Il governo ungherese ha introdotto il divieto di importazione e allevamento di visoni (e altre specie sensibili al coronavirus come le volpi). Per ora l'Italia ha solo sospeso l'attività fino alla fine del 2021. Conviene anche per il futuro. Al momento della scoperta dei primi *spillover* di ritorno in Europa, Jin Dongyan, docente alla scuola di scienze biomediche dell'università di Hong Kong, ha avvertito: «Non ci sono le prove che il visone possa essere un ospite intermedio, anche se può essere infettato da umani e a sua volta infettarli. Tuttavia è possibile che lo diventi in futuro (...). Il furetto, un animale della stessa famiglia dei visoni – mustelidi –, è molto sensibile ai virus respiratori ed è il migliore modello nello studio della trasmissione interumana dei virus influenzali».⁽³⁷⁾ Non massacrare gli animali selvatici è uno degli aspetti del manifesto Lav «Non torniamo come prima. Sei proposte per cambiare e salvare tutti».⁽³⁸⁾ Fermiamo i mercati, le fiere, l'uso e l'uccisione degli animali selvatici ed esotici. Basta caccia, catture e riproduzione di animali per farne cibo, spettacolo, pelli e pellicce a partire dall'Italia e nel resto del mondo. Si spostino i finanziamenti pubblici dagli allevamenti alla produzione di alimenti vegetali anche nella ristorazione pubblica. Si riconosca la sperimentazione con metodi sostitutivi all'uso degli animali.

Ma i selvatici nei parchi africani e asiatici, la cui tutela dal bracconaggio e da altri rischi era garantita anche dagli introiti del turismo internazionale, oltre alla ricaduta positiva sulle comunità locali? In un mondo davvero solidale, i potenziali turisti risparmierebbero il denaro del viaggio e destinerebbero ai parchi congrue somme in cambio di documentari girati a cura delle comunità e dei guardaparco...

Un decennio per il ripristino. Sarà pace vera?

La transizione ecologica è di moda e sembra avere molto denaro a disposizione - una buona porzione dei fondi di Next Generation Europe, che in Italia finanzieranno il Piano di ripresa e resilienza. Ma in quale direzione si andrà? In quella ipertecnologica, di pari passo con l'accresciuto dominio del digitale? Solo introducendo nuove politiche nella produzione, nel consumo, nelle relazioni commerciali internazionali si affrontano due pandemie sinergiche, «due fenomeni epidemiologici concomitanti e complementari»:⁽³⁹⁾ da un lato le zoonosi, l'emergere di sempre nuovi patogeni capaci di fare il salto di specie e provocare malattie infettive; dall'altro il continuo aumento di malattie croniche con forte componente infiammatoria. La prima aiuta i virus a passare. La seconda aiuta i virus a far ammalare i loro ospiti umani.

E intanto per gli ospiti umani del pianeta inizia un decennio di sfide e opportunità. Nel 2019 l'Assemblea generale delle Nazioni unite ha proclamato il 2021-2030 Decennio per il ripristino degli ecosistemi. Una riconciliazione possibile con due miliardi di ettari di superficie degradata a causa dello sfruttamento eccessivo, della siccità, di pratiche di gestione forestale e territoriale non sostenibili. «È la maniera efficace e poco costosa con la quale le popolazioni umane possono lavorare insieme alla natura per affrontare i problemi più grandi. Ecosistemi in buona salute (foreste, mangrovie, torbiere) sono pozzi di carbonio. Suoli in salute possono permettere di nutrire una popolazione crescente senza tagliare altre foreste. Proteggere e ripristinare gli ecosistemi permetterà di salvare oltre un milione di specie di animali e piante minacciate con l'estinzione. Il recupero di 350 milioni di ettari di terre degradate entro il 2030 incoraggerà le economie rurali alleviando la povertà. Interventi a favore degli ecosistemi costieri degradati ne aumenterà il contributo alla limitazione del riscaldamento globale. Il lavoro verde e la creazione di reddito saranno elementi chiave per costruire società resilienti dopo il 2020».⁽⁴⁰⁾ Per arrivarci, l'impegno deve andare ben oltre la piantumazione di tanti alberi (come la Grande muraglia che dovrebbe rendere verdi 100 milioni i aridi ettari in Africa). E siamo tutti coinvolti. Anche se ci crediamo assolti.

- (1) Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services (Ipbes), www.ipbes.net, ottobre 2020
- (2) Il rapporto: «Who-convened Global Study of Origins of Sars-CoV-2: China Part Joint Who-China Study 14 January-10 February 2021 Joint Report», www.who.int
- (3) «Coronavirus man-made in Wuhan lab, says Nobel laureate», www.theweek.in, 19 aprile 2020.
- (4) Enrique Ortiz, «In defense of bats in a Covid world», news.mongabay.com, 11 Maggio 2020
- (5) Ispra Ambiente «Covid-19 e pipistrelli: Chiarimenti circa le relazioni tra la presenza di chiroteri e il rischio di trasmissione Covid19», www.isprambiente.gov.it, 30 marzo 2020
- (6) F. Wang, B.T. Eaton, «Bats, civets and the emergence of Sars», <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>, 2007
- (7) World Health Organization, «Middle East respiratory syndrome coronavirus (Mers-CoV)», www.who.int, 11 marzo 2019
- (8) Marinella Correggia, «Mercati: dalla fauna alla flora», *il manifesto*, 17 giugno 2020
- (9) «Journée mondiale du Pangolin», Sud Radio, su YouTube, 20 febbraio 2021
- (10) Peng Zhou, Zheng-Li Shi, «Sars-CoV-2 spillover events », *Science*, 08 gennaio 2021
- (11) Yann Faure e Yves Sciamia, «Les élevages de visons en Chine à l'origine du Covid-19? Les indices s'accumulent» Reporterre, 8 gennaio 2021; e Yann Faure e Yves Sciamia, «Exclusif- Les élevages de visons sont-ils la source du Covid en Europe?», Reporterre, 21 dicembre 2020
- (12) Lega AntiVivisezione, «Covid e visoni, rapporto Lav "Fashion Spillover"», www.lav.it, 19 febbraio 2021
- (13) Zhang Guanlan, «China reveals positive list of livestock and poultry, dogs excluded», www.news.cgtn.com, 1 giugno 2020
- (14) Humane Society International Europe, «L'allevamento di animali da pelliccia, il Covid-19 e i rischi di malattie zoonotiche», www.hsi.org, 14 dicembre 2020
- (15) Istituto Superiore di Sanità, «Covid-19: al G20 Iss propone piattaforma di formazione in sanità pubblica per fronteggiare le crisi sanitarie future», iss.it, 11 marzo 2021
- (16) Matt Simon, «Coronavirus: Accelerating the rise of imitation meat?», *Bulletin of the atomic scientists*, 26 maggio 2020
- (17) Michael G Baker, Nick Wilson, Tony Blakely, «Elimination could be the optimal response strategy for covid-19 and other emerging pandemic diseases», *British Medical Journal*, 22 dicembre 2020
- (18) Nicky Phillips, «Il coronavirus è destinato a restare. Ecco cosa significa», *Le Scienze*, 23 febbraio 2021 (originale: «The coronavirus is here to stay - here's what that means», *Nature*, 16 febbraio 2021)
- (19) Wwf, Tutelare la salute umana conservando la biodiversità, www.wwf.it, marzo 2020
- (20) Unep, «Frontiers 2018/19: Emerging Issues of Environmental Concern», www.unep.org, 4 marzo 2019.
- (21) Istituto Superiore di Sanità, «Le pandemie influenzali del Ventesimo secolo», www.iss.it, novembre 2010
- (22) Laura Canali, «La pandemia di influenza suina (2009-2010)», *Limes*, www.limesonline.com, 29 aprile 2020
- (23) Laura Scillitani, «Aids, Hendra, Nipah, Ebola, Lyme, Sars, Mers, Covid...», www.scienzainrete.it, 18 marzo 2020
- (24) Grace *et al.*, «Mapping of poverty and likely zoonoses hotspots», *Zsl*, www.cgspace.cgiar.org, 18 giugno 2012
- (25) Silvia Ribeiro, «Los hacendados de la pandemia», Nodal, 3 aprile 2020
- (26) Associazione Rurale Italiana, «Dal coronavirus all'ecologia contadina», www.eurovia.org, giugno 2020

- (27) Serena Tinari *Il fantasma della pandemia* (film inchiesta disponibile su YouTube)
- (28) Mentor Ali Ben Lucien *et al.*, «Antibiotics and antimicrobial resistance in the Covid-19 era: Perspective from resource-limited settings», *International Journal of Infectious Diseases*, 9 gennaio 2021. <https://www.sciencedirect.com>
- (29) Alexandre Reza-Kokabi, «Le changement climatique va stimuler les pandémies et autres menaces sur la santé», *Reporterre*, 30 marzo 2020; e Kassie Daouda *et al.*, «Climate change and Ebola outbreaks: are they connected?», www.agitrop.cirad.fr, luglio 2015
- (30) Stella Levantesi, «Effetti drammatici del cambiamento climatico anche sulle epidemie», *il manifesto*, 29 maggio 2020
- (31) Siga Samuel, «Our environmental practices make pandemics like the coronavirus more likely», www.vox.com, 12 maggio 2020
- (32) Honey Kohan, «The Eu Common Agricultural Policy must stop destroying nature», www.birdlife.org, 9 marzo 2020
- (33) Tapp Coalition, «Towards new EU policies promoting CO2-eq. reduction in food products», www.tappcoalition.eu
- (34) Greenpeace, «Occorre una dieta europea per il clima. Consumo e produzione di carne devono diminuire del 71% entro il 2030», www.greenpeace.org, 13 marzo 2020
- (35) Marinella Correggia, «Tutelare la biodiversità: è tutta salute», *Micromega*, 4 marzo 2020.
- (37) Zhang Hui e Du Qiongfang, «Mink could spark another pandemic: expert», *Global Times*, 19 giugno 2020
- (38) Lega AntiVivisezione, «Non torniamo come prima: sei proposte per cambiare e salvare tutti», www.lav.it, 14 maggio 2020
- (39) Ernesto Burgio, «La prima pandemia dell'Antropocene», www.wsjmag.com, marzo 2021.
- (40) «Preventing, halting and reversing the degradation of ecosystems worldwide», www.decade-onrestoration.org

LA VERA PREVENZIONE E LE CURE NEGLETTE

Quello che si poteva fare e che qualcuno ha fatto

*Primo non nuocere, secondo prevenire,
terzo soccorrere, quarto lenire: in ordine circolare.*

Da Diventare come balsami, ed. Sonda, 2004

Mai parlato così ossessivamente di salute. O meglio. Di malattia. Anzi. Di «contagio». Un terrore diffuso capillarmente – grazie alla panicodemia creata da politici, esperti e media –, tanto che incontrare il virus equivale(va?) nella mente dei più a condannare se stessi o i propri cari all'obitorio o quantomeno all'intubazione. Alla fine, il virus Sars-CoV-2 ha psicologicamente contagiato tutti. Anzi, ci siamo presi tutti Covid-19 e non in modo asintomatico. Chi perduto nel panico, chi incredulo per la paralisi mondiale, chi ostinato nel voler capire, chi sentendosi umiliato da restrizioni che ritiene mal poste, chi perplesso per l'inaudito regime terapeutico che ha sostituito l'indifferenza per la tutela preventiva della salute, chi rattristato da un clima di generale diffidenza per l'altro che rasenta la cattiveria, chi dubbioso e domandante, chi ricordando le tragedie extra-Covid ormai occultate, chi insofferente degli isterismi, chi irritato da norme contraddittorie ed esperti voltagabbana. Chi perché si sentiva dire «la gente ci muore intorno, gli ospedali sono pieni, le persone fragili sono tante, ne ho alcune accanto»...

1. DIETRO IL TERRORE DEL CONTAGIO MORTALE

L'Italia guida le classifiche mondiali per la mortalità attribuita a Covid-19 e al tempo stesso quelle per le misure anti-Covid. Periodicamente, Epicentro dell'Istituto superiore di sanità (Iss) pubblica un rapporto sulle caratteristiche di chi è deceduto con positività al virus Sars-CoV-2.⁽¹⁾

Caratteristiche dei deceduti positivi al Sars-CoV-2 (Epicentro-Iss)

Ne risulta che la quasi totalità dei casi è identificabile come persona non semplicemente anziana (età media 81 anni, età mediana 83) ma debilitata da diverse patologie croniche, in media 3,6. Una pesantezza che riguarda anche le persone decedute meno anziane, in presenza delle quali un virus aggressivo, se non fermato subito, innesca il processo che porta alla morte. Fra le patologie maggiormente riscontrate: obesità, diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva, tumore, malattie autoimmuni cardiopatia ischemica, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, ictus, ipertensione arteriosa, insufficienza renale cronica, insufficienza respiratoria, demenza, epatopatia cronica, patologie per cui è necessaria la dialisi, infezione da Hiv. Nella seconda e terza fase (fra il 2020 e il 2021), rispetto alla prima, i decessi riguardano persone più anziane e con una condizione di salute preesistente peggiore. Non si può ignorare che il 90% delle persone che incontrano il virus rimangono asintomatiche o al massimo paucisintomatiche, anche se avanti con gli anni e non perfettamente in salute. Il sistema immunitario blocca l'assalto. A volte, invece, «soprattutto quando la persona infettata è anziana o immunodepressa, il virus può legarsi all'enzima di conversione dell'angiotensina 2 (ACE2), un enzima coinvolto nella regolazione della pressione sanguigna e che si trova sulle cellule dell'epitelio polmonare dove difende i polmoni dai danni causati da infezioni e infiammazioni. Il virus, legandosi ad ACE2, entra nella cellula e impedisce all'enzima di compiere il ruolo protettivo. Può quindi insorgere la cosiddetta "tempesta citochinica" (ovvero un'azione continua e incontrollata delle citochine, proteine deputate di norma ad avvisare le cellule del sistema immunitario ad attivarsi in difesa dell'organismo, ma che in alcuni casi possono andare fuori controllo) che porta a uno stato di eccessiva infiammazione, con complicanze quali iper/ipotensione arteriosa, diabete mellito, compromissione neurologica, insufficienza renale, ischemia del miocardio e Ards (Sindrome da distress respiratorio acuto) una grave forma di polmonite interstiziale che porta alla morte se non si interviene subito».⁽²⁾

Dunque incontrare il virus non significa essere a un passo dall'intubazione o peggio.

Insegnamenti...

Ma che cosa ci insegnano questi dati, al di là delle polemiche? Ci insegnano che le persone sono state curate male. Ci insegnano che il crollo delle strutture ospedaliere ha fatto morire anche di non-Covid. Ci insegnano (e vedremo come fare) che la prevenzione delle patologie croniche è fondamentale. Ci insegnano che ci sono molti modi per irrobustire il nostro sistema immunitario di fronte ai virus. Ci insegnano che alle persone non in perfetta salute occorre riservare attenzione specifica ben più che alla generalità della popolazione, di fronte a un virus che (a differenza di precedenti storici ben noti) lascia molti asintomatici e colpisce pesantemente pochi, in percentuale. E infine, ci insegnano che anche quando il virus (questo o un altro) attacca, ci sono le cure, se precoci, premurose si potrebbe dire. Senza il peggioramento imputabile a Covid-19, persone anche non sane avrebbero potuto vivere più a lungo. Ma qui è il punto: così come con patologie croniche si sopravvive anche a lungo se si ottengono cure (nel significato pieno), questo succede (come vedremo) anche quando un quadro di salute difficile viene complicato pesantemente da Covid-19. Non significa salvare tutti. Ma molti. Dunque c'entra la prevenzione, e la sua mancanza, e c'entra la cura, o la sua mancanza. L'effettivo impatto di Covid-19 sulla mortalità in una certa popolazione dipende⁽³⁾ sia dalle condizioni individuali, epidemiologiche e sanitarie che favoriscono l'insorgenza di complicanze, che dalla capacità di curare le complicanze stesse. La capacità dell'organismo di gestire l'agente patogeno, questo o un altro, è un aspetto cruciale. E vale sia per questa che per altre emergenze sanitarie che è possibile o probabile si presenteranno nei prossimi anni.

...e spiegazioni che vorremmo

La realtà ci interpella, su questa base. Perché e dove si arriva a morire di Covid, o con Covid? Sono domande alle quali, malgrado numerosi solleciti, il ministero della salute non ha saputo rispondere. Ecco le domande:

- 1) Il numero di decessi quotidiani di persone positive al virus Sars-Cov-2 permane elevato, paragonabile a quello della prima ondata. Come si spiega?
 - 2) Dove avviene e dove avveniva principalmente il contagio delle persone vulnerabili e dunque a rischio? Ormai in tutti i luoghi si usano le mascherine, si fa un grande ricorso a igienizzanti... la diffidenza impera...
 - 3) Dove vivevano le persone decedute? Con familiari giovani? In Rsa? Da soli o con persone di pari età?
 - 4) E dove è avvenuto l'aggravarsi irreversibile del loro stato? Casa? Ospedale?
- Da quando il pandemonio è iniziato, diversi paesi hanno attuato una serie di misure per contenere la diffusione del virus e prevenire le morti. Le strategie più comuni – e molto impattanti – sono le seguenti:

1. Quarantene, distanziamento, isolamento sociale.
2. Promozione di misure igieniche (mascherine, igienizzazione)
3. Test massicci sulla popolazione.
4. Rintracciare e seguire le persone infette.
5. Isolamento dei malati.
6. Aumento delle capacità ospedaliere.

Ma con tutta evidenza non ha funzionato.

Cos'è mancato? Una rivoluzione ippocratica

E dunque, oltre alle strategie di contenimento della circolazione virale suindicate, di fronte a una crisi sanitaria epidemica si possono citare altri interventi: lavorare per la salute preventiva individuale e collettiva a partire dalla cura dell'ambiente e degli stili di vita in grado di aiutare il sistema immunitario; rendere efficiente il sistema di cura con buoni servizi territoriali; profilassi naturale; cure precoci prima dell'ospedale e spendendo infinitamente meno.

Medico, 82 anni, esperto di prevenzione tramite gli stili di vita e cura con sostanze naturali, Carlo Zaccagna ha passato una vicenda quasi emblematica. Andando a visitare a casa un ammalato ha contratto Covid-19 (il tampone effettuato in seguito ai sintomi è risultato positivo). Guarito, alla telecamera de *La cura*, visibile su YouTube, il medico torinese ha spiegato: «Avevo iniziato da poco una profilassi con lattoferrina e lactobacilli ma era già tardi. Da decenni non faccio influenze, non mi sono mai fatto vaccinare contro l'influenza perché i relativi virus cambiano continuamente. Ho uno stile di vita con il quale non mi sono mai comportato in modo da deprimere le mie difese immunitarie, non prendo mai medicine, ho dato modo al mio organismo, soprattutto all'apparato intestinale di rifornirmi di anticorpi». È stato curato a casa anche con idrossiclorochina, eparina e cortisone. Ecco un esempio di intreccio vincente fra cura e prevenzione, che non è solo la diagnosi precoce di una patologia ma è il lavoro per mantenersi in salute e fortificare il sistema immunitario, per costruire a qualunque età un corpo sano in grado di vivere a contatto con virus, batteri e funghi.

Nel 2020 è successo il contrario. Si arriva di corsa in ospedale, nel panico, il tampone positivo fa entrare in una spirale terrorizzante e si può innescare un circolo vizioso aggravando fino all'intubazione, tanto più se si tratta di persone con varie patologie croniche. Il sistema immunitario può essere gravemente compromesso da fattori quali lo stress (anche stare rintanati in casa per mesi a terrorizzarsi) e da stili di vita sbagliati.

Una rivoluzione copernicana per tutte le malattie si chiamerebbe prevenzione e cura precoce.

2. LA PREVENZIONE PER SUPERARE UNA NORMALITÀ MORBOSA

Diceva già quasi tutto lo spirito della Conferenza internazionale di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria e sul binomio salute-sviluppo nel quadro di un necessario nuovo e giusto ordine economico. Un progetto di giustizia sociale chiamato *Salute per tutti entro il 2000* identificava nella povertà e nell'ineguaglianza, a livello nazionale e internazionale, una delle principali determinanti delle malattie e morti premature, per endemie ed epidemie. Là c'era la risposta anche per il controllo delle epidemie. Era l'epoca del Nuovo ordine economico internazionale proposto dai paesi non allineati. Minacciava però l'ordine geopolitico. Fu poi ridotto a interventi che non implicavano la liberazione dal fardello della giustizia economica. E la missione dell'Organizzazione mondiale della sanità fu depistata: dalla promozione di sviluppo, equità e sistemi sostenibili a un approccio verticistico e biomedico ma non può essere l'aiuto internazionale a costruire la salute per tutti, bensì Stati sovrani e con risorse a disposizione.

Tanti decenni dopo la Conferenza di Alma Ata, «il re è nudo anche se porta la mascherina», direbbe il bambino della nota fiaba danese di Hans Christian Andersen *I vestiti nuovi dell'imperatore*. Il principio di precauzione contro le malattie - e di prevenzione del rischio rispetto alle nocività sanitarie, sociali e ambientali - è completamente ignorato da politici, esperti e popolazione. Malattie, stili di vita, condizioni ambientali e sociali: tutto è intrecciato, nel contesto di sistemi sanitari che in tanti paesi considerano ormai la prevenzione solo un fatto diagnostico e la cura solo una distribuzione a pioggia di farmaci o interventi iper-specialistici.⁽⁴⁾

Un futuro «pandemizzato»

Il Consiglio dei ministri Ue e il Parlamento europeo hanno dato il via libera con un investimento di 5,1 miliardi di euro al programma EuxHealth che è il primo passo verso un'Unione sanitaria (una materia la cui competenza è sempre stata riservata agli Stati) ed è destinato ad «affrontare le carenze che Covid-19 ha messo in evidenza, e rafforzare la qualità e resilienza dei sistemi sanitari europei, specialmente nella lotta contro le minacce transfrontaliere, per non farsi trovare impreparati»... «Naturalmente», l'incremento degli stock di farmaci (e vaccini) ed equipaggiamenti fa parte del pacchetto, come il rilancio dell'industria farmaceutica per aumentare la disponibilità per i pazienti e rilanciare la competitività. Il cuore del programma è inquietante: «Preparare meglio i sistemi sanitari a future minacce e pandemie». Pandemie date per scontate? E in che senso i sistemi

sanitari devono essere preparati? Ma almeno, c'è l'ammissione che buona parte del disastro è da imputarsi a errori e all'impreparazione. Il 20% del budget sarà dedicato alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie.

E il 30 marzo 2021, diversi capi di Stato (dalla Francia all'Ucraina, dal Ruanda al Regno Unito, dalle Fiji al Kenya), su iniziativa del co-firmatario direttore generale dell'Oms, hanno proposto formalmente (nella lettera «Full text of op-ed by 25 world leaders calling for pandemic treaty»), un nuovo «trattato internazionale per la preparazione, la prevenzione, l'individuazione, la valutazione e la risposta alle pandemie», all'insegna della «trasparenza, cooperazione, responsabilità condivisa». Tirano in ballo nientemeno – come sempre – la devastazione delle due guerre mondiali definendo la pandemia «la sfida più grande per la comunità globale dagli anni 1940». Il riferimento è alla pandemia in corso mentre le misure anti-pandemiche in corso (davvero molto diverse da un paese all'altro, *vedi Parte 3*) non vengono assolutamente messe in discussione. Ricordiamo che le due guerre mondiali provocarono decine di milioni di morti per non dire dei mutilati e degli affamati, e ridussero in macerie il tessuto abitativo e produttivo. Comunque la lettera dei 25 (più il direttore generale dell'Oms) chiede un'«architettura internazionale robusta che protegga le future generazioni». Ma in che cosa deve consistere la protezione? Si legge, è vero, il richiamo all'«approccio One Health che collega la salute degli umani, degli animali e del nostro pianeta». Tuttavia le future pandemie vengono date per scontate (assicurando che «la domanda non è se, ma quando») e il focus della lettera è prettamente medico-farmacologico-securitario. «Ci impegniamo ad assicurare, per questa e per le future pandemie, la disponibilità universale ed equa a vaccini, farmaci, materiale diagnostico, sicuri, efficaci e a prezzo accessibile. L'immunizzazione è un bene pubblico globale e avremo bisogno di sviluppare, produrre e distribuire vaccini nella maniera più rapida possibile. Ecco perché è stato messo in moto l'Acceleratore Act-A per promuovere un equo accesso a test, trattamenti e vaccini». Ma non basta e dunque ci vuole un trattato, una pietra miliare, a sostegno del diritto universale alla salute, coinvolgendo governi e società nello sforzo che comprende «un potenziamento della cooperazione internazionale per migliorare, per esempio, i sistemi di allerta, condivisione dei dati, ricerca, produzione e distribuzione a livello locale e regionale di contromisure mediche e di salute pubblica come vaccini, medicine, apparecchiature diagnostiche ed equipaggiamenti per la protezione personale». (Mascherine e vaccini sono assicurati. Cibi sani e ambiente pulito come prevenzione e diritto, forse continueranno a non essere assicurati. Non ci può essere spazio e denaro per tutto. Visto che poi, ad esempio, le stesse cure a buon mercato vengono boicottate).

Primaria, secondaria, terziaria

Si è appiattita la prevenzione sul vaccino. In realtà, anche nelle scienze sociali, la prevenzione (che è meglio della cura) si articola a tre livelli.⁽⁵⁾ La prevenzione primaria: tutti gli interventi volti a ostacolare l'insorgenza delle malattie nella popolazione, combattendo cause e fattori predisponenti (educazione alla salute, interventi sull'ambiente, sulle disuguaglianze sociali ed economiche che si riflettono sulla salute e sull'aspettativa di vita, sulle abitudini di vita, correzione dei fattori di rischio, dei comportamenti scorretti, se occorre profilassi immunitaria). La prevenzione secondaria: individuazione precoce dei soggetti ammalati o ad alto rischio per poter ottenere la guarigione o impedire l'insorgenza e la progressione della malattia (sia nel caso di malattie infettive che croniche degenerative); la diagnosi precoce è fondamentale perché rende attuabili interventi terapeutici in grado di condurre alla guarigione. Prevenzione terziaria: volta a ridurre la gravità e le complicazioni di malattie ormai instaurate, sconfina spesso nella terapia, ad esempio una appropriata dieta per un diabetico. Al tempo del coronavirus, hanno fatto difetto tutte queste tipologie. A partire dalla prima.

Sindemia e schematismo biomedico

Sindemia (sinergia più pandemia): un termine non nuovo, anzi introdotto fin dagli anni 1990 - e in seguito utilizzato a più riprese - dallo studioso Merrill Singer per indicare l'importanza delle interazioni biologiche e sociali nella politica della salute, comprese la prognosi, la prevenzione e la cura. Lo ha portato in auge un editoriale di Richard Horton, direttore della rivista medica *The Lancet*⁽⁶⁾ che sottolinea le interazioni fra situazione ambientale, patologie pregresse, condizione socioeconomica delle persone. A differenza della pandemia, che indica il diffondersi di un agente infettivo in grado di colpire più o meno indistintamente il corpo umano con la stessa rapidità e gravità ovunque, la sindemia implica una relazione tra più malattie e condizioni ambientali o socio-economiche, che alla fine diventano patologie. Su questa base, Horton ritiene angusto l'approccio securitario e biomedico fin qui attuato. «Abbiamo ridotto questa crisi a una mera malattia infettiva. Tutti i nostri interventi si sono concentrati sul taglio delle linee di trasmissione virale. La "scienza" che ha guidato i governi è composta soprattutto da epidemiologi e specialisti di malattie infettive, che comprensibilmente inquadrano l'attuale emergenza sanitaria in termini di peste secolare. Ma ciò che abbiamo imparato finora ci dice che la storia non è così semplice. Ci sono due categorie di malattie in circolazione al momento: insieme all'infezione, abbiamo una serie di patologie croniche non trasmissibili. Entrambe colpiscono determinati gruppi sociali secondo modelli di disuguaglianza profondamente ancorati nelle nostre società». Su queste patologie croniche, *The Lancet* ha recentemen-

te pubblicato *Ncd countdown 2030*, mostrando che la mortalità prematura che provocano si sta riducendo ma in modo troppo lento e intanto il numero di chi ne è affetto aumenta. Il virus non sarebbe in grado di produrre tali danni alla salute umana se non trovasse situazioni determinate da cattiva alimentazione, ambiente degradato, elevata intensità di malattie croniche. Le persone che hanno più probabilità di ammalarsi gravemente di Covid-19 fino a morire sono quelle che già soffrono (indipendentemente dall'età) di malattie come obesità, diabete, problemi respiratori, disturbi cardiovascolari, cancro, spesso determinati da contesti socio-ambientali e correlati a determinate aree geografiche o classi sociali svantaggiate.

Le differenze sociali contano. È stato notato che le persone più a rischio sono nelle classi di ceto modesto (ma non sull'orlo della fame né dedite a lavori pesanti): in media, oltre a vivere in condizioni sfavorevoli, hanno diete più povere e tassi di attività fisica inferiori.⁽⁷⁾ Antonio Lupo, medico e attivista del Comitato di appoggio al Movimento Sem Terra brasiliano, sottolinea la prevalenza del cibo spazzatura e della carne tossica nelle favelas del Brasile. Nel paese latinoamericano, con tassi di mortalità ufficiali molto elevati, secondo il centro di ricerca Afro i deceduti con Covid sono in maggior parte neri e poveri; non solo perché non possono lavorare a distanza, mantenere il distanziamento sociale e fruire di sistemi igienico-sanitari, ma anche perché presso quel tipo di popolazione sono più presenti complicazioni di salute collegate a una condizione socioeconomica inferiore, come sovrappeso, malattie cardiache, malattie respiratorie e fumo.⁽⁸⁾ Un tempo associati alla disponibilità di reddito, obesità, diabete, iperglicemia, patologie dovute a consumi nocivi –, si sono radicati presso classi povere e categorie sociali vulnerabili, in paesi abbienti o impoveriti. Stili di vita sbagliati (il «cibo spazzatura dei poveri»), condizioni ambientali fra aria e acqua inquinate giocano un ruolo di primo piano. L'interazione della malattia da coronavirus con l'aumento globale continuo, negli ultimi trenta anni, delle malattie croniche e dei loro fattori di rischio, tra cui obesità, iperglicemia, inquinamento atmosferico, ha creato le condizioni per una tempesta. Naturalmente, i villaggi africani sono molto poco colpiti dalla Covid-19 (a differenza ad esempio di Brasile e Messico, per non dire dei paesi occidentali) perché là c'è carenza di cibo, più che eccesso di cibo spazzatura e carne tossica.

Ha chiarito i nessi fra malattia Covid e malattie croniche anche nel Sud del mondo un gruppo di ricercatori di università australiane e del nepalese Forum for Health Research and Development:⁽⁹⁾ «La prevalenza di comorbidità è più alta fra i pazienti Covid rispetto alla popolazione generale non infettata da coronavirus. Per esempio, l'86% dei pazienti Covid in India e il 72% in Cina avevano comorbidità. La prevalenza di queste ultime sembra essere la stessa in altri paesi

Lmic (a reddito basso e mediobasso) dove elevata è la prevalenza di malattie non trasmissibili. La mortalità è più elevata fra adulti anziani con malattie croniche e persone con infezioni batteriche causate da patogeni antibiotico-resistenti (...). Occorre dunque inserire la presa in carico delle persone con malattie non trasmissibili nei piani di risposta nazionale per evitare effetti disastrosi e passi indietro nel raggiungimento degli obiettivi dello sviluppo sostenibile.» Che fare? Sostenere l'autogestione a livello comunitario, potenziando la grande e sottoutilizzata risorsa degli operatori sanitari di comunità (Community HealthWorkers, Chw), promuovendo stili di vita più sani, per esempio cibi più nutrienti e attività fisica.

Una gestione a valle e biomedica dell'emergenza, concentrata sulle sole modalità del contagio e su come interromperlo non fa arrivare alle cause che determinano gravità e mortalità ed è destinata a fallire, anche in presenza di cure e vaccini. La stessa «crisi economica che avanza non sarà risolta con farmaci e vaccini. Occorre una visione più ampia che comprenda educazione, impiego, alloggio, cibo e ambiente. Vedere Covid-19 solo come una pandemia esclude questo sguardo più ampio e necessario». Insomma «se le misure anti Covid-19 non terranno in conto fenomeni come la crescita dell'inquinamento, degli effetti della povertà sulla salute psico-fisica e della mancanza di investimenti in sanità pubblica, saranno fallimentari, perché non garantiranno mai la salute di tutti. E consideriamo che l'obesità da sola provoca perdite *triliardarie* al prodotto interno lordo mondiale».⁽¹⁰⁾

Nessun vaccino contro la *mal-aria* che aggrava la malattia

Tuttavia, come ha spiegato il pediatra ed esperto di epigenetica Ernesto Burgio, fattori di rischio sono anche l'inquinamento atmosferico di medio-lungo termine e altre trasformazioni ambientali verificatesi in pochi decenni nel Nord del mondo, e negli ultimi anni a ritmi ancora più accelerati anche nel Sud del mondo e in particolare nelle megalopoli. La disfunzione endoteliale di base nelle malattie croniche, immunoinfiammatorie, neuro-degenerative ed endocrino-metaboliche e persino nei disturbi del neurosviluppo e nel cancro potrebbe essere la conseguenza di un'alterata programmazione epigenetica di cellule e tessuti in utero e nei primi mille giorni di vita. E alla sua origine si ritrova lo stesso tipo di inquinanti che determinano la disfunzione endoteliale negli adulti e cioè il particolato ultrafine, i metalli pesanti, gli interferenti endocrini.

Le patologie che peggiorano la prognosi di Covid-19 sono quasi tutte aggravate quando non provocate dall'inquinamento atmosferico: ipertensione, diabete, obesità, malattie delle coronarie, e ovviamente disturbi respiratori come asma e la broncopneumopatie cronica ostruttiva. Le particelle fini riescono a

entrare nella circolazione sanguigna e causano infiammazioni e danni nei vasi e in certi organi. L'infiammazione degli alveoli polmonari facilita l'entrata del virus. Del resto, ben oltre l'attuale emergenza, il mondo assiste a una ecatombe cronica, ogni anno: secondo uno studio apparso su *Cardiovascular Research*, i morti provocati dall'inquinamento atmosferico sarebbero 8,8 milioni; peggio del tabacco, pur chiamato «imperatore della morte».⁽¹¹⁾ In Italia nel solo 2016, sono morte 76200 persone per sfioramento limiti di tre agenti inquinanti. Il sintomo principale nei deceduti era la dispnea: il 70%. Erano persone già con problemi respiratori gravi determinati in gran parte anche da inquinanti atmosferici.⁽¹²⁾ Riassumendo: l'esposizione di lungo periodo all'inquinamento, determinando non solo l'indebolimento del sistema immunitario ma l'infiammazione nei polmoni, e favorendo anche diverse patologie (cardiopatie, diabete, problemi respiratori e ipertensione), aumenta verosimilmente la vulnerabilità degli esposti al virus verso forme più importanti con prognosi gravi. Lo scompaginamento del sistema immunitario probabilmente aumenta anche le coagulazioni intravasali disseminate, causa di morte negli ammalati di Covid-19.

Ma sgombriamo il campo dagli equivoci. L'aria inquinata non fa da tappeto volante del virus!

Prima di tutto, il Sars-CoV-2 si trasmette nei luoghi chiusi. Emerge da uno studio condotto dall'Istituto di scienze dell'atmosfera e del clima del Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr-Isac), sedi di Lecce e Bologna, e dall'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente-Arpa Lombardia pubblicato sulla rivista di scienze ambientali *Environmental Research*.⁽¹³⁾ La ricerca condotta analizzando i dati, per l'inverno 2020, degli ambienti outdoor per le città di Milano e Bergamo, tra i focolai di Covid-19 più rilevanti nel Nord Italia, ha trovato che «escludendo le zone di assembramento, la probabilità di maggiore trasmissione in aria del contagio in outdoor in zone ad elevato inquinamento atmosferico appare essenzialmente trascurabile». Smentito dunque uno studio che metteva in relazione l'alto livello di polveri sottili e la maggiore diffusione del coronavirus. I risultati trovati da Cnr-Isac e Arpa in aree pubbliche all'aperto mostrano concentrazioni molto basse, inferiori a una particella virale per metro cubo di aria. Anche ipotizzando una quota di infetti pari al 10% della popolazione (circa 140mila persone per Milano e 12mila per Bergamo), quindi decupla rispetto a quella attualmente rilevata (circa 1%), sarebbero necessarie, in media, 38 ore a Milano e 61 ore a Bergamo per ispirare una singola particella virale.

Lo stato dell'aria aperta conta dunque per le altre ragioni: «I virus respiratori fanno ammalare, e soprattutto morire, persone con una o più malattie croniche persone che hanno “dovuto” respirare la pessima aria della Pianura Padana, l'aria peggiore dell'Europa dell'Ovest, inquinata da a) biossido di azoto, b) polveri

fini Pm10 e Pm 2,5, polveri che derivano anche dall'ammoniaca emessa dalle deiezioni degli allevamenti intensivi, che si trovano in gran parte in Lombardia ed Emilia Romagna (...)).⁽¹⁴⁾ Negli Stati Uniti, una ricerca dell'Harvard Data Science⁽¹⁵⁾ in tremila contee sull'effetto dell'esposizione alle polveri sottili sulla mortalità da Covid ha dato questi risultati: «Anche solo un piccolo aumento (un micron per metro cubo) dell'esposizione a lungo termine all'inquinamento da Pm 2,5 porta a un grande aumento (oltre il 15%) della mortalità da Covid-19. I Pm 2,5 finiscono in profondità nei polmoni, scatenando la reazione infiammatoria, non riusciamo a filtrarli. E possono anche causare malattie cardiovascolari. I dati da Italia e Cina confermano l'impressione. Le fonti delle particelle sono apparati industriali, inceneritori, e anche allevamenti intensivi. E il traffico. L'arrivo del Covid-19 è come la benzina sul fuoco (...). Ridurre l'inquinamento atmosferico è un modo per prevenire». Certo la qualità dell'aria non è dell'unico fattore, altrimenti le città indiane (atmosfera irrespirabile, ai vertici mondiali della mal-aria, salvo nel periodo del lockdown) avrebbero dovuto registrare una ecatombe. E certo, uno dei pochi effetti collaterali positivi del confinamento di alcuni mesi è stata l'aria ripulita dagli inquinanti. Hanno respirato per qualche tempo anche le città più inquinate del mondo come quelle indiane ma, fa rilevare il Centre for science and Environment sulla rivista *Down to Earth*⁽¹⁶⁾ nella ripresa post-lockdown le preoccupazioni ecologiche sono purtroppo secondarie...

Preoccupa per il possibile impatto sulla salute (e per un possibile uso opaco dello strumento) la diffusione della divisiva tecnologia 5G, la quinta generazione delle tecnologie di connessione per smartphone e tanti oggetti connessi. Potrebbe diventare un attacco elettromagnetico pervasivo proveniente da milioni di antenne e da oltre 50mila satelliti nello spazio?

Si chiamano politiche proattive. Se i programmi per contrastare il coronavirus non terranno in conto fenomeni come la crescita dell'inquinamento, gli effetti della povertà sulla salute psico-fisica e la mancanza di investimenti in sanità pubblica – conclude l'editoriale di Horton sulla sindemia – questi programmi saranno fallimentari, perché non garantiranno mai la salute di tutti. Pochi investimenti in ambito sanitario, mirati ed efficaci, destinati al miliardo di abitanti più povero del pianeta, potrebbero evitare la morte prematura di 5 milioni di persone.

Un dibattito di società. Spendere per la salute o per la sanità?

Louis Fouché, anestesista rianimatore a Marsiglia e fondatore di Re-InfoCovid, un collettivo di migliaia di medici, scienziati e operatori della salute impegnati a criticare la gestione autoritaria della pandemia e proporre un'altra politica sanitaria e riaprire lo spazio di dibattito pubblico e democratico per «uscire dalla paura e affidarsi a coraggio e prudenza», intervistato nel marzo 2021 dal pro-

gramma *Michel Midi* disponibile (in francese) su YouTube ha detto: «La differenza di mortalità fra i vari paesi del mondo colpisce. Questo fallimento dell'Occidente viene giustificato con le patologie croniche di cui soffre la popolazione, ma queste sono prova di un sistema sanitario che non persegue la salute ma tiene in vita a forza di farmaci. Una vita allungata ma in precarissima salute non è esempio di resilienza per un paese. Non si fa prevenzione, si vende farmaci. E i medici sono diventati rotelle negli ingranaggi». E allo stesso modo, non si è dimostrato resiliente il sistema sanitario. L'assistenza territoriale è stata il punto di maggiore debolezza. Ora, grazie anche alla poggia di miliardi europei, si parla tanto della casa come primo luogo di cura, della creazione delle case della salute, delle case di comunità. Ci si chiede però se davvero si metteranno in discussione il focus ospedaliero e soprattutto quello sui farmaci.

Una definizione di sanità pubblica che risale al 1920 ma appare attualissima è quella dell'esperto statunitense C.E.A Winslow: «La sanità pubblica è la scienza e l'arte di: prevenire le malattie; prolungare la vita; promuovere salute fisica e mentale ed efficienza. E questo attraverso sforzi organizzati della comunità per: migliorare le condizioni igieniche dell'ambiente; controllare le infezioni ed educare l'individuo ai principi dell'igiene personale; organizzare il servizio medico e infermieristico per la diagnosi precoce e il trattamento preventivo delle malattie; sviluppare organizzazioni sociali che assicurino ad ogni individuo della comunità uno standard di vita adeguato per il mantenimento della salute». È il rapporto stesso fra il concetto di sanità e quello di salute che va ridiscusso. L'obiettivo prioritario è evitare che le persone si possano ammalare (di malattie croniche come di quelle infettive) e la medicina territoriale dovrebbe dedicarsi a sviluppare comportamenti sani nella popolazione. La qualità della vita non dipende e non dipenderà da farmaci iper-costosi ma da una maggiore attenzione e investimento nella prevenzione in senso lato. Un discorso peculiare riguarda le residenze per anziani, investimento redditizio per grandi società e spesso strutture fantasma dove depositare gli anziani come scarti. «Chi ha detto che lasciare la propria casa è l'unica scelta possibile? Basterebbe una rete adeguata di servizi sociali, sanitari territoriali e alla domiciliarità (assistenza, cura, governo della casa, pasti a domicilio o mensa, lavanderia, telesoccorso o altro) per permettere a un anziano di condurre una vita autonoma. Fra l'altro con grandi potenzialità occupazionali,⁽¹⁷⁾ con cooperative di comunità e vere e proprie imprese sociali (...)». L'Associazione italiana medici per l'ambiente - Isde di Viterbo auspica che «l'esperienza sia un'occasione di riflessione per avviare serie riforme strutturali in ambito sanitario, ambientale, culturale, educativo, sociale ed economico tali da favorire sempre e prima il benessere di ogni essere umano e dell'intero pianeta».

Coltivare la salute. Produrre per la prevenzione e la cura

Dal regno vegetale non vengono che benedizioni. In piena emergenza, alcuni amici si sono chiesti: «Sarebbe utile preparare progetti di messa a coltura e raccolta di piante officinali e piante ad alto valore nutritivo, utilizzando il grande patrimonio ancora presente di terre demaniali? La sensibilità in questo ambito è cresciuta molto e con la pandemia ancora di più. Terre incolte e terre demaniali possono essere utilizzate per questo». Si creerebbero posti di lavoro e di elevata qualità ambientale. La quasi totalità delle piante officinale trasformate e consumate in Italia è importato. A livello internazionale, urge potenziare un'alleanza fra contadini (e raccoglitori silvicoli) negletti, aree agricole neglette, persone con patologie neglette. Un'alleanza in agricoltura per la salute, oltre che per il cibo. Un'alleanza in cui le foreste, scrigno di biodiversità, cibo e medicinali, siano più utili in piedi che tagliate. Un'alleanza in cui i contadini producano, con redditi convenienti, materie prime di base per cure che abbiano un costo individuale e/o collettivo sostenibile, ma anche per fitotrattamenti per le patologie vegetali e animali, al tempo stesso ripristinando un modello agricolo sostenibile che sia in grado da un lato di resistere alle emergenze climatiche e idriche, dall'altro di aiutare a superarle.

Diversi esperti africani di medicine naturali insistono affinché l'Africa colga il momento della pandemia per condurre ricerche su un nuovo prisma di economia botanica. Dopotutto, il commercio globale di piante medicinali e loro trasformati vale decine di miliardi di dollari. Per ora il continente africano non ricava che briciole. Ma ecco un'opportunità di sviluppo economico dal basso. Andando ben oltre la pandemia.

Tre emergenze umanitario-ambiental-sociali, mondiali e locali al tempo stesso si sono cronicizzate. E l'emergenza dichiarata agli inizi del 2020 le ha oscurate. La prima emergenza si riferisce alle malattie nei paesi impoveriti. La seconda emergenza si riferisce alle estreme difficoltà di vita e reddito di un miliardo di piccoli contadini in Africa, Asia e America latina, stretti fra la competizione schiacciante dell'agribusiness dedicato prevalentemente ai settori della mangimistica e dei carburanti, la concorrenza sleale dei sussidi europei e nordamericani. La terza emergenza è appunto di ordine ambiental-sociale: il caos climatico, la distruzione delle foreste, la penuria idrica si intrecciano con l'attività agricola nelle aree impoverite in un rapporto di causa-effetto a doppio senso. Dall'agro-silvicoltura arriva la base vitale per la salute: non solo gli alimenti ma anche i principi attivi di base per la produzione di rimedi; quelli tradizionali, quelli tradizionali migliorati, quelli di sintesi. Anche se, a questo proposito, un'altra emergenza appare: la biopirateria, l'acquisizione di biodiversità sotto forma di piante, animali, microrganismi o di conoscenze tradizionali relative alla biodiversità. Il

mondo vegetale è un vero «servizio di salute pubblica». I suoi patogeni fra l'altro non possono fare alcun salto di regno. In particolare gli alberi sono praticamente incapaci di nuocere (salvo sradicamenti). Un simbolo di generosità. Non si deve temere di essere retorici quando si parla di queste creature. In Pakistan migliaia di persone che hanno perso il lavoro per via delle misure anti-coronavirus sono state assunte per portare a termine il progetto di riforestazione del paese che nel 2018 si è impegnato a piantare 10 miliardi di alberi per lottare contro l'emergenza climatica. Si chiama, con un nome un po' infelice, Billion Tree Tsunami. In Brasile, il Movimento Sem Terra continua, a Bahia, la campagna per piantare alberi soprattutto fruttiferi e per l'alimentazione sana, in opposizione alle piantagioni monocolturali: l'eucalipto dell'agribusiness diffuso nello Stato. E le città dello Stivale? «Dobbiamo pensare agli alberi come a un vero e proprio servizio di salute pubblica in grado di aiutare il benessere fisico e mentale degli abitanti»: mentre ogni sguardo era rivolto alla pandemia, la rivista *Gaia* ha dedicato un approfondimento al verde urbano.

3. TUTTE LE NOSTRE DIFESE, INNATE, DA ACQUISIRE, DA RITROVARE

Qualsiasi professione, contadini, nutrizionisti, medici, architetti, comunicatori, psicologi, è chiamata a operare per la salute.

Si può, ci sono riusciti

Sulla base di questo principio, nel 2020, l'omeopata Giovanni Marotta del Cimi (Centro medicina integrata) ha dedicato una serie di incontri online (disponibili sul canale YouTube *Il bosco di Ogigia*) al potenziamento del sistema immunitario «al quale si può arrivare in parte con il cibo e in parte con accorgimenti erboristici e di altra natura». Dovrebbero essere le autorità e i loro consulenti a suggerire tutto questo, e invece da oltre un anno, «giorno per giorno, secondo per secondo, su Covid -19 una tempesta di notizie, ma su come stare in salute ed evitare più morti, niente. È da irresponsabili». Eppure, continua il medico, «in base alla mia personale esperienza (di un intero anno da febbraio scorso) ho registrato che, contro il coronavirus, avere buone risorse generali e immunitarie, è la strategia migliore per non ammalarsi e, in caso di positività, non cedere al virus in nessuna forma grave. È la mia esperienza con centinaia di pazienti anche avanti negli anni. Ribadisco che esistono molti modi e molti mezzi per incrementare le proprie difese, su basi naturalissime, modi e mezzi che sostengono i nostri processi vitali e che non sono solo in grado di combattere il virus ma anche ogni altra infezione e correggono al tempo stesso problematiche infiammatorie, dismetaboliche, ossidative e degenerative; oggi di importanza fondamentale per arginare il grave aumento di patologie, specie quelle tumorali. Credo che sia estremamente riduttiva la idea che solo il vaccino possa risolvere il problema, rispetto a tutto ciò che possiamo utilizzare per generare salute. Anche fuorviante nella misura in cui ogni sforzo sanitario è indirizzato in quella direzione sottraendo attenzione e risorse, come si vede attualmente, alla prevenzione di altre patologie gravi quali tumori, infarti. Il compito di curare la nostra salute è prevalentemente nelle nostre mani».

La forza di Lucile (117 anni) e la «confusione» dei media

Che confusione! Per esempio fra il virus e la malattia. La religiosa Lucile Randon, soeur Andrée, nata in Francia nel febbraio 1904, è la persona che ha più anni in tutta Europa. Ne ha passate: la Spagnola, due guerre mondiali... Già insegnante, poi suora infermiera, vive attualmente in una casa di riposo nei pressi di Tolone. In gennaio le è stato fatto il tampone nasofaringeo per individuare la

presenza del virus Sars-CoV-2. È risultata positiva, come quasi tutti i residenti. È stata isolata nella sua stanza, ma ha sofferto solo di solitudine e di non poter scendere a messa. Non ha avuto alcun sintomo. Quindi non ha sviluppato la malattia. Al giornale *Var-Matin* ha dichiarato di non essersi «nemmeno accorta» della presenza del virus. Relegata, non chiedeva notizie sulla sua salute e alla televisione francese ha dichiarato di non aver avuto alcun timore anche perché da anni vorrebbe ormai essere altrove. Ma ecco come i media internazionali, riferendo della sua piccola avventura, certo di lieve entità in una lunghissima vita, hanno mostrato di continuare a confondere il virus (Sars-CoV-2) e la malattia (Covid-19): chiamando infatti «sopravvissuti» i positivi asintomatici. Tutti hanno commesso l'errore, dal *New York Times* a *Malaysianow* al *Guardian*. Ecco il titolo tipo: «La persona più vecchia d'Europa sopravvive a Covid-19»; alcuni poi precisavano l'asintomaticità nello stesso sottotitolo - «positiva, ma non ha avuto sintomi»; gli altri nel testo. Perché questo lapsus? La confusione di quest'epoca? La trasandatezza? Il fatto che una veritiera notizia «117 anni, positiva al Sars-CoV-2 ma sana» oppure «117 anni, incontra il virus ma non sviluppa Covid.19» non sarebbe d'effetto?

La grande muraglia del sistema (immunitario personale)

In molti paesi occidentali, l'infodemia, un bombardamento mediatico incontrollato e contraddittorio, ha caratterizzato l'approccio dei media, delle istituzioni e degli addetti ai lavori. Peccato, per l'esito. Paura della morte e solitudine dell'ammalato sono infatti potenti inibitori del sistema immunitario. Il quale, nella lunga lotta contro effetti patogeni, batteri, virus, inquinanti ambientali e fattori stressogeni, è la nostra muraglia difensiva. L'immunità non è solo di tipo anticorpale, sviluppata quando si incontra il virus, ma anche cellulare. E si coltiva. L'efficienza del sistema immunitario è ovviamente indispensabile nell'affrontare i patogeni. «Il sistema immunitario è normalmente in grado di distinguere le strutture proprie dell'organismo o esterne al corpo e presenti nell'ambiente (per esempio i pollini e gli alimenti) ma che normalmente non costituiscono un pericolo. Queste strutture dunque possono o devono essere preservate. Esistono al contrario strutture interne o esterne al corpo (tumori, sostanze inquinanti, alcuni microrganismi) che invece si dimostrano nocive per l'organismo. Nei confronti di queste ultime vengono attivati processi di neutralizzazione o di eliminazione, generalmente basati sullo sviluppo di fenomeni infiammatori. I quali sono assai utili quando hanno una durata breve e un'intensità rapportata alla capacità di "gestione" dell'organismo, ma possono rivelare aspetti problematici quando l'intensità è eccessiva (è capitato a coloro che sono deceduti in questa pandemia) o durano troppo a lungo».⁽¹⁸⁾ Funziona bene? Un sistema così comples-

so e articolato dipende, per il suo corretto funzionamento, non da un singolo fattore ma dalla coesistenza e dall'interazione reciproca di diversi elementi e condizioni. In particolare e principalmente da un'alimentazione sufficiente per quantità e di buona qualità, composta da cibi naturali e completi (integrali); da una permanenza sufficiente all'aria aperta che consente, tra l'altro, una normale produzione di vitamina D; da una quantità di riposo e di sonno adeguati; dall'imprescindibile attività fisica che aiuta a scongiurare la patologia del sovrappeso.

Quante persone nient'affatto indirizzate alla prevenzione sono poi finite in rianimazione? L'omeopata e rianimatore Stefano Manera, che ha lavorato per lunghe settimane all'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo in piena emergenza, ha ricordato in varie interviste che «una caratteristica comune dei pazienti che andavano incontro a complicanze è l'infiammazione di base preesistente. Un habitus dismetabolico: pazienti ipertesi, diabetici, obesi, sovrappeso, ecco il tratto caratteristico di tutti i mali che andavano incontro a peggioramenti clinici significativi. Dobbiamo lavorare a livello della prevenzione o non usciranno da questo circolo vizioso. Avremo persone che saranno più suscettibili a qualunque forma patologica. Minore è lo stato di salute preesistente, maggiore la facilità ad ammalarsi. Ma tutti i giorni vediamo l'opposto. La prevenzione è relegata in un angolo, si lavora esclusivamente per la cura». La prevenzione nasce da uno sforzo comune, utilizzando la natura in modo produttivo ma rispettoso. Cruciali per la risposta del corpo alle infezioni sono, come spiega il libro *Covid-19: la sfida dell'immunità individuale*, gratuito ed edito da un'officina farmaceutica omeopatica,⁽¹⁹⁾ la prevenzione alimentare che va ben oltre Covid-19, i presidi vitaminici, il movimento fisico, l'esposizione al sole, stimoli naturali del sistema immunitario, in combinazione con la medicina territoriale. L'associazione internazionale Ippocrate che fornisce consulenza telefonica gratuita per le cure precoci (vedi oltre) ha anche avviato un servizio email di consigli per la prevenzione, non specifico per Covid ma per supportare in generale le persone che cercano di raggiungere o mantenere in efficienza o equilibrare il proprio sistema immunitario, attraverso stile di vita, alimentazione e, in casi specifici, integratori: info@ippocrateorg.org. Oggetto: Prevenzione

Quanto all'omeopatia, è ampiamente utilizzata in molti paesi (v. *oltre*) per rafforzare i meccanismi difensivi naturali, naturalmente individualizzando il singolo paziente, sulla base del rapporto fra i meccanismi riproduttivi del virus e quelli naturali di difesa e adattamento.⁽²⁰⁾ Ma può avere un impiego anche quando la malattia è in corso (vedi *oltre*). Dopotutto si affermò anche grazie ai successi ottenuti nella cura delle epidemie di colera in Europa, della totalità dei sintomi più caratteristici, pertanto non solo su quelli patognomonic del Covid-19. La risposta del malato ad ogni agente patogeno infettivo, ma anche chimico, fisico

o emozionale è fondamentale e condiziona il decorso della malattia.

Anche la genetica vuole la sua parte: sta di fatto che mentre molti anziani e con patologie superano e non si ammalano, alcuni giovani sì e in modo grave. L'Università romana di Tor Vergata nell'ambito del Consorzio internazionale di genetica sta studiando l'immunità naturale, di persone che pur essendo a stretto contatto con uno o più positivi, non solo non si ammalano, ma non contraggono nemmeno l'infezione. Sono quelli che alcuni scienziati chiamano i "resistenti". Il 10-15% dei casi gravi dell'infezione da coronavirus Sars-CoV-2 è dovuto proprio alla genetica, e più nello specifico ad alterazioni che influenzano il funzionamento dell'interferone di tipo I (Ifn I), una proteina appartenente alla famiglia delle citochine che regola l'attività del sistema immunitario. Una parte dei pazienti gravi presenta auto-anticorpi in grado di attaccare questa proteina e distruggerla, mentre altri non la producono in modo corretto per via delle mutazioni. I resistenti, ad esempio, potrebbero avere un gene mutato che permette di produrre una quantità superiore di interferone (la prima linea di difesa contro il virus).

Carica virale e fattori di rischio

Ecco parti del vademecum pubblicato dalla Fondazione Allineare sanità e salute (e in parte illustrato dal dottor Alberto Donzelli al canale Youtube *La Cura*).⁽²¹⁾ Si spiegano intanto i meccanismi, a partire dalle modalità di trasmissione interumana del Sars-CoV-2 che risultano essere, soprattutto, le secrezioni delle vie aeree superiori, veicolate da tosse e/o starnuti, i contatti diretti ravvicinati e le mani contaminate che toccano poi le mucose di bocca, naso e occhi. Tutto sta poi nella reazione.

«La storia naturale della malattia varia da infezioni lievi o asintomatiche a insufficienze multi-organo fatali; i primi 10-15 giorni dall'infezione sono cruciali, e l'esito dipende dal bilanciamento tra dose cumulativa di esposizione al virus ed efficacia della risposta immune locale innata (IgA e IgM naturali...). Quando ci sono molti anticorpi e poco virus le stesse difese innate che tappezzano le vie respiratorie superiori intervengono e lì il virus si ferma. Se il virus supera il blocco dell'immunità innata e si diffonde nelle fasi iniziali fino agli alveoli polmonari, lì può replicarsi senza resistenza locale, causando polmonite. La ritardata forte risposta adattativa con IgM e IgG ad alta affinità innesca una grave infiammazione e una cascata di mediatori (complemento, tempesta citochinica, coagulopatia) con complicazioni che possono richiedere terapia intensiva». Attenzione: «Mentre un'attività fisica lieve o moderata è raccomandabile, un'attività troppo intensa con iperventilazione nell'incubazione o negli stadi iniziali della malattia facilita la discesa precoce di virus nelle vie respiratorie inferiori e negli alveoli, senza che impattino sulle mucose respiratorie superiori coperte da anticorpi

neutralizzanti, superando la barriera immunitaria anche in giovani sani.»

Cosa deve accadere perché dal virus si sviluppi la malattia? Serve il contatto con una carica virale alta e che l'organismo sia suscettibile. Un aspetto molto trascurato è la reinalazione dei propri virus che aumentano la carica cumulativa esponendo a una infezione più grave. In proposito, il documento della Fondazione mette in guardia dalle mascherine all'aperto, con il pericolo dell'auto-inalazione virale: «L'Oms indica ben 11 potenziali danni/svantaggi delle maschere facciali, ma non segnala quello che potrebbe essere il maggiore, a carico di infetti da Sars-CoV-2 non di rado inconsapevoli, perché asintomatici, presintomatici o paucisintomatici. Dopo una trasmissione, l'immunità innata svolge un ruolo cruciale per prevenire la diffusione dei patogeni nell'organismo. La sua efficacia dipende molto dalla carica virale. Se le maschere facciali creano un ambiente umido in cui il virus può restare attivo per il vapore acqueo fornito di continuo dalla respirazione e catturato dal tessuto, causano un aumento della carica virale e possono far superare le difese dell'immunità innata. Inoltre la resistenza della maschera all'espiazione aumenta la ri-inalazione dei propri virus, in un circolo vizioso che aumenta la carica, che può così raggiungere gli alveoli, dove le difese immunitarie innate sono carenti. Lì il virus si può moltiplicare molto e quando, a 10-12 giorni dall'infezione, arrivano gli anticorpi delle difese adattative, trovando grandi quantità di virus scatenano una battaglia violenta, con grave infiammazione e le conseguenze descritte nei casi di Covid-19 a evoluzione grave (...). All'aperto il bilancio netto delle maschere sembra sfavorevole (...). Per chi lavora in spazi chiusi con insufficiente ricambio d'aria ed è tenuto a indossare mascherine, può essere ragionevole prevedere pause con respirazione libera all'aperto, in attesa che la ricerca chiarisca gli effetti netti dell'uso protratto di mascherine in chi può essere infetto, anche in modo inconsapevole».

Gioventù e salute non sono (quasi) un'età

Gli interventi istituzionali non sembrano dare strumenti alle categorie a rischio, continua la Fondazione Allineare salute e benessere: «Molti studi e la comunicazione istituzionale documentano che anziani con comuni patologie croniche (diabete T2, cardiopatia ischemica, insufficienza renale cronica, scompenso cardiaco...) sono a maggior rischio di infezioni gravi e fatali da Covid-19. Saperlo è utile per una loro maggior tutela, ma, al di là delle note misure igieniche e di distanziamento sociale, non dà indicazioni su quanto gli anziani con cronicità e chi li assiste possono fare per ridurre in tempi brevi i propri rischi specifici. Ciò può includere modifiche di stili di vita a rischio, non facili per certe condizioni (dipendenza da tabacco, obesità), ma per altre potenzialmente accessibili in tempi brevi da soggetti informati e motivati (modelli di alimentazione salutari,

maggior attività fisica. Altre misure di rapida attuazione, d'intesa con il curante, possono indurre benefici per la salute generale e possibili effetti sull'infezione. Potenziare/tenere alte le difese dell'organismo è comunque una strategia chiave, valida per tutti i patogeni, presenti e futuri. Si tende a trascurarla, assumendo che l'immunità naturale sia molto più debole negli anziani, senza evidenziare il potere degli stili di vita (su cui si può intervenire) nel condizionare l'età biologica rispetto a quella anagrafica».

Sulle misure di miglioramento della salute in genere e del potenziamento delle difese, ecco un focus sull'alimentazione, sulla base dei tanti studi che verificano riduzioni sostanziali della mortalità totale e anche di quella per le malattie infettive.

Dunque vegetus! E Wfpbd...

Non si tratta di cambiamenti che richiedono anni! Il nutrizionista Michael Greger, famoso per i suoi video, insiste: «La morte prematura e senza senso di centinaia di migliaia di persone per malattie cardiache (anche pre Covid) negli Stati Uniti, potrebbe essere abbattuta tutto sommato facilmente. Già in un mese di dieta a base di cibi integrali e vegetale (Wfpbd) si può assistere al recupero di una situazione di salute».⁽²²⁾ Una delle migliori difese contro le epidemie è essere in buona salute e a questo scopo, per la dottoressa Luciana Baroni geriatra e nutrizionista, coordinatrice della Società scientifica di nutrizione vegetariana (Ssnv), «trattandosi di un'infezione virale, possiamo sicuramente ipotizzare che un rafforzamento del sistema immunitario e della barriera mucosa, e un miglioramento della flora batterica intestinale possano essere d'aiuto nel ridurre il rischio di contagio».⁽²³⁾

Particolarmente utile è l'assunzione di «minerali fra cui zinco, ferro, magnesio e selenio, che provengono da frutta secca, cereali e legumi. Vitamine, tra cui vitamina A, vitamina E e vitamina C (grande contributo alla difesa immunitaria, supportando sia il sistema immunitario innato che quello adattativo; è stata utilizzata nelle terapie intensive ospedaliere per trattare l'infezione da Covid-19), provenienti da agrumi, kiwi, verdura verde a foglia, cavoli di tutti i tipi, verdura rosso-arancione, frutta secca e semi oleaginosi. Anche la vitamina D è importante per il sistema immunitario (e non solo), ma non si ottiene dalla dieta (nemmeno da quella onnivora), se non in minima parte: è necessaria l'esposizione alla luce solare oppure l'assunzione da integratore». La ricetta di resistenza vegetale della dottoressa Luciana Baroni prosegue con «gli antiossidanti, provenienti da frutta, soprattutto frutti di bosco, verdura verde a foglia, cavoli, cereali integrali, spezie. E poi gli acidi grassi omega-3, contenuti soprattutto in noci, semi di lino e di chia. Infine, le fibre, soprattutto solubili, che mantengono sana e vitale la nostra flora

batterica intestinale: le troviamo in legumi, cereali, frutta e verdura». E una dieta a base vegetale è in grado di agire favorevolmente su varie patologie croniche: ipertensione, malattie cardiovascolari e diabete. I processi infiammatori nell'organismo si riducono se ai pasti sono aggiunte spezie ed erbe aromatiche.

Difensori vitali: vitamina D3, quercetina, zinco, oli essenziali...

La vitamina D identifica in realtà un gruppo di molecole (pro-ormoni), presenti soprattutto sotto forma di ergocalciferolo (vitamina D2) e colecalciferolo (vitamina D3). Il nostro organismo la produce tramite i raggi solari o che va assunta (molto poco con gli alimenti, e quanto a quelli vegetali, solo i funghi shiitake). Nel film svizzero *Mal Traités* sulle mancate cure precoci, diversi medici intervistati hanno spiegato che regola l'attività delle citochine. Gli studi sugli effetti della sua carenza sono numerosi e ora sono stati anche declinati in relazione allo sviluppo di forme gravi di Covid-19. Quando è insufficiente (ed è un caso comune in molti ammalati) il sistema immunitario reagisce eccessivamente e i polmoni diventano un campo di battaglia. È un immunostimolante e un immunomodulante. La sua carenza è associata a un aumento delle infezioni in generale, anche virali. Alcuni docenti dell'università di Torino hanno suggerito ai medici di assicurare adeguati livelli di vitamina D soprattutto a persone fragili, nelle Rsa e ai pazienti a rischio oltre che al personale sanitario.⁽²⁴⁾ Uno studio⁽²⁵⁾ coordinato dal dottor Giancarlo Isaia del Dipartimento di scienze mediche dell'università di Torino insieme all'Arpa (l'Agenzia Regionale per la protezione ambientale) ha testato la correlazione tra i dati clinici relativi a Covid-19 attualmente disponibili per ogni regione italiana e diversi fattori ambientali, di comorbidità e demografici, ottenuti da fonti pubbliche. Tra tutti i fattori statisticamente significativi, comprese le comorbidità e i residenti nelle case di cura, l'esposizione alla vitamina D è risultata essere la più efficace nel descrivere la distribuzione geografica della pandemia in Italia, per tutte le variabili di risposta (infezioni per abitanti, morti per abitanti e infezioni per tamponi). Del resto degli effetti importanti della D sul sistema immunitario si sapeva già 150 anni fa: i medici dell'800 dovevano combattere la tubercolosi senza antibiotici, e mandavano i pazienti al mare o in montagna nei sanatori pubblici. Dal primo gennaio 2020, sono numerosissimi gli studi su vitamina D e Covid-19. Decine di questi mostrano che «La vitamina D riduce l'infezione, la gravità della malattia, il ricovero in terapia intensiva e la mortalità, come chiaramente evidenziato dalla biologia immunitaria, da studi e pratica clinica, e insieme a considerazioni più ampie relative alla latitudine e all'esposizione ai raggi solari. Eppure, proprio le categorie più vulnerabili, persone molto anziane, residenti in case di riposo e Rsa, obesi continuano a risultare carenti».⁽²⁶⁾ In particolare è stata valutata l'efficacia della vitamina D3 su più di

550 persone ricoverate nei reparti Covid dell'Hospital del Mar a Barcellona, in Spagna. I malati di coronavirus trattati con dosi di vitamina D avevano l'80% in meno di probabilità di richiedere un trattamento in terapia intensiva e si rilevava una mortalità ridotta di oltre il 60%. Ma tutto questo, e malgrado il bassissimo costo dell'integratore, non basta a convincere le autorità sanitarie italiane.

La quercetina, molecola naturale abbondante in capperi, cipolla rossa e radicchio, come altri composti di origine naturale sembra aiutare a evitare il rilascio incontrollato di citochine pro-infiammatorie. Uno studio internazionale a cui partecipa l'Istituto di nanotecnologia del Cnr ha trovato che la quercetina funge da inibitore specifico per il virus responsabile del Covid-19, mostrando un effetto destabilizzante su una delle proteine fondamentali per la replicazione del virus. Lo studio è pubblicato sull'*International Journal of Biological Macromolecules*. La quercetina può essere facilmente modificata per sviluppare una molecola di sintesi ancora più potente. Poiché non può essere brevettata, chiunque può usarla come punto di partenza per nuove ricerche.⁽²⁷⁾

Secondo uno studio italiano pubblicato su *Nutrients*,⁽²⁸⁾ la lattoferrina, una proteina presente in diverse secrezioni umane, funziona come immunomodulatore della risposta immunitaria antivirale con effetti contro l'infezione da Sars-CoV-2. Come trattamento preventivo migliora la risposta immunitaria antivirale e modula positivamente la produzione di citochine innescata dal virus e che è il meccanismo predominante della patogenesi da Covid-19. Inibisce parzialmente la replicazione del virus e protegge le cellule. Anche molti oli essenziali hanno forti capacità antivirali (oltre che antibatteriche, antifungine, antiparassitarie). Un testo scaricabile⁽²⁹⁾ e un corso online⁽³⁰⁾ ne indicano gli utilizzi e le avvertenze. Non finisce qui. Secondo lo studio condotto da un team di scienziati israeliani e islandesi.⁽³¹⁾ In sintesi: un estratto di spirulina è efficace al 70% nell'inibire l'eccessivo rilascio della citochina Tnf-α. Abbiamo imparato gli effetti nefasti della tempesta citochinica, una delle principali cause di morte (per stress respiratorio e danni ad altri organi).

L'oligoelemento zinco fa parte della strategia di prevenzione e cura. Interferisce con la replicazione virale, è indispensabile per la risposta immunitaria. Può ridurre il rischio e la gravità delle infezioni virali. In abbinamento con l'idrossiclorochina che lo fa entrare nelle cellule. Il medico olistico può suggerire, ai primi sintomi, un insieme di integratori a base di echinacea, salice, pompelmo e zinco (una specie di aspirina potenziata), e pastiglie di esperidina, quercetina e vitamina C.

Ed ecco in sintesi lo scudo antivirale suggerito da Antoine Demonceaux, medico francese che lavora nelle case di riposo. Oligoelementi e vitamine, a scopo preventivo e non solo, da assumere con i cibi o come integratori ma sotto con-

trollo medico: ferro, zinco (attiva i linfociti diminuendo così la carica virale e la risposta infiammatoria), rame (molto importante nei processi infiammatori, se manca si svolgono male, o essendo insufficienti e aumentando l'infezione, oppure al contrario agendo troppo, la famosa tempesta citochinica), complesso oro argento, selenio, vitamina D, vitamina C (negli alimenti)...

C'è la vita là fuori. Elogio dell'aria aperta

Tutti ma proprio tutti ripetono che la normalità di *prima* era malsana e che d'ora in poi si vivrà nella «nuova normalità». Ma che cosa significa? Ci devono essere alternative a un modo di vita che chiude sempre più in casa condannando a giorni virtuali, a una morbosa sedentarietà, rendendo le persone sempre più succubi delle oligarchie digitali. Nel 2020, quando ancora la pioggia di miliardi europei del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) era nel mondo dei sogni, un'esperta di start-up alternative durante uno dei tanti seminari web lanciava l'idea di «piccole cose utili a far ripartire l'economia: i parchi con attrezzi ginnici, le fontanelle in città per lavarsi le mani e bere, e gli spazi ciclabili». Aggiungiamo l'agricoltura urbana e perirurbana: orti condivisi e frutteti di tutti, negli spazi urbani disponibili. Una buona idea oltre l'emergenza, suggeriva il numero di maggio 2020 della rivista *Tera e Aqua* edita dall'Ecoistituto del Veneto, è coltivare sul balcone, sul terrazzino, vicino al garage. Spazi che ospitavano magari solo salvia e rosmarino. Sono tutti pezzetti di un cammino ecologico, sobrio. E sano. Già.

Salvo eccezioni (i luoghi pesantemente inquinanti, per i quali non si protesta mai abbastanza), tanto le malattie infettive quanto quelle cronico-degenerative temono le attività all'aria aperta per varie ragioni: 1) muoversi è salutare per tenere a bada le ricadute della sedentarietà; 2) i virus circolano molto meglio al chiuso, 3) si immagazzina la celebre ma negletta vitamina D!, 4) l'umore migliora e lo stress si riduce. Molte attività prima svolte in palestra, in tante stagioni possono trasferirsi fuori. Anche con un risvolto occupazionale. Sera di fine ottobre, una città del Nord, Torino. Vicino a Porta Susa, musica esce da un giardinetto ormai buio. Un incontro fra giovani, alternativo al bar? Non sembra. Ragazze scattano come per lo sprint di una corsa. Altre impugnano cinghie fissate a un grande tronco. Cos'è? «Lavoro in quella palestra, laggiù», indica un ragazzo. «Visto che deve star chiusa, ci siamo trasferiti qua». Allenarsi all'aperto con strutture semplici. Saggia idea. E fuori, per alcuni mesi dell'anno, si possono tenere proiezioni cinematografiche, attività culturali, spazi fieristici, mostre: molto di tutto questo può avvenire abbattendo anche i consumi energetici. In Gran Bretagna, la creazione di spettacoli dal vivo senza troppa burocrazia ha creato migliaia di piccole compagnie (e relativo lavoro) per musicisti. E le zeppole invece degli impianti di risalita?

Non elogio delle mascherine «antivirus» all'aperto

In Italia solo una persona su due (dati riferiti a «prima», peggiorati a causa della pandemia e dello stare a casa) raggiunge i livelli raccomandati di attività fisica, e si stima che la sedentarietà abbia al suo passivo quasi 90mila morti all'anno. L'attività fisica riduce anche in modo specifico la mortalità da malattie infettive. Ad esempio fare jogging è stato associato a riduzioni del 40% della mortalità totale, con effetti anche maggiori sulle morti da infezioni (polmoniti, ecc.).

E durante l'attività motoria è moralmente lecito non avere la mascherina, a patto di non farsi sorprendere troppo vicini a qualcuno - del resto molti si scansano automaticamente e questo dà l'idea di un quadro comportamentale ormai cronicamente distopico. Nel mese di ottobre 2021 un ennesimo decreto (Dpcm) del presidente del consiglio dei ministri introduceva l'obbligo di mascherina all'aperto in tutta Italia e virtualmente in ogni contesto (obbligo che già molte persone, terrorizzate, si auto-infliggevano perfino nella calura estiva). E questo malgrado la lettera⁽³²⁾ di un gruppo di medici ed epidemiologi, sconcertati per la decisione di estendere agli spazi esterni una norma che poteva aver senso al chiuso; sacrificio non supportato da prove scientifiche e potenzialmente dannoso (la mascherina tenuta a lungo aumenta la reinalazione dei propri virus in un circolo vizioso). Per fortuna il Dpcm⁽³³⁾ contiene una parte di buonsenso: l'obbligo di indossare anche all'aperto i cosiddetti dispositivi di protezione delle vie respiratorie (compresi quelli lavabili per fortuna... ormai le mascherine usa e getta sono arrivate a centinaia di miliardi) contiene l'eccezione dei casi in cui «per le caratteristiche dei luoghi o per le circostanze di fatto, sia garantita in modo continuativo la condizione di isolamento rispetto a persone non conviventi (...) sono esclusi da tali obblighi i soggetti che stanno svolgendo attività sportiva». Con un po' di buona volontà mantenendo la distanza di circa un metro e mezzo, possiamo camminare per strada, nel parco e per ogni dove senza mascherina.

Il decreto della regione Lazio, precedente di pochi giorni, permetteva un apiglio maggiore perché parlava di attività motoria. Significato ufficiale di «attività motoria»: ⁽³⁴⁾ «Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, per "attività fisica" si intende "qualunque movimento determinato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduce in un dispendio energetico superiore a quello delle condizioni di riposo". In questa definizione rientrano non solo le attività sportive, ma anche semplici movimenti come camminare, andare in bicicletta, ballare, giocare, fare giardinaggio e lavori domestici, che fanno parte della "attività motoria spontanea". L'espressione "attività motoria" è sostanzialmente sinonimo di attività fisica».

A proposito di comportamenti per la prevenzione: al posto dell'orrendo saluto con il gomito, dovrebbero rimanere come eredità del 2020-2021 due piccole buone pratiche - che con l'abitudine diventeranno piacevoli, avrebbe sentenzia-

to Pitagora. Prima buona pratica. Forse quando sarà tramontato l'(ab)uso della mascherina, rimarrà del periodo Covid un sano ritegno che non significa distacco. Meno effusioni e assembramenti, più amicizia. Meno baciabbracci rituali, più affetto (riservando i primi alle persone fragili che ne hanno bisogno, e agli emarginati che non devono sentirsi tali... esattamente il contrario di quanto si è fatto finora). In molti paesi è la norma anche senza bisogno di malattie infettive a spingere. Giappone docet (digressione: *non* è vero che gli orientali, pre-Covid, girassero sempre in mascherina. Solo quando avevano sintomi). Seconda buona pratica: invece dello spreco di igienizzanti a secco, della montagna di imballaggi usa e getta per timore del contagio, dell'alluvione di rubinetti aperti per 30 secondi di lavaggio, cerchiamo di non toccare *tutto*. Dunque più schizzinosi meno sterilizzati. Un noto virologo ha pensato male di dichiarare urbi et orbi la sua abitudine di sterilizzare ormai anche il denaro. Anche sul capitolo igienizzanti, fumigazioni e altro, esperti hanno sollevato in più occasioni diversi allarmi, in un paese che era già in vetta alle classifiche dei consumi di prodotti di igiene chimica. Donato Greco, epidemiologo che da quarant'anni segue le epidemie e pandemie di tutto il mondo, ha spiegato (invano): «La probabilità di infettarsi toccando superfici, tastiere, maniglie, sedili è infinitamente piccola, risibile nella vita reale. Le goccioline restano sospese nell'aria per un certo tempo per poi cadere a terra o sulle superfici che circondano l'infetto. Alcune di queste goccioline contengono anche cellule dove è attiva la replicazione del virus. Così, un malcapitato può avere la sfortuna di raccogliere con le mani queste goccioline fresche, prima che si disidratino con la conseguente morte del loro contenuto. E tuttavia, raccoglierle con le mani ancora non garantisce l'infezione, nemmeno se ci si mette le mani in bocca.⁽³⁵⁾ Per non dire dei tentativi di disinfettare l'aria esterna con nebulizzazioni di amuchina od ozono, come non si usa(va) più nemmeno nelle sale operatorie.⁽³⁶⁾ Eppure, «in ambienti diversi da quelli sanitari, niente sanificazione, è sufficiente lavare con acqua e detersivi».

4. CHI BOICOTTA LE TERAPIE POCO COSTOSE?

Correva il lontano aprile 2020 e l'Agenzia europea del farmaco spiegava che erano in sviluppo circa 40 farmaci con finalità terapeutiche, antivirali per bloccare l'entrata o la replicazione virale, e immuno-modulanti indicati per le fasi più avanzate. Alcuni rappresentavano un riposizionamento (*off-label*) di farmaci già usati per altre patologie. Oltre ai vaccini. Malgrado questo, in lunghi mesi il sistema politico-sanitario non è stato in grado di curare davvero, mettendo la medicina prima della ricerca di bacchette magiche, magari molto costose. Esempio, in questo senso la contrapposizione fra due farmaci, uno dei quali costosissimo. E acquistatissimo.

La saga del pretenzioso remdesivir

Venerato come un santo guaritore. Il remdesivir (in commercio con il nome di Veklury), antivirale made in Usa prodotto dalla casa farmaceutica Gilead, era così ambito nei paesi occidentali in preda a Covid da dover essere contingentato. In pratica, fra tutti i farmaci testati, era l'unico antivirale autorizzato. Il 20 novembre 2020 qualcosa cambia. Anzi già il 15 ottobre ma nessuno se ne dà cura. La saga inizia con Ebola, malattia sulla quale il remdesivir aveva dato pessima prova di sé. Ma Gilead lo ricicla per Covid-19. Ed ecco gli eventi. Luglio 2020, la Commissione Ue acquista 30mila trattamenti che però devono essere divisi fra i 28 paesi. Ospedali e Stati lottano per una fiala; una penuria da razionamento. Così, spiega una fonte al quotidiano *Guardian*, quando l'8 ottobre Gilead rende disponibile un'enorme quantità di dosi, le autorità competenti fanno immediatamente l'ordine. Anche se nel frattempo, in agosto, una ricerca⁽³⁷⁾ rileva la scarsa efficacia dell'antivirale in pazienti con forme moderate di Covid. Nella notte tra il 7 e l'8 ottobre i negozianti della Commissione europea firmano un contratto per acquistare fino a 500mila trattamenti da 6 fiale di Veklury al prezzo di 2070 euro ciascuno, per un totale di 1 miliardo e 35 milioni di euro.

Il 15 ottobre l'Oms comunica i risultati provvisori (*pre-print*) del Solidarity Therapeutics Trial⁽³⁸⁾ uno studio di controllo randomizzato (cioè con gruppi di controllo) su scala mondiale sulle terapie anti-Covid svolto in 405 ospedali di oltre 30 paesi, oltre 11mila pazienti coinvolti. Ha esaminato gli effetti di alcuni trattamenti sulla mortalità complessiva, sull'inizio della ventilazione e sulla durata della degenza nei pazienti ospedalizzati. Risultato negativo per tutti gli esaminati, remdesivir compreso. La piattaforma globale del Solidarity Trial si propone dunque di valutare rapidamente nuovi farmaci antivirali, immunomodulanti e anticorpi monoclonali. Dell'antivirale di Gilead si stabilisce che non solo non ha

effetto sulla morte dei pazienti ma non riduce neanche l'ospedalizzazione. Vengono messe in dubbio le basi sulle quali era stato costruito, e accettato, il prezzo del farmaco. La Commissione, alla domanda circa il perché non abbia atteso i risultati di Solidarity prima di firmare, dal momento che era noto che stava per essere pubblicato, risponde che l'autorizzazione rilasciata dall'Ema a luglio per la commercializzazione del farmaco era basata su uno studio statunitense. Nei giorni in cui negoziava con la Commissione, nel corso della seconda metà di settembre, Gilead ha ricevuto i risultati di Solidarity. Naturalmente mantenendo pudico silenzio... Il 22 ottobre, malgrado lo studio, l'agenzia del farmaco statunitense (Fda) approva ufficialmente Veklury come trattamento per i pazienti ospedalizzati perché si fida invece di prove sponsorizzate da Gilead e dal National Institute of Health. Intanto, il rimedio statunitense continua a far parte della terapia standard in molti altri paesi e a essere nell'elenco dei farmaci ammessi dall'Aifa- Agenzia italiana del farmaco.⁽³⁹⁾ Anzi, via via l'Aifa dispone aggiornamenti per «agevolare la presa in carico del paziente». Dagli inizi di novembre, interpelliamo invano più volte l'Aifa chiedendo ragione di questo trattamento preferenziale rispetto ad altri farmaci la cui autorizzazione all'utilizzo è stata invece sospesa (*vedi oltre*).

Solo il 20 novembre il colpo di scena, con la pubblicazione da parte dell'Oms della linea guida⁽⁴⁰⁾ nella quale si approvano i cortisonici per le forme critiche o severe, mentre si formula espressamente una raccomandazione negativa sull'antivirale remdesivir che «non è consigliato per pazienti ospedalizzati per Covid-19, a prescindere dalla gravità della malattia, perché al momento non ci sono prove che migliori la sopravvivenza o la necessità di supporto di ossigeno». Si sottolineano inoltre la possibilità di effetti collaterali significativi e il costo elevato. Esattamente quanto si diceva già nella pubblicazione del 15 ottobre, ai cui risultati la raccomandazione fa direttamente richiamo. E finalmente il 26 novembre un comunicato della Commissione tecnico-scientifica dell'Aifa «prende atto con estremo interesse della linea guida dell'Organizzazione mondiale della sanità appena pubblicata sull'autorevole rivista indipendente *The British Medical Journal*». Piccola nota: perché questi due aggettivi elogiativi nei confronti del Bjm a parte di un'agenzia ufficiale? Continua il comunicato: «La Commissione tecnico scientifica, riunita in seduta permanente, sta rivalutando il ruolo del remdesivir nella terapia contro Covid-19 e formulerà nuove raccomandazioni e/o disposizioni la prossima settimana per possibili restrizioni d'uso». Alla fine, il 26 novembre, l'Aifa stabilisce che il remdesivir può essere usato solo in casi selezionati e dopo un'attenta valutazione dei rischi e benefici.⁽⁴¹⁾ Risulta ancora ampiamente usato, anche se ci si accorge che costa tanto e si comincia⁽⁴²⁾ a paragonarlo a un reprobato che fu al centro di uno dei tanti scandali farmaceutici: il

Tamiflu, l'antivirale prodotto dalla multinazionale Roche.

Non tutti hanno archiviato il remdesivir: peggio tardi che mai, nel marzo 2021 in Messico la Commissione federale per la protezione contro i rischi sanitari (Copefris) lo ha autorizzato per l'uso in emergenza dopo aver valutato i requisiti di efficacia, qualità e sicurezza.⁽⁴³⁾ Ma il professor Didier Raoult dell'Ihu (Istituto mediterraneo per le malattie infettive), di Marsiglia, ritiene che il Remdesivir abbia favorito la comparsa di varianti del virus. E precisa anche che il farmaco «in molti casi dà complicazioni gravi: trombosi, forse ancora di più in questa malattia che sviluppa disturbi della coagulazione». Insiste da tempo sul fatto che diverse strutture e medici avrebbero ricevuto sovvenzioni da Gilead. Ripete anche che un segno della crisi di civiltà dell'Occidente è «l'idea che le molecole trovate servano solo a una malattia viene ripetuta, ma è stupido, le molecole non sono moda, sono eterne e non sono in adeguato al modello dei venti anni del brevetto. Si deve uscire da questo».

Caso idrossiclorochina: vite parallele 2

L'idrossiclorochina, nome commerciale Plaquenil, è prodotta da un altro colosso, la francese Sanofi, ma ormai non è più coperta da brevetto e (dunque) è cento volte meno costosa di Veklury remdesivir. Largamente utilizzata da decenni in tutto il mondo soprattutto come antimalarico ma anche per l'artrite reumatoide (per 60mila pazienti in Italia). «La rivista britannica *The Lancet* dedicò al farmaco un interessante studio, pubblicato da *Lancet Infectious Disease* del 23 ottobre 2003 col titolo “*Effects of chloroquine on viral infections: an old drug against today's diseases*”. Un vecchio farmaco contro le infezioni di oggi (...). Gli autori così sintetizzavano l'utilità di questo farmaco: “La cloroquina è una 9-aminochinolina conosciuta dal 1934. A parte i suoi noti effetti antimalarici, il farmaco ha interessanti proprietà biochimiche che potrebbero essere applicate contro alcune infezioni virali (...). Inoltre, la cloroquina ha effetti immunomodulatori, sopprimendo la produzione / rilascio del fattore di necrosi tumorale α e interleuchina 6, che mediano le complicità infiammatorie di diverse malattie virali. Esaminiamo le informazioni disponibili sugli effetti della cloroquina sulle infezioni virali, sollevando la questione se questo vecchio farmaco possa essere efficace nella gestione clinica di malattie virali come l'Aids e la sindrome respiratoria acuta grave, che affliggono l'umanità nell'era della globalizzazione”»: così l'epidemiologo Paolo Gulisano ricorda un antecedente significativo del farmaco in questione.⁽⁴⁴⁾

Infatti, spiega il documentario *Hcq – Il caso idrossiclorochina*, che si può vedere su Vimeo, fu Andrea Savarino, ricercatore presso l'Istituto superiore di sanità; nel 2003 sperimentò in vitro che l'idrossiclorochina bloccava bene la replicazione del virus della Sars. Anche i cinesi confermarono. Così, all'arrivo di Co-

vid-19, anche l'Agenzia italiana del farmaco l'ha inserita nell'elenco delle terapie utilizzabili, in un impiego *off-label* (fuori dall'indicazione di uso tradizionale). In un certo senso, il remdesivir poteva apparire come una cura miracolosa, specifica per questo ceppo virale, mentre l'idrossiclorochina, farmaco generico prodotto massicciamente nell'emisfero sud a basso costo, sembrava piuttosto una stampella in mancanza di qualcosa di meglio.⁽⁴⁵⁾ La realtà è un'altra. Il protocollo sviluppato dall'Ihu di Marsiglia ne prevede la somministrazione negli stadi iniziali della malattia in abbinamento con l'azitromicina (per prevenire le sovrainfezioni batteriche), anch'essa nota da molti anni; più lo zinco. Obiettivo: bloccare la replicazione virale e rendere l'evoluzione della malattia meno aggressiva. È suggerita anche come profilassi se si svolgono lavori particolarmente esposti. L'Ihu ha trattato ambulatorialmente 11mila pazienti ricorrendo inoltre agli anticoagulanti per prevenire embolie polmonari e riservando i corticoidi per le situazioni più severe. In Italia si scopre inoltre che anche in Cina l'idrossiclorochina viene usata correntemente nel trattare Covid-19.

Così si attiva il gruppo *Medici in prima linea*, costituitosi alla fine di gennaio come chat su whatsapp fra medici che è diventata strumento di confronto e verifica fra 200 professionisti, non tutti di base, e nato per supplire alla mancanza di protocolli nazionali o linee guida. Uno scambio di competenze, di esperienze, di consultazione rapidissima, di diagnosi e dunque cura, fra chi non lascia il paziente a casa a guarire da solo (o ad aggravarsi per poi partire all'ospedale) va a occuparsi direttamente dei malati, a domicilio, munito di strumenti per la diagnosi e con certe precauzioni. Il 23 marzo il gruppo stila una linea guida per un intervento domiciliare attivo fondato su tre capisaldi: idrossiclorochina, azitromicina, eparina frazionata per evitare l'aggravamento. Si riduce così drammaticamente il numero di pazienti che vanno in ospedale. Nel basso alessandrino era la Asl ad andare a casa a consegnarla. Si usava a Bergamo, Milano, Piacenza. Luigi Cavanna, primario di oncoematologia all'ospedale di Piacenza, che insieme ai suoi colleghi fin dal mese di marzo ha creato un team per visitare a domicilio le persone ammalate di Covid-19 o sospette tali, ha difeso la terapia di fronte alle contestazioni di un virologo televisivamente impegnato: «La mia esperienza e quella di altri medici è di un farmaco molto efficace nella cura precoce» e anche facile a somministrare e per un breve periodo.⁽⁴⁶⁾ Anche a Bologna con l'idrossiclorochina sono stati curati i pazienti con ottimi risultati potenziando la medicina territoriale. In una meta-analisi con 215 studi⁽⁴⁷⁾ il 100% ha stabilito un'efficacia se usata precocemente. Un assist viene poi dalla creazione in aprile a opera dell'avvocato Erich Grimaldi il gruppo facebook Comitato terapia domiciliare Covid.19, per creare un unico pianiere con tutte le informazioni sui farmaci utilizzati in fase precoce.

Colpo di scena il 22 maggio 2020. Le riviste mediche internazionali *The Lan-*

cet e *New England Journal of Medicine (Nejm)* pubblicano uno studio che dimostrerebbe l'inefficacia e gli effetti indesiderati (a livello cardiocircolatorio) del medicinale. Il 25 maggio l'Oms interrompe subito la sperimentazione (Solidarity trial) iniziata il 28 marzo. La reazione è decisa: 120 scienziati di tutto il mondo sottoscrivono una lettera aperta che indica molti errori nella ricerca dei dati, affidata acriticamente a una compagnia privata (Surgisphere). Il 2 giugno le riviste si scusano e ritirano la pubblicazione farlocca. L'Oms riprende la sperimentazione il 3 giugno. Ma il 5 giugno vengono pubblicati i risultati di un trial randomizzato, commissionato dalla stessa Oms, lo studio Recovery secondo il quale l'idrossiclorochina non è pericolosa ma non riduce la mortalità dei pazienti: inefficace, non ci sono benefici clinici. L'Oms sospende la sperimentazione. Il 26 maggio l'Aifa aveva già bloccato lo studio del farmaco.⁽⁴⁸⁾ E il 22 luglio conferma lo stop. Questo non significa vietarne la prescrizione ma di fatto renderla molto più difficile. Insomma il farmaco non è autorizzato a spese del sistema sanitario per l'uso anti-Covid, il che espone il singolo medico al rischio. Eppure, come hanno spiegato vari medici intervistati nel corso del documentario *Hcq – Il caso idrossiclorochina*, anche lo studio Recovery è criticabile, perché il farmaco è stato utilizzato su pazienti ospedalizzati, in fase avanzata della malattia e con alti dosaggi. Anzi, il movimento per le terapie precoci domiciliari Ippocrateorg, contestando lo studio della Oxford University, ha anche sottolineato che dare questo farmaco in terza fase significa non curare, perché non funziona. In una metanalisi curata da diversi docenti italiani e riguardante 44.521 pazienti in 26 paesi, l'utilizzo di idrossiclorochina a basse dosi riduce la mortalità fino al 35%. Del resto è utilizzata in vari paesi del mondo. Buone prove di sé sembra dare il farmaco anche nelle Ehpads (Rsa francesi).⁽⁴⁹⁾ A quel punto il professor Pietro Luigi Garavelli, primario della divisione malattie infettive all'ospedale di Novara, pioniere delle cure sul territorio, insieme ad altri medici di Milano, Varese e Piacenza, auspica che «presto l'idrossiclorochina ritorni nella piena fruibilità dei medici per non perdere un presidio fondamentale delle cure domiciliari».⁽⁵⁰⁾ Alla fine di settembre una estesa ricerca della Società europea di cardiologia fa giustizia delle accuse di nocività: conclude che il trattamento con idrossiclorochina per brevi periodi non è associato a ritmi cardiaci letali nei pazienti con Covid-19.⁽⁵¹⁾

Ma nel frattempo, il 15 ottobre appare la bozza pubblicata del già citato studio Solidarity che attribuisce un ruolo «incerto» nella pratica clinica non solo al remdesivir ma agli altri farmaci presi in esame, fra i quali l'idrossiclorochina. Tutti mostrerebbero «scarsi o nulli benefici sui pazienti ricoverati». I paladini dell'idrossiclorochina non stanno zitti e fermi. Il Comitato cure domiciliari Covid-19, formato da decine di medici, di base e ospedalieri deposita un'istanza cautelare al Tar per ottenere la sospensione del provvedimento di revoca all'utilizzo di

idrossiclorochina e garantire libertà prescrittiva ai medici senza che si debbano assumere responsabilità personali. In alternativa si chiede l'indicazione di una valida terapia.⁽⁵²⁾ Vengono presentati i successi sui territori. Si susseguono interrogazioni in Parlamento, e una petizione per il ripristino dell'utilizzo «a domicilio nelle primissime fasi della malattia, per salvare vite umane». Si ricorda che i medici di base tedeschi, che a marzo avevano somministrato 1.060.000 dosi di idrossiclorochina, hanno continuato a prescriverla; negli Stati Uniti, a inizio agosto tre Stati hanno revocato il divieto di utilizzo del farmaco. Il professor Luigi Cavanna e la dottoressa Paola Varese presentano formale istanza all'Aifa affinché dia via libera sperimentale alla somministrazione, contro la replicazione del virus e come immunomodulante, di idrossiclorochina a basse dosi e in condizioni di sintomatologia precoce. Spiegano che gli studi clinici che bocciarono il farmaco sono stati fatti in genere su pazienti ricoverati e dunque in fase avanzata e tardiva di infezione e hanno usato dosaggi molto elevati, che non trovano traccia nella letteratura sulla molecola.⁽⁵³⁾

Altri errori in uno studio pubblicato sul *New England Journal of Medicine* secondo il quale l'utilizzo del farmaco antimalarico non ridurrebbe il rischio di aggravamento. Ma, come ha spiegato il professor Alessandro Capucci, la sperimentazione è stata condotta su soggetti che avevano avuto un contatto stretto con una persona positiva al virus e ai quali è stata somministrata dopo 4 giorni per cinque giorni; il farmaco è stato utilizzato come se fosse un vaccino: assurdo, perché l'idrossiclorochina agisce a livello della catena infiammatoria; si dà quando il paziente è già ammalato, per evitare che si aggravi. Spunta inoltre un lavoro dell'ospedale Sacco di Milano e dell'università di Huddersfield (Regno Unito) che analizza diversi studi randomizzati sull'idrossiclorochina e conclude che sono stati progettati in fretta, in modo parziale e non rispettando lo standard di qualità internazionale Consort. Alcuni di questi studi erano stati presi in considerazione da Aifa proprio per sospendere l'idrossiclorochina.

E finalmente, interviene il Consiglio di Stato. Dal quale il 10 dicembre, i medici del Comitato cura domiciliare Covid-19 ottengono, su ricorso dell'avvocato Erich Grimaldi e sulla base di una dettagliatissima relazione tecnica,⁽⁵⁴⁾ una decisione importante: in pratica la riammissione dell'uso off label dell'idrossiclorochina. Dalle casistiche raccolte in modo spontaneo in varie regioni d'Italia nella prima fase epidemica (marzo-aprile 2020) – si legge nella relazione scientifica che accompagna il ricorso – emerge in modo coerente e ripetuto che il tasso di ospedalizzazione di chi viene trattato con idrossiclorochina (+azitromicina) è del 5-6%, a fronte di un tasso del 20% relativo dei soggetti sottoposti ad altri protocolli terapeutici. Il Consiglio di Stato stabilisce che l'Aifa può solo occuparsi della rimborsabilità dell'idrossiclorochina. Quindi se un medico vuole usare il farma-

co, lo può fare, con il consenso dell'assistito debitamente informato sulla natura off-label del farmaco. L'Aifa autorizza la somministrazione, oborto collo. Ma una storia così tormentata ostacola un massiccio uso del farmaco da parte dei medici, in Occidente, non solo in Italia. Del resto molti medici hanno continuato a utilizzare l'idrossiclorochina; infatti, come spiega Mauro Rango, il fondatore di Ippocrate.org, movimento internazionale per le cure domiciliari, quando un farmaco è autorizzato, è sempre possibile per il medico usarlo off-label cioè per patologie diverse da quelle per le quali è normalmente prescrivibile. A Ippocrate.org sono arrivati seimila casi.⁽⁵⁵⁾

Le traversie della plasmaterapia

La cura di Covid-19 con plasma iperimmune o plasmaterapia, ovvero la trasfusione di siero proveniente da una persona iperimmune (tipicamente un soggetto guarito dall'infezione), sperimentata a partire da Mantova fin dallo tsunami della scorsa primavera «riceve una nuova significativa verifica. In un gruppo di ospiti di una Rsa trattati con questa tecnica, i risultati hanno superato ogni aspettativa: la cura ha funzionato nel 90% dei casi e il tasso di mortalità in pazienti così fragili è stato del 65% inferiore rispetto alla media registrata in Lombardia. I risultati dell'esperimento sono stati così importanti da meritare la pubblicazione di una prestigiosa rivista americana, la Mayo Clinic, che fa capo alla Mayo Foundation, una delle più grandi no profit al mondo con 63mila dipendenti».⁽⁵⁶⁾

«Pur limitandosi a guarire e non a proteggere il paziente nel tempo, presenta un innegabile vantaggio rispetto ai vaccini: utilizzando un composto che si è infettato qualche giorno prima, bypassa il problema "storico" dei vaccini e cioè il loro essere inefficaci contro le "varianti" che, spesso, conoscono i virus. Un altro vantaggio della sieroterapia anti-Covid è dato dal suo basso costo necessitando, sostanzialmente, per la cura di un paziente, 600 millilitri di plasma che non costano nulla provenendo da un guarito».⁽⁵⁷⁾ Più fortuna – c'era da immaginarlo – dopo alterne vicende, hanno i concorrenti industriali e non economici della sieroterapia: gli anticorpi monoclonali realizzati in laboratorio e ottenuti da quelli naturali prodotti dai pazienti immunizzati. Sono costosi ma, secondo l'esperienza riferita dall'ospedale Spallanzani, efficacia alternativa all'ospedalizzazione e alle terapie intensive. Comunque sia, ai primi del febbraio 2021 la Commissione tecnico scientifica dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha autorizzato all'uso di due anticorpi monoclonali - prodotti dalle americane Eli Lilly e Regeneron - per l'impiego in fase precoce in pazienti ad alto rischio Covid. Ma a causa delle difficili modalità di somministrazione, negli Stati Uniti che se ne erano assicurati centinaia di migliaia di dosi, la metà rimane inutilizzata. *Lo mismo de siempre*, si direbbe in spagnolo.

Ivermectina e non solo

A oltre un anno dall'inizio della crisi sanitaria (ed economica e sociale), l'Oms ammette che ai vaccini è stata dedicata molta più attenzione che alle cure. Parola di Soumya Swaminathan, *chief scientist* dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) intervenendo alla conferenza stampa virtuale del 5 marzo: «Siamo in una situazione in cui molte persone sono ammalate negli ospedali, dobbiamo salvare le loro vite».

Passano pochi giorni ed ecco che l'Oms decreta che non può raccomandare il farmaco contro Covid-19, perché non ci sono prove significative di efficacia, come hanno attestato le agenzie del farmaco in Europa e Stati Uniti. Le tante esperienze extra-occidentali non interessano: per l'Oms, «è come dire che l'acqua fa bene contro la malattia perché molti bevono acqua e molti non si ammalano». L'organizzazione precisa i aver tratto la stessa conclusione per l'idrossiclorochina. Ignorati gli studi su decine di migliaia di pazienti. Comunque, chi vuole ricorrervi può invocarne «l'uso compassionevole».

Dunque, boicottaggio anche per l'ivermectina che ha una storia importante come antiparassitario su malattie anche devastanti ed è a bassissimo costo? Eppure in diversi paesi è considerata una potente arma contro gli effetti del coronavirus insieme all'idrossiclorochina e ai cortisonici antinfiammatori per impedire che i pazienti vadano a finire in ospedale. Malgrado la latitanza dell'Oms, 11 studi che coinvolgono più di 7mila pazienti mostrerebbero un'efficacia media dell'89%. In Francia, 500 medici hanno chiesto (invano) al Consiglio di Stato un'autorizzazione temporanea all'uso dell'ivermectina. Il media on-line autofinanziato France Soir⁽⁵⁸⁾ da molti mesi si dedica ad approfondimenti meritori sulle terapie neglette e su altri errori e omissioni da parte di politici ed esperti; per questo ha rimediato il boicottaggio da parte di YouTube. Si è occupato molto di ivermectina, riferendo anche di come, agli inizi di marzo, una Repubblica Ceca in emergenza ospedaliera malgrado ripetuti lockdown e (doppie) mascherine onnipresenti, abbia finalmente autorizzato la distribuzione e l'utilizzo del farmaco in compresse; pochi mesi prima la Macedonia ha seguito la stessa strada. France Soir ha dato conto degli studi clinici effettuati in America latina, Asia (in particolare in Bangladesh) e Nordafrica, con buoni risultati. Ma in Francia politici ed esperti hanno ignorato perfino una scoperta casuale e significativa, riportata negli *Annales de dermatologie*: tutte le persone di una casa di riposo (69 residenti, età media 90 anni, e 52 addetti) di Seine et Marne, si sono ritrovate protette da Covid-19 e perché? Perché un'epidemia di scabbia aveva costretto a usare l'ivermectina, nel marzo 2020...

Ha spiegato ai microfoni di *RadioRadio* il parassitologo Pierluigi Garavelli dell'Ospedale maggiore della carità a Novara: «Quello che è straordinario della

molecola, che io uso da 30 anni anche a dosaggi molto elevati per la filariasi e l'azione sui parassiti, è il fatto che sembra impedire il legame di Sars-CoV-2 con le cellule bersaglio. Poi, come l'idrossiclorochina, ha un'azione immunomodulante che quindi interviene a ridurre l'ampiezza della cascata della risposta citochinica che è la patogenesi dell'aggravamento di Covid-19. È interessante per il trattamento precoce a domicilio ma funziona anche su forme tardive ospedaliere per le quali non avevamo farmaci se non sintomatici e funziona sulle sequele». Utile in presa settimanale per proteggere il personale esposto visto che «i vaccini, per un virus che continua a mutare anche sotto la loro pressione, possono rappresentare una corsa infinita. Perdono di efficacia, occorre che siano aggiornati ma nel frattempo è opportuno proteggere il personale. Il problema del vaccino è che se non riusciamo a somministrarlo immediatamente tutta la popolazione, il virus continua a circolare e con le varianti poi i vaccini non funzioneranno più. Bisognerà inventare nuovi vaccini. Quindi sono fondamentali le terapie precoci domiciliari».

La molecola sembra avere un meccanismo antivirale e anche antinfiammatorio e funzionare dunque a vari stadi, sia a livello di prevenzione in casi sospetti di contagio, che per evitare l'aggravamento negli stadi più avanzati dove l'idrossiclorochina, ad esempio, non può più nulla. Da metà gennaio 2021, le tre principali istituzioni statunitensi in materia sanitaria hanno cambiato la loro raccomandazione sulla molecola ivermectina da contro a essenzialmente neutrale, in attesa di ulteriori dati di prova. La teoria alla base del meccanismo di azione principale è che l'ivermectina si attacchi sulla proteina *spike* (gli spuntoni) di Sars-CoV-2 e impedisca al virus di agganciarsi all'Ace2 – la proteina transmembrana che riveste alcuni tipi di cellule ed è la principale delle nostre porte d'entrata; chiude quelle, il virus non riesce ad entrare nelle nostre cellule, resta in balia del sistema immunitario che se ne può sbarazzare molto più facilmente. Funziona da anti-aggregante quando il virus si replica dentro le cellule endoteliali dei vasi, li infiamma e crea aggregati adesivi di globuli rossi e piastrine a causa dei quali dopo un po' tutti gli organi come il cervello, il fegato, i reni e il cuore, soprattutto negli anziani e nei diabetici cominciano a soffrire per la mancanza di ossigeno.

Un'altra molecola, la colchicina, se somministrata molto presto ai pazienti di nuova diagnosi, non ospedalizzati, sembra ridurre i ricoveri del 25%, la necessità di ventilazione meccanica del 50% e le morti per Covid-19 del 44% rispetto al placebo. La sperimentazione clinica ha riguardato oltre 4mila volontari di età superiore ai 40 anni, fra Canada, Stati Uniti, Brasile, Spagna e Sudafrica, positivi al Sars-CoV-2 e con alcuni fattori di rischio, come ipertensione, obesità o alcune malattie cardiache.⁽⁵⁹⁾

Poi, la stessa aspirina... potrebbe ridurre il rischio dei pazienti con Covid-19

ricoverati di ammalarsi gravemente o morire. Uno studio, pubblicato sulla rivista *Anesthesia and Analgesia* dell'University of Maryland School of Medicine (Umsom), ha trovato che, come si legge su un lancio dell'agenzia Agi, «assumere ogni giorno questo farmaco potrebbe diminuire di oltre il 40% le probabilità di essere ricoverati in terapia intensiva o di aver bisogno di essere ventilati. Inoltre, l'aspirina ha dimezzato il rischio di morire a causa di Covid-19, rispetto ai pazienti che non assumevano il farmaco».

Ma le medicine olistiche e alternative? Un orizzonte da esplorare – vista anche l'accessibilità universale dei rimedi, dal punto di vista del costo. In un paper di qualche mese fa,⁽⁶⁰⁾ l'omeopata e docente Egidio Galli scrive: «Sarebbe altamente auspicabile la realizzazione di nuove patogenesi sperimentali omeopatiche dei veleni di serpente, specie dei rimedi meno conosciuti, come il *Bothrops lanceolatus*, che sembrano particolarmente indicati in diverse virosi epidemiche di potenziale elevata gravità, basti pensare al virus Ebola o quelle da coronavirus di Sars e Mers o Covid-19. La farmacia della Natura è immensa ed ancora in gran parte inesplorata. Ricordiamo che in un passato anche recente l'omeopatia ha dato prova documentata di efficacia preventiva e curativa in diverse epidemie (colera, febbre gialla, influenza spagnola ecc.). L'esempio del veleno del *Bothrops*, precursore degli Ace-inibitori, dimostra come le conoscenze biochimiche e farmacologiche consentano anch'esse di stabilire un'affinità fisiopatologica, in questo caso col virus Sars-CoV-2 (...)»; si tratterebbe di gettare «un ponte tra approcci di conoscenza diversi ma complementari e sinergici, nell'ottica di una medicina integrata, veramente al servizio di tutti gli esseri senzienti». Insomma, «sia l'assoluta tollerabilità della terapia omeopatica che la sua azione di promozione dell'immunità innata, primario baluardo ai virus, e ancora la capacità di riequilibrio delle disfunzioni infiammatorie ed emocoagulative, del terreno costituzionale, indicano come una prima scelta il contributo omeopatico integrato. Esso può costituire, con la sua visione olistica, un plus fondamentale specie nei soggetti fragili, immunodepressi, anziani e politrattati per comorbidità preesistenti, in cui la prognosi è più sfavorevole».

5. UN CIRCOLO VIZIOSO DI ERRORI: CURE A CASA ASSENTI, OSPEDALI AFFOLLATI, MISURE DI CONTENIMENTO...

«Salvare le vite» hanno declinato enfaticamente governi, esperti e popolazioni. «Ciò che importa è affrontare i casi precocemente»: è stato il mantra dalla primavera 2020 in poi. La casa come luogo di cura. Trattamento domiciliare precoce (in sigla Tdp) per salvare vite umane, lasciando fra l'altro spazio negli ospedali per il trattamento delle altre consuete patologie ed evitando così il continuo ricorso a chiusure e confinamenti e il perpetuarsi del caos emergenziale. Del resto qualsiasi infezione alle vie respiratorie in un soggetto fragile con una o più gravi co-patologie (la stragrande maggioranza dei deceduti), se trascurata rischia di aggravarsi in maniera fatale.

Spiegano molti medici in servizio attivo quanto sia cruciale spezzare la sequenza che nelle persone fragili fa evolvere la malattia: nei primi 2-3 giorni, quando è in fase di incubazione e si è presintomatici, inizia a esserci una carica virale che sale; nei 4-7 giorni successivi, iniziano febbre e tosse e la carica virale diventa altissima. Quello è il momento cruciale e anche il momento in cui di solito non si fa niente, perché magari ci si limita a prendere l'antipiretico aspettando il tampone. Poi, può seguire un periodo di infiammazione eccessiva, con sindrome respiratoria acuta: è questa che mette le basi perché il virus arrivi ai polmoni e lì si crei quella che gli immunologi chiamano tempesta di citochine, ovvero una reazione eccessiva del sistema immunitario che danneggia l'organismo.

Chi si era accorto degli errori nel caos

Dunque gestione territoriale della malattia. Individuare categorie a rischio e somministrare loro terapie ai primi sospetti. Questi mantra sono stati recitati da più parti. Curare per circoscrivere l'evoluzione della patologia alla prima fase, quella virale, impedendo che dall'infezione primaria (con sintomi come febbre, cefalea, artralgie e mialgie) si passi a quella polmonare (con dispnea, dolori toracici, lieve desaturazione) e poi a quella iper-infiammatoria (tromboembolie e trombosi disseminate) con ricovero, intasamento degli ospedali, possibile terapia intensiva, possibile morte.

Era logico un intervento tempestivo. Ma la realtà è stata un'altra. A quanto pare, tuttora. Leggiamo in un articolo dal titolo significativo:⁽⁶¹⁾ «La tensione e le energie impiegate nella propaganda dell'emergenza sanitaria si sono concentrate quasi esclusivamente sulla scarsa capacità di ricezione del sistema ospedaliero rispetto alla dinamica di diffusione di Covid-19 tra la popolazione e in particolare sulla mancanza di un sufficiente numero di posti in terapia intensiva.

Tale deficienza a fronte della rapidità di crescita della diffusione della patologia ha giustificato le segregazioni totali e parziali a cui siamo stati costretti nel corso della prima e della seconda ondata malgrado esse abbiano comportato la dannosissima paralisi di gran parte della vita sociale ed economica del paese. Rianimazione e intubazione rappresentano però il fallimento della cura». Nel panico di primavera 2020, tanti medici non sono più andati a visitare e anzi una circolare del ministero della salute li autorizzava di fatto a cure telefoniche; i sintomi peggioravano e si intasavano gli ospedali. Già a marzo venivano istituite le Unità speciali di continuità assistenziale (Usca) ma per mancanza di personale in molti luoghi sono rimaste lettera morta o hanno funzionato poco, parallelamente al rifiuto di molti medici di famiglia di visitare a domicilio e perfino in ambulatorio. Come dimostra l'escalation dei ricoveri.

E poi il caso desametasone. Nel pieno della crisi, il 24 aprile, una lettera viene spedita al ministro italiano della salute. La firmano Roberta Ricciardi, responsabile del Percorso Miastenia dell'Ospedale Cisanello di Pisa, Piero Sestili, professore ordinario di Farmacologia a Urbino e altri 50 colleghi. Si chiede – come ha riferito più volte il dottor Manera anche in una conferenza stampa alla Camera dei deputati – di «incentivare l'utilizzo del desametasone in ambito extra-ospedaliero, al fine di frenare un processo infiammatorio molto grave, la tempesta citochinica, riducendo così l'aggravamento della malattia e il numero di morti. Un appello rimasto senza risposta. Due mesi dopo, il Regno Unito tramite il *British Medical Journal* annuncia al mondo intero che l'utilizzo del Desametasone può avere un ruolo-chiave nel salvare vite umane». E soprattutto «abbiamo capito che il punto cruciale era un adeguato trattamento domiciliare, perché è questo quello che è mancato in tutta la vicenda».

Un altro caso è l'eparina, scoperta tardi perché il ministero aveva disincentivato le autopsie, evidentemente temendo il contagio da parte di cadaveri. Spiega⁽⁶²⁾ il cardiocirurgo Salvatore Spagnolo, esperto nel trattamento dell'embolia polmonare: «Lo scorso marzo avevo ipotizzato che la causa di morte nella patologia da Covid 19 non fosse solo una polmonite interstiziale ma anche un'embolia polmonare diffusa e proposi la somministrazione dell'eparina. Per validare questa mia ipotesi, pubblicai un articolo sul *Journal of Cardiology Research*. Non venne presa in considerazione e, solo a fine aprile, studi autoptici confermarono la presenza di trombi nei polmoni dei pazienti deceduti per Covid-19 e fu introdotta la terapia con eparina nei pazienti in terapia intensiva, ottenendo miglioramenti clinici. Abbiamo appreso successivamente che il vero problema clinico non era la polmonite interstiziale ma la trombo-embolia diffusa ad essa associata. Abbiamo evidenziato che curare agli esordi l'infiammazione e la tempesta citochinica, la cascata infiammatoria e quindi la trombosi, poteva cambiare drammaticamente

l'esito delle patologie salvando moltissime vite umane, ma questo non è stato fatto». L'eparina, ormai sdoganata, era stata trattata poco prima trattata da bufala dal televisivo virologo Roberto Burioni, che aveva fatto lo stesso con l'idrossiclorochina (l'unico rimedio di suo gradimento, oltre ai vaccini, sembrano essere gli anticorpi monoclonali di sintesi, forse per via di sue consulenze scientifiche con società produttrici, secondo un'inchiesta della trasmissione *Le Iene*).

Dicembre 2020: una nota governativa attesa ma deludente

Parafrasando Quello, surreale personaggio dell'autore e umorista Corrado Guzzanti («La soluzione è dentro di te, però è sbagliata»), si potrebbe dire che in materia di trattamento efficace dei pazienti Covid-19, nel 2020 «la soluzione del governo italiano è arrivata dopo dieci mesi, e anche sbagliata». *Too little too late*. Arriva infatti solo a dicembre la nota «Principi di gestione dei casi Covid-19 nel setting domiciliare» (per casi probabili e casi confermati).⁽⁶³⁾

Grande frustrazione da parte dei medici che hanno concepito e sperimentato con successo la corretta terapia domiciliare precoce (Tdp): il protocollo o linee guida in pratica si limita a suggerire «vigile attesa» e paracetamolo, per il resto è un elenco di no. No antibiotici, no idrossiclorochina, corticosteroidi (desametasone) solo nei soggetti con malattia grave che prevede supplementazione di ossigeno, no eparina in soggetti non ospedalizzati né allettati, e no a integratori come vitamina D3, lattoferrina ecc.. L'esperienza di cura sul campo nell'ambito della terapia domiciliare precoce non è stata presa in considerazione, altro che diffonderla su tutto il territorio nazionale con l'aiuto decisivo del ministero! Eppure i precedenti della primavera parlavano chiaro: in presenza dei sintomi lievi della prima fase, la prolungata attesa del tampone e il trattamento magari a distanza con paracetamolo hanno provocato in molti soggetti il peggioramento e la transizione della malattia alle sue fasi successive, ricovero ospedaliero e talvolta terapia intensiva. Il paracetamolo fra l'altro è quasi unanimemente riconosciuto come non appropriato anche perché, come spiega gli esperti della medicina di segnale dell'associazione Ampas, la febbre è la prima e più importante difesa antibatterica e antivirale. Anche, ad esempio, in un documento a uso dei medici di famiglia predisposto nel mese di novembre da specialisti, per supplire all'assenza di linee guida nazionali:⁽⁶⁴⁾ «Quando si avvertono i primi sintomi, serve agire come si fa con i virus delle alte vie respiratorie, cioè bisogna assumere non un antipiretico come la tachipirina ma un farmaco antinfiammatorio per limitare la risposta infiammatoria dell'organismo all'infezione virale (...). L'utilizzo di paracetamolo potrebbe perfino nuocere perché sottrae glutazione, antiossidante naturale prodotto dal fegato, sostanza importante per difenderci dalle infezioni virali». Solo quattro mesi dopo, alla fine di marzo 2021, la cura, praticata

da una trentina di medici, è arrivata agli onori della cronaca: grazie a uno studio retrospettivo che mette a confronto l'esito clinico di novanta pazienti colpiti da Covid e trattati all'esordio a domicilio con il nuovo protocollo senza aspettare il risultato del tampone nasofaringeo, con quello di altri novanta pazienti Covid comparabile per età, sesso e comorbidità trattati con diversi regimi terapeutici. La grande differenza fra i due gruppi si registra sul punto più delicato. Solo due pazienti su 90 (2,2%) del gruppo di riferimento sono finiti in ospedale rispetto ai 13 su 90 (14,4%) dell'altro gruppo. I giorni complessivi trascorsi in nosocomio crollano a 44 contro 481, e i costi cumulativi per i trattamenti ordinari, intensivi e subintensivi, sono di 28mila euro contro 296mila.

Davanti al protocollo governativo tardivo e minimalista che svuota le potenzialità delle cure a domicilio, ecco lo sfogo di Stefano Manera, all'indomani della diffusione del protocollo per le cure a casa: «Da mesi diciamo e scriviamo quanto sia fondamentale l'utilizzo di cortisone, antibiotici ed eparina anche precocemente nel trattamento della malattia. Ci sono studi che ne dimostrano l'efficacia e l'utilità per salvare molte vite. Qui emerge, nero su bianco, che c'è una volontà precisa di non fornire le cure idonee durante l'assistenza domiciliare. Ci dicono l'esatto contrario: niente antibiotici e cortisone, che fino all'anno scorso venivano prescritti a tutti, da tutti i medici, per ogni banale influenza! Non parliamo dell'idrossidoclorochina e del plasma iperimmune che fin da subito, sono stati banditi dai piani terapeutici con la scusa della pericolosità degli effetti collaterali, convincendo rapidamente tutti». Oltretutto negli stessi giorni, su ricorso di un sindacato di medici di famiglia, il Tar del Lazio stabilisce anche che questi ultimi possano esimersi dal visitare a domicilio i loro pazienti Covid. Questo in virtù dei decreti legge varati nello scorso marzo che creavano le pattuglie Usca pensate per affiancare i medici di base laddove necessario.

6. LA CASA LUOGO DI CURA. QUALCHE BATTAGLIA VINTA E STORIE DI MEDICI

Ma ecco che, quando mancano pochi giorni al primo compleanno del confinamento italiano (11 marzo 2020) un'istanza legale accolta dà una speranza di svolta. È il 5 marzo 2021. Un mese dopo, si muove nello stesso senso anche il Senato.

5 marzo 2021, vittoria in tribunale contro le negligenze governative

Protagonista è il Comitato cura domiciliare Covid-19 che su Facebook⁽⁶⁵⁾ conta decine di migliaia di iscritti tra cui migliaia di medici. Il Tar del Lazio ha accolto l'istanza cautelare promossa dai medici del Comitato, nei confronti del Ministero della salute e dell'Agenzia italiana del farmaco. Il comunicato stampa del Comitato e del suo presidente avvocato Erich Grimaldi spiega: «Il Tribunale ha quindi ritenuto, come si legge nell'ordinanza, che il ricorso “appare fondato” in relazione alla giusta richiesta di medici “di far valere il proprio diritto/dovere, avente giuridica rilevanza sia in sede civile che penale, di prescrivere i farmaci che essi ritengono più opportuni secondo scienza e coscienza” e che non può essere “compresso nell'ottica di una attesa potenzialmente pregiudizievole sia per il paziente, che sebbene sotto profili diversi, per medici stessi”. Il Tar ha quindi con effetto immediato sospeso l'efficacia del provvedimento emanato da Aifa e rinviato la trattazione del merito al 20 luglio prossimo (...). Il Tribunale ha compreso che lasciare i pazienti senza cure precoci a domicilio è assolutamente inaccettabile. Ora ci aspettiamo una revisione immediata delle linee guida ministeriali, tenendo conto dello schema terapeutico redatto dai nostri medici (di diverse specializzazioni, *ndr*) per le cure domiciliari precoci nell'interesse di tutto il paese» e debitamente inviato il 13 gennaio. Il Comitato terapia domiciliare chiede «che venga stabilito un protocollo nazionale di cure domiciliari e che venga rafforzata la medicina territoriale, anche attraverso la creazione in ogni regione delle unità mediche pubbliche di diagnosi e cura domiciliare del Covid-19 (Usca) previste dalla legge nazionale ma istituite solo in alcune Regioni. La pandemia si affronta a casa prima che in ospedale». Una scossa per una stagione nuova. Intanto agli inizi del mese di marzo 2021 la regione Piemonte aggiorna il protocollo per la presa in carico dei pazienti Covid a domicilio basandosi sui risultati della sperimentazione compiuta nel distretto Acqui-Ovada con modalità di cura che hanno ridotto ricoveri e mortalità. A livello regionale si introduce l'utilizzo dell'idrossiclorochina nella fase precoce della malattia, insieme a farmaci antinfiammatori non steroidei e vitamina D.⁽⁶⁶⁾

Comitati e movimenti in prima linea fin dall'inizio

«La prolungata attesa dell'esito del tampone, in presenza dei sintomi lievi della prima fase, trattati con paracetamolo (tachipirina), hanno garantito (provocato) il peggioramento e la transizione della malattia alle sue fasi successive, necessitanti ricovero ospedaliero e nei casi più sfortunati terapia intensiva... Tutto questo è noto sin dalla seconda metà dello scorso marzo, ma le richieste di migliaia di medici sono rimaste inascoltate e anzi l'Aifa ha proibito l'uso della idrossiclorochina e ribadito quello assai controverso della tachipirina».⁽⁶⁷⁾ La decisione del Tar di cui sopra è l'esito di quasi un anno di impegno sul campo. Tutelare il diritto alla cura senza alcuna limitazione anche attraverso l'implementazione delle Unità speciali di continuità assistenziale (Usca): è l'impegno del Comitato cura domiciliare Covid-19, costituito da medici di medicina generale e specialisti. E la naturale evoluzione dell'apertura, nel marzo del 2020, di due gruppi nati su Facebook per iniziativa dell'avvocato Grimaldi: #esercitobianco e #terapiadomiciliarecovid19inogniregione, al quale hanno aderito decine di migliaia di persone tra medici e cittadini in cerca di supporto, confronto e aiuto per affrontare l'epidemia. Centinaia di medici di ogni regione hanno così iniziato a dialogare, condividendo importanti scelte terapeutiche. Su impulso dei medici, i due legali del comitato avevano impugnato una determina della regione Lazio, che limitava la libertà prescrittiva dei Medici di medicina generale, subordinando la prescrizione dei farmaci all'esito positivo del tampone, spesso tardivo o falso negativo, perdendo la possibilità di somministrare farmaci ai primi sintomi. In data 30 aprile 2020 partiva una diffida al presidente del Consiglio, nonché al ministero della salute e a tutte le regioni, affinché si perfezionasse un protocollo univoco nazionale per le cure tempestive domiciliari per il Covid.

Il gruppo Facebook sulla terapia domiciliare, dopo aver aiutato direttamente tanti pazienti durante la prima ondata, nel corso della seconda, è divenuto un supporto fondamentale ai pazienti in difficoltà al fine di fornire consigli ad personam e stimoli al confronto con i medici di base di tutta Italia. Nel protocollo utilizzato dai medici prescrittori associati (uno schema terapeutico condiviso con le esperienze sul campo da ben 208 medici specialisti e professori universitari) la malattia da Covid-19 è stata divisa su tre fasi come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nella prima fase vengono descritti sintomi come febbre, cefalea, artralgie e mialgie; la fase 2 presenta sintomi che colpiscono le vie respiratorie quali dispnea, dolori toracici, lieve desaturazione. Nella terza fase la malattia presenta sintomi come le tromboembolie e trombosi disseminate. Il protocollo prevede l'intervento farmacologico anche nei pazienti positivi asintomatici, con la somministrazione di sostanze tra le quali lattoferrina, quercetina, vitamine C/D3/K2. Nella Fase 1 viene somministrata l'idrossiclorochina (più azi-

trombicina) e antibiotici specifici. Fondamentale all'occorrenza il desametasone, un cortisonico, oggetto di una battaglia per consentirne l'uso extra-ospedaliero. Importante l'eparina a basso peso molecolare per contrastare l'insorgenza di infiammazione grave e trombi. Il saturimetro è essenziale per la valutazione del rischio polmonare. Così sono state assistite persone di tutte le età, con e senza patologie pregresse. Curati anche pazienti oncologici. Decisiva è la rapidità di azione. Il virus va affrontato nelle primissime fasi.

Ippocrate.org, movimento per le cure domiciliari

Un'attività analoga viene svolta a livello internazionale dal movimento Ippocrate,⁽⁶⁸⁾ rete internazionale di medici, ricercatori, operatori della sanità, operatori nel sociale che presta soccorso medico via email, sulla base di linee guida molto chiare rivolte a scopo didattico-informativo alla classe medica (indicate sul sito). Forte di un comitato medico scientifico che conta professionisti di vari paesi a Madagascar a Usa, da India ad Argentina, da Italia a Mauritius, da Regno Unito al Libano. Ippocrate.org nasce nell'aprile 2020: «Abbiamo assistito, con accenti diversi in relazione al luogo geografico, alle reazioni scomposte del mondo scientifico cosiddetto ufficiale: illustri rappresentanti della medicina, delle varie branche della ricerca, virologi, immunologi, epidemiologi e via dicendo, spesso in contrasto fra di loro, erano però concordi nel contrapporsi ad altri loro colleghi che, tra mille difficoltà, sul campo, cercavano una soluzione concreta di fronte al dramma umano e intraprendevano alcune terapie per poter salvare vite. Questi ultimi non accettavano di lasciare il paziente intubato con la sola somministrazione di ossigeno soltanto perché non arrivavano precise direttive dall'alto. Laddove questa responsabilità è stata assunta fin dall'inizio dell'epidemia la mortalità è rimasta contenuta». Da quando il movimento Ippocrate ha istituito il suo servizio gratuito e volontario Assistenza 999 con cui è possibile chiedere consulenza e aiuto a medici volontari per sapere cosa fare nella cura del Covid, il numero di persone che vi si rivolgono è aumentato esponenzialmente. Naturalmente, il sito avverte: in caso di saturazione minore di 94-95 o comunque in diminuzione, difficoltà respiratorie, affanno anche a modesti sforzi, etc. non dovete rivolgervi a noi e non dovete attendere di essere contattati ma dovete ottenere quanto prima, visita ed eventuale ricovero, contattando con estrema sollecitudine il medico di medicina generale, la guardia medica, il 118 ovvero recarvi al pronto soccorso. Finora seimila persone hanno usufruito dell'assistenza dei medici del movimento; solo 4 sono morte, perché avevano aspettato diversi giorni senza curarsi e oltretutto erano già gravemente ammalate. Il manuale del movimento sarebbe un bel regalo per i medici di base... Ippocrate.org, operato di lavoro (volontario), cerca altri medici italiani che, previo corso di formazione,

si aggiungano a quelli già attivi nel Centro di assistenza a distanza per persone lasciate sole... Sono due i centri di assistenza, in Italia e a Londra. Arrivano richieste da tutto il mondo.

In Francia – per fare un esempio – sono molto attivi il gruppo *Laissons les médecins* prescrivere, che chiede per i medici il diritto di poter scegliere la cura⁽⁶⁹⁾ e il collettivo *ReinfoCovid* composto da medici, non mancano i direttori di ospedale, e diversi altri esperti⁽⁷⁰⁾ il cui obiettivo, in aperta polemica con le restrizioni governative è «reagire all'epidemia di paura, sostituirla con prudenza e coraggio, ricostruire la comunità».

La valigetta del dottor Munda, nessun morto fra i suoi assistiti

È un medico di una volta, anche se giovane. Ha curato tutti a casa fin dall'inizio e non gli è morto nessuno eppure operava nell'occhio del ciclone, a Nembro e Selvino nell'epicentro Val Seriana, le aree della bergamasca più devastate d'Italia. Il successo terapeutico di Riccardo Munda, medico di medicina generale sostituto (il che significa che guadagna un quarto dei titolari), rende evidentissimo il fallimento del sistema sanitario di fronte a una crisi diventata emergenza. Si poteva fare come lui e come vari altri suoi colleghi, con la presenza e con farmaci già esistenti, ma non si è fatto. Da febbraio, quando il governo raccomandava ai medici di stare a casa, il dottore palermitano visitava «nelle loro abitazioni, i pazienti e anche quelli di altri colleghi. Il risultato è stato: zero ricoveri ospedalieri e zero morti fra tutti i miei mutuatati di Selvino (700 persone in un paese di meno di 3mila abitanti). Proprio perché non c'era una cura, era fondamentale intervenire subito. E quindi non solo visitare il paziente, ma visitarlo spesso per aiutare il fisico a reagire, calibrando e ricalibrando i farmaci a ogni suo minimo segnale. L'esatto contrario di quanto veniva ufficialmente consigliato: lasciarlo solo fin quando non riusciva più a respirare e poi farlo ricoverare in terapia intensiva (...). Comunque, tengo a precisare, che la mia è la storia di tanti altri medici di base che hanno affrontato l'epidemia facendo il loro dovere. E questo nonostante le indicazioni governative».⁽⁷¹⁾ Ai primi sintomi, in molte persone si instaura il terrore di morire in ospedale, da soli. La presenza attiva di un medico che li visita è fondamentale.

Verso la fine del 2020, la trasmissione *Le iene* ha accompagnato il dottore a casa di un assistito che nel ciclone primaverile si era ammalato gravemente: «Aveva una saturazione bassissima, era quasi incosciente e se non si fosse intervenuti sarebbe morto di infarto nel giro di poche ore. L'ambulanza non arrivava perché nell'emergenza non c'erano più posti, non era possibile ospedalizzare più nessuno»; lo ha curato per lunghi giorni, con l'ossigenoterapia e gli antibiotici. Per il dottore, essenziale è visitare i pazienti (con dispositivo di protezione,

niente tuta da astronauta), rassicurarli. Esserci. E senza paura: «Se mi contagio mi curo». Simbolicamente, dopo essersi occupato con successo di moltissime persone anche fuori area, il dottor Munda nel marzo 2021 rimane disoccupato: a Nembro e Selvino torna il titolare.

Medici porta a porta con il 100% di guariti

Non sono pochi ad aver curato i propri pazienti in casa senza registrare decessi e quasi senza un ricovero. Alcuni hanno raccontato la loro esperienza a chi li ha voluti ascoltare. Fra questi il professor Luigi Cavanna, direttore del dipartimento di onco-ematologia dell'ospedale di Piacenza. Ha inventato un team per le visite domiciliari. Nelle case per portare soccorso a chi aveva febbre e tosse e se lasciato a se stesso sarebbe peggiorato fino al pronto soccorso. Finché non sono subentrate le Usca – Unità speciali di continuità assistenziale- che nella sua zona hanno funzionato bene: medici e infermieri, equipaggiati con dispositivi di sicurezza e dotati di un ecografo palmare, che visitano a domicilio le persone positive o sospette positive. Come ribadisce l'Ausl di Piacenza, non occorre telefonare, soprattutto non bisogna rivolgersi al 118. Sono i medici di famiglia, che conoscono le condizioni dei loro pazienti e la loro storia clinica, ad attivare il servizio quando necessario, segnalando i casi di maggior fragilità e criticità alla nostra azienda.⁽⁷²⁾

Nel corso di interviste radiofoniche, Luigi Cavanna ha spiegato com'è andata: «Piacenza dista dieci minuti da Codogno (primo epicentro del contagio) e nei primi giorni di marzo c'era un'onda d'urto, con malati e ambulanze dappertutto. Partimmo da due considerazioni: la prima, che Covid-19 è una malattia virale infettiva altamente contagiosa ma che ha i suoi tempi, non viene all'improvviso come un infarto o un ictus. L'altra osservazione molto pratica era che tutti i malati che arrivavano al pronto soccorso avevano una storia di 7-10-15 giorni di malattia a casa. Febbre, tosse, mancanza d'aria. Da lì si decise: ma perché non proviamo a curarli per tempo, i malati? Le malattie infettive più precocemente sono curate migliori risultati si ottengono. Vale anche per la polmonite. È stato evidenziato quindi che la malattia se curata precocemente può cambiare la storia naturale e così abbiamo fatto. Io medico insieme a un infermiere abbiamo messo a punto un bagaglio molto essenziale e siamo andati a casa con i dispositivi di protezione. Così abbiamo curato diversi malati che di giorno in giorno cominciavano a stare meglio. Il 95% delle persone curate in terapia domiciliare è guarito».⁽⁷³⁾ Dunque, senza questo errore di fondo, la maggioranza delle persone avrebbero superato la crisi... Il medico e i suoi colleghi hanno visitato a casa con le cure precoci, facendo ecografia del torace, tamponi, esami ematici, lasciando farmaci fra i quali l'idrossiclorochina, secondo linee guida della Asl e regiona-

li, lasciando il saturimetro e poi in controllo in remoto. Dei 300 malati curati personalmente, non è morto nessuno a 30 o 60 giorni e meno del 5% è finito ricoverato (...). Eppure agli inizi del 2021, nel corso del programma radiofonico Tutta la città ne parla «La lotta al Covid oltre i vaccini», il vicepresidente Federazione medici di medicina generale ha spiegato che rispetto alla prima ondata della pandemia, sotto il profilo dell'organizzazione della medicina di famiglia è cambiato poco. Occorre ristrutturare la medicina territoriale affinché ci possa essere una vera presa in carico nelle strutture territoriali.

Andrea Mangiagalli, medico di medicina generale di Milano, ha fondato il gruppo Medici in prima linea (*vedi sopra*) alla fine di febbraio 2020 insieme alla sua collega Laura Frosati. Ha spiegato in un'intervista:⁽⁷⁴⁾ «Il principale problema di questa pandemia è che la Medicina di base è stata considerata residuale e così il medico è stato prima tenuto ai margini o costretto ad autoescludersi dalla cura del covid e poi abbandonato senza strumenti. Ci è stato detto che dovevamo somministrare tachipirina e aspettare che i pazienti desaturassero. In molti colleghi si sono come “ritirati”. Invece la risposta migliore che si può dare alla pandemia sta proprio nel nostro lavoro tempestivo e nella precocità di intervento terapeutico. I risultati sono strabilianti, a cominciare dal fatto che i nostri pazienti non sono mai stati ricoverati. Solo una signora anziana. In ospedale le hanno confermato la nostra stessa terapia, è tornata a casa dopo pochi giorni». Il gruppo aveva creato un protocollo quando l'Aifa consentiva l'idrossiclorochina, utilizzando lo schema: idrossiclorochina, azitromicina ed eparina. Un buon cocktail che non ha portato a ricoveri. In seguito è stata utilizzata facendo firmare un consenso informato. Il dottore chiede a tutti i colleghi di documentarsi, di non essere prevenuti nei confronti di un trattamento che è stato considerato pericoloso mentre di pericoloso c'è la malattia se lasciata scappare. Naturalmente, nessuna automedicazione.

7. LE CURE DEGLI ALTRI

Guardando al resto del mondo, ecco un collage di pratiche per la cura e la prevenzione (indipendentemente dalle misure «logistiche» tipo lockdown, distanziamento, igienizzanti, mascherine, plexiglas, guanti...). Può stupire per la varietà. Visto che si considera Covid-19 incurabile.

Il protocollo sviluppato a Cuba comprende diversi farmaci in maggioranza prodotti nel paese: l'industria biotecnologica è molto avanzata. Fra i circa 30 farmaci scelti dalla Commissione nazionale sanitaria in Cina per far fronte al coronavirus ce n'era anche uno cubano: l'interferone Alfa 2B (prodotto anche in uno stabilimento misto nella provincia di Jilin), utile nelle fasi precoci. Stimola le difese immunitarie a reagire contro l'agente infettivo. Commerciato a livello internazionale con il nome di Heberon in vari paesi, è stato proposto invano alle autorità sanitarie italiane dall'Associazione Italia-Cuba. Biofarmaci immuno-potenziatori sono stati usati per la prevenzione dell'infezione in gruppi a rischio. Un altro farmaco, l'anticorpo monoclonale Itolizumab, sviluppato in passato per trattare linfomi e leucemie, si comporta come un immunomodulatore intervenendo contro la reazione infiammatoria⁽⁷⁵⁾ facendo recuperare la funzionalità respiratoria e sopravvivere alla fase acuta la maggior parte dei pazienti gravi – è stato anche approvato dalla Federazione indiana. Ma l'Italia preferisce le cure costose. Sempre a Cuba, come parte della strategia di prevenzione, si distribuisce a basso prezzo il farmaco omeopatico PrevegnHo-Vir (raccomandato per la prevenzione dell'influenza, dengue e infezioni virali emergenti). Approvato dal Centro per il controllo statale delle epidemie, attrezzature e dispositivi medici (Cecmed), fin da aprile è stato distribuito intanto nelle residenze per anziani e nei centri medici e a persone ritenute fragili.⁽⁷⁶⁾

La Commissione presidenziale per combattere la pandemia in Venezuela prevede una serie di trattamenti ai diversi livelli della malattia. In fase molto precoce si utilizzano cloroquina o ivermectina (per ridurre la carica virale) e vitamina D; si applica poi l'interferone Alfa 2B per migliorare la risposta immunitaria. Per i pazienti più avanti con gli anni o con patologie che li mettono a rischio si aggiunge l'anticoagulante enoxaparina. Per chi presenta un'infezione respiratoria, antinfiammatori come il desametasone. I laboratori del paese hanno messo a punto il Carvativir⁽⁷⁷⁾ un speranzoso antivirale il cui principio attivo è l'isotimolo, derivato dagli oli essenziali di piante come il timo o l'origano. Si dispensano anche consigli comportamentali e nutrizionali, puntando sulle vitamine ma anche sulle bevande calde e sul consumo di alimenti alcalini come, fra gli altri, il limone. A proposito: le tisane calde di limone e zenzero sono un suggerimento trans-nazionale!

In molti paesi africani, asiatici e latinoamericani si utilizzano molecole *off-label*. Il binomio azitromicina e idrossiclorochina più zinco è molto diffuso.⁽⁷⁸⁾ In India, come precisa il movimento Ippocrate.org, le terapie domiciliari sono previste e così in Cina. Il tradizionale utilizzo di ivermectina in diversi paesi in funzione antiparassitaria può aver ugualmente giovato a ridurre la portata dell'epidemia da Sars-CoV-2. Del resto è partita da studi condotti in paesi asiatici, latinoamericani e mediorientali l'iniziativa chiamata Tratamiento Temprano,⁽⁷⁹⁾ creata da un cileno – ora sostenuta da oltre 1700 medici e ricercatori - per insistere sulla possibilità di introdurre nei protocolli sanitari a livello mondiale l'uso tempestivo dell'ivermectina ai primi sintomi di Covid-19, così da evitare forme gravi. In Brasile (Stato federale), uno studio clinico del professor Francisco Emmerich apparso su *International Journal of Environmental Research and Public Health* e riportato da France Soir, spiega una delle ragioni dell'enorme differenza nella mortalità per milione di abitanti (1645 contro 296) fra due Stati vicini, Amazonas e Pará: nel secondo, le autorità statali fin dal maggio 2020 hanno sostenuto esplicitamente i trattamenti ambulatoriali precoci organizzando anche l'approvvigionamento dei farmaci generici da parte del sistema sanitario pubblico.

In Messico, lo Stato del Chiapas l'ha distribuita a scopo preventivo e a quanto pare se l'è cavata molto meglio di altre parti del paese. Il sito riporta una serie di studi clinici. In India, la somministrazione di ivermectina e altre molecole a 144 pazienti ospedalizzati, l'80% dei quali aveva una o più comorbidità, ha dato un tasso di letalità pari all'1,35%. In Bangladesh, su 246 pazienti ospedalizzati, il gruppo trattato anche con ivermectina ha avuto una mortalità dello 0,9%, il gruppo di controllo del 6,8%. In uno studio a livello di profilassi condotto su operatori sanitari in Argentina, nessuno dei 788 che assumevano 12 mg di ivermectina una volta alla settimana si è ammalato di Covid contro il 58% (237) dei 407 soggetti controllo. Repubblica dominicana: in due centri medici, di 2706 persone positive (o probabili tali) trattate precocemente con Ivermectina, tutti sono stati dimessi, salvo 16 riospedalizzati e un decesso. In India, nella profilassi degli operatori sanitari, si è notato un 73% in meno di infezioni. In Egitto, la somministrazione del farmaco a contatti stretti di pazienti Covid-19 ha fatto sì che solo il 7,4% del totale abbia sviluppato sintomi, contro il 58,4% del gruppo placebo.

Merita attenzione la Siria vista la situazione di grande difficoltà legata a dieci anni di guerra e sanzioni. Accanto all'uso di medicinali (antibiotici, cortisone, idrossiclorochina) prodotti localmente⁽⁸⁰⁾ – l'industria farmaceutica soprattutto prima della guerra era molto sviluppata – e alle cure a domicilio che funzionano (mentre si sono registrati problemi negli ospedali che applicavano protocolli internazionali), vengono distribuiti vitamina D3 e zinco e molti consigli per una

sana alimentazione (fra l'altro a causa della crisi c'è un cambiamento dei modelli alimentari a sfavore dei prodotti animali).

Sul fronte alternativo, in diversi paesi dell'Africa subsahariana sono in corso sperimentazioni cliniche di terapie tradizionali e l'Unione africana ha creato un gruppo di esperti per la supervisione (*vedi Parte 3*). Risultati interessanti ma poche risorse a disposizione per andare avanti con le ricerche e lo sviluppo. Peccato.

Ma gli esempi positivi, autogestiti e con pochi mezzi, fioriscono. Così, sul sito della Nuova bussola quotidiana, leggiamo di monsignor Samuel Kleda, arcivescovo di Douala, in Camerun (27 morti legati a Covid per milione di abitanti): da decenni esperto di erbe medicinali, ha disposto la distribuzione gratuita in dispensari e nei centri gestiti dalla Chiesa, di due farmaci a base di erbe da lui creati, Elixir Covid e Adsak Covid. Persino persone ricoverate in ospedale si sono procurate la cura e sono guarite. Si è ridotta anche la percentuale di decessi tra i casi gravi. Visti i risultati, personalità politiche e uomini d'affari hanno avviato raccolte di fondi per consentire a monsignor Kleda di produrre grandi quantità dei suoi medicinali. Che presto potranno essere esportati; nel paese continueranno a essere distribuiti gratis. Comunque, in giro per i continenti, il ricorso magari sottobanco a rimedi erboristici antivirali è diffusissimo; c'è chi ha potenziato piccole unità di trasformazione e chi si appresta alla coltivazione... In Perù, paese molto colpito dall'emergenza, le comunità indigene, protette dal loro isolamento ma non del tutto, hanno decisamente puntato sui loro saperi ancestrali e sulle piante medicinali. E così è nato, nelle comunità Shipibos Conibos, il Comando matico, dal nome di una pianta locale che ogni mattina viene raccolta da squadre di volontari e mescolata ad altre erbe per bevande o inalazioni.⁽⁸¹⁾ «La pandemia ci ha portati a focalizzarci sulle nostre piante e sta andando bene», dicono. E la dottoressa Martha Vilar, che dirige il servizio di medicina complementare di EsSalud, il sistema sanitario peruviano, assicura: «Il matico è utilizzato da tempo per curare le malattie respiratorie». In Messico, l'Istituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán ha in corso uno studio⁽⁸²⁾ per valutare l'efficacia di terapie potenziali in persone positive al test - con forme lievi e moderate ma con fattori di rischio elevati come diabete, ipertensione e obesità - così da verificare una eventuale riduzione dei casi da ospedalizzare per polmonite o necessitanti ossigenoterapia (che evidentemente là non è possibile praticare in casa). Sulla stessa lunghezza d'onda il *Manual de prevención y tratamiento para Covid-19 con plantas medicinales de los Altos de Chiapas*, realizzato dal centro Nichim Otanil, a San Cristobal de las Casas. Offre «suggerimenti sull'alimentazione e piante medicinali che si possono usare per rafforzare il sistema immunitario, e anche rimedi per alleviare alcuni sintomi ed evitare complicazioni (...) speriamo di contribuire

alla nostra autonomia per proteggerci dall'isolamento sociale, tessere le nostre reti comunitarie di immunità (...)».

Nello Stato indiano del Gujarat le autorità sanitarie hanno puntato anche sull'omeopatia, distribuendo in profilassi il rimedio *Arsenicum Album*-30 a oltre metà della popolazione per rafforzare le difese immunitarie. Anche lo Stato del Kerala ha fatto ricorso all'omeopatia, e all'ayurveda (numeroso sono le cliniche specializzate coinvolte nel sistema di individuazione precoce) avviando il programma *State Ayurveda Covid-19 Response Cell* (Sacrc), per lavorare sulle giuste formulazioni, adatte agli individui più giovani e ad alto rischio, e a quelli più avanti con gli anni; l'avvertenza è sempre che si tratta di prevenzione e sostegno nel recupero, non di terapia specifica per Covid-19. Dopo qualche tempo, lo scorso dicembre, Tripura li ha imitati, seguendo il parere del ministero per l'Ayush (Ayurveda, Yoga e naturopatia, Unani, Siddha e omeopatia). Anche la Cina ha integrato la medicina tradizionale nel protocollo di cura per Covid-19, come aveva già fatto in passato con le epidemie Sars e H1N1.

E un'altra speranza arriva dall'isola di Guadalupe, occupata dalla Francia nel 1635; dal 1946 Dipartimento francese d'oltremare. Da una pianta il miracolo in alternativa ai vaccini, puntando sull'immunità innata del corpo umano, dunque sul rafforzamento immunitario delle cellule? Il farmacologo ed esperto di medicina tradizionale Henry Joseph, fondatore del laboratorio *Phytobôkaz* che dal 2005 lavora principi attivi della flora caraibica, ha depositato il brevetto per proteggere una molecola tratta da una pianta originaria delle Antille e dell'America centrale, molecole ritenute in grado di bloccare la replicazione di tutti i virus a Rna, fra i quali il Sars-CoV-2 ma anche la dengue. La pianta è la *neuroleana lobata*, utilizzata da secoli per trattare le malattie infettive, quelle cutanee e il diabete. La ricerca è stata autofinanziata dal laboratorio e si è focalizzata, anziché sul virus, sulla cellula. Intervendo nel mese di febbraio 2021 al convegno *Grand Forum Citoyen*, tema d'obbligo «salute e qualità della vita», il farmacologo ha spiegato⁽⁸³⁾ come puntare sull'immunità innata: «Quando si parla del virus, tutte le industrie si sono orientate verso i vaccini. Ma bisogna sapere che quella del vaccino è un'immunità detta adattativa o acquisita: vi viene iniettato un pezzo del genoma del virus e una volta nella cellula, il nostro sistema diventa capace di produrre anticorpi neutralizzanti. Bene. Ma quando si prende un pezzo del genoma, e questo genoma cambia, si hanno le varianti. E davanti a queste varianti il nostro genoma deve reinventare anticorpi. Noi, invece di interessarci al virus in sé, ci siamo interessati all'immunità innata, che è diversa dall'immunità adattativa. E come possiamo erigere una protezione perché il virus non si possa moltiplicare utilizzando la struttura della cellula?». Da lì la scoperta. Davanti alla diffidenza oltremare, cioè in Francia, il deputato della Guyana Gabriel Serville ha chiesto⁽⁸⁴⁾ al ministro della ricerca di mettere da

parte le prevenzioni e di prendere in considerazione la possibilità, tanto più che, man mano che passano i mesi, «le certezze in materia di coronavirus si stanno sbriciolando».

In cliniche indiane e in ospedali tanzaniani, si usa con risultati positivi l'inalazione del vapore tramite un apposito apparecchio. Nell'ospedale nazionale Muhimbili a Dar-es-Salaam oltre mille persone e sanitari hanno fatto ricorso alle inalazioni alle inalazioni, con buoni risultati. Uno studio italiano su alcuni operatori sanitari positivi al Sars-CoV-2 e asintomatici o paucisintomatici ha trovato risultati promettenti: la struttura proteica estera del virus è il bersaglio e i cicli di inalazioni possono ridurre o bloccare la riproduzione nelle vie aeree superiori. Il limite è che il trattamento va fatto in tempi brevi dopo l'infezione⁽⁸⁵⁾.

- (1) Istituto Superiore di Sanità-Epicentro, «Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da Sars-CoV-2 in Italia», www.epicentro.iss.it
- (2) Giulio Tarro con Francesco Santoian, *Covid, Il virus della paura*, L'Antiplomatico edizioni, 2020; e *Emergenza Covid. Dal lockdown alla vaccinazione di massa. Cosa, invece, si sarebbe potuto – e si può ancora – fare*, L'Antiplomatico edizioni, 2021
- (3) Marco Mamone Capria, «I dati del Covid-19», estratto da *Scienza e Democrazia*, <http://www.dmi.unipg.it>, 31 dicembre 2020
- (4) Hervé Kempf, «Ce que cache le masque», Reporterre, 25 agosto 2020.
- (5) Regione Veneto, Ussl 1 Dolomiti, «La prevenzione primaria, secondaria e terziaria», www.aussl1.veneto.it, 3 Febbraio 2017
- (6) Richard Horton, «Offline: Covid-19 is not a pandemic», *The Lancet*, 26 settembre 2020
- (7) Anil Gumber, «Why coronavirus fatalities are higher among Black people and what to do», *The African Courier*, 21 giugno 2020
- (8) Gloria Paiva, «In Brasile il tasso di mortalità è su base etnica», *il manifesto*, 27 dicembre 2020
- (9) Uday Narayan Yadav et al., «A Syndemic Perspective on the Management of Non-communicable Diseases Amid the Covid-19 Pandemic in Low-and Middle-Income Countries», *Frontiers in Public Health*, 25 settembre 2020
- (10) Edmondo Peralta, «*The Lancet*: Covid-19 non è una pandemia, ma una sindemia», www.sini-strainrete.info, 31 ottobre 2020»
- (11) Yves Sciama, «Le cocktail explosif du Covid et de la pollution de l'air», www.reporterre.net, 10 marzo 2021
- (12) «Italia deferita a Corte Ue per smog e rifiuti radioattivi», Ansa, 16 maggio 2018
- (13) Franco Belosia et al., «On the concentration of Sars-CoV-2 in outdoor air and the interaction with pre-existing atmospheric particles», *Science Direct*, febbraio 2021
- (14) Comitato Amig@s MST Italia, «Per un mondo senza pandemie, una nuova relazione con il pianeta. Riforma agraria ecologica mondiale subito!», www.comitatomst.it, 8 maggio 2020
- (15) Edoardo Conticini, Bruno Frediani, Dario Carob, «Can atmospheric pollution be considered a co-factor in extremely high level of Sars-CoV-2 lethality in Northern Italy?», *Science Direct*, giugno 2020
- (16) Swagata Dey, «Covid-19 lockdown: Why battle against air pollution needs to continue», *Down to earth*, 27 maggio 2020
- (17) Gaetano Lamanna, «Le Rsa sono moderni lazzaretti, vanno sostituite con strutture sociali», *il manifesto*, 24 aprile 2020
- (18) Paolo Pigozzi, «Come mantenere il sistema immunitario sano e forte: l'unico strumento per ridurre l'impatto del Covid (ma non solo)», *Il Fatto Quotidiano*, 22 novembre 2020
- (19) Rosaria Ferreri et al., «La sfida dell'immunità individuale», Cemon ebook, 14 ottobre 2020
- (20) Egidio Galli, «Razionale d'uso dei rimedi omeopatici da veleno di serpente nella coagulopatia da Covid-19», www.ilmedicoomeopata.it, 2020; e Lucia Gasparini et al., «Metodologia clinica omeopatica nel Covid-19—parte 4», ResearchGate, luglio 2020
- (21) Alberto Donzelli e Giulia Giudicatti, «Provvedimenti alla portata di chiunque per ridurre il rischio di infezioni e di Covid-19 in forma grave», Fondazione allineare sanità e salute, ottobre 2020
- (22) Michael Greger, «What is the healthiest diet?» Nutrition Facts, ottobre 2016
- (23) Marinella Correggia, «La dieta vegetale rispetto alle zoonosi e a Covid-19. Intervista alla geriatra e nutrizionista Luciana Baroni, della Società scientifica di nutrizione vegetariana (Ssnv)», www.cambialmondo.org, luglio 2020
- (24) Giancarlo Isaia ed Enzo Medico, «La carenza di vitamina D: un fattore di rischio per l'infezione da coronavirus?», Università di Torino, <https://www.unitonews.it>, 26 marzo 2020

- (25) Giancarlo Isaia *et al.*, «Does solar ultraviolet radiation play a role in COVID-19 infection and deaths? An environmental ecological study in Italy», *Science Direct*, 25 febbraio 2021
- (26) Robert A. Brown, «Sixty seconds on... vitamin D», *The British Medical Journal*, 15 ottobre 2020.
- (27) Cnr Comunicato stampa, «La molecola di origine naturale che inibisce Sars-CoV-2», Consiglio Nazionale delle Ricerche, 3 settembre 2020
- (28) Claudio Salaris *et al.*, «Protective Effects of Lactoferrin against Sars-CoV-2 infection in vitro», www.mdpi.com, 16 dicembre 2020
- (29) Loretta Bolgan, «Le prospettive della terapia dietetica e della fitoterapia per la prevenzione del Covid-19», www.biologidecentramento.it, 2020
- (30) Giovanni Marotta, «Le potenzialità terapeutiche degli oli essenziali investono tutte le branche del sapere medico», *Il bosco di Ogigia*, corso online 2020, e Giovanni Marotta «Oli essenziali: un mondo da scoprire», *Il bosco di Ogigia*, 2021
- (31) Asaf Tzachor *et al.*, «Photosynthetically Controlled Spirulina, but Not Solar Spirulina, Inhibits Tnf- α Secretion: Potential Implications for Covid-19-Related Cytokine Storm Therapy», *Springer*, 10 febbraio 2021
- (32) Alberto Donzelli *et al.*, «Mascherine obbligatorie all'aperto? Non ci sono presupposti scientifici», *Quotidiano sanità*, www.quotidianosanita.it, 6 ottobre 2020
- (33) Ministero della salute, «Covid-19, firmato il nuovo Dpcm», 13 ottobre 2020
- (34) Ministero della salute, «Muoversi quotidianamente fa bene alla salute», 5 febbraio 2013
- (35) Donato Greco, «Covid e sanificazione. Siamo alle comiche igienistiche?», *Quotidiano sanità*, 19 maggio 2020
- (36) Mario Lizza, «Covid. La nebulizzazione dell'aria non serve a nulla», *Quotidiano sanità*, 18 settembre 2020
- (37) Christoph D. Spinner *et al.*, «Effect of Remdesivir vs Standard Care on Clinical Status at 11 Days in Patients With Moderate Covid-19. A Randomized Clinical Trial», *Jama*, 21 agosto 2020
- (38) Hongchao Pan *et al.*, «Repurposed antiviral drugs for Covid-19 – interim Who Solidarity trial results, MedRxiv, 15 ottobre 2020
- (39) Aifa, «Idrossiclorochina nella terapia dei pazienti adulti con Covid-19», 22 luglio 2020
- (40) Reed Siemieniuk *et al.*, «A living Who guideline on drugs for Covid-19», *The British Medical Journal*, 4 settembre 2020
- (41) Comunicato Aifa, «Covid-19: Aifa limits the use of remdesivir in selected cases and allows for hydroxychloroquine to be used only in randomised clinical trials in an outpatient setting», 26 novembre 2020
- (42) Jeremy Hsu, «Covid-19: What now for remdesivir?», *The British Medical Journal*, 20 novembre 2020
- (43) Redazione Rh+, «Autorizan remdesivir para covid», Rh+, 13 marzo 2021
- (44) «Didier Raoult dénonce la corruption, le Remdesivir et Gilead», YouTube, 17 novembre 2020
- (45) Aa.Vv., «Guerre de classe et propagande de guerre dans un capitalisme en crise: après le mensonge de "l'invasion de l'Urss", puis des "Terroristes islamistes", c'est au tour de la "Pandémie"?», *Dis-leur! Bulletin d'information*, <https://albagranadanorthafrica.wordpress.com>, gennaio 2021
- (46) Luigi Cavanna, «Pazienti rinati con l'idrossiclorochina, la sua efficacia già documentata in studi», *PiacenzaSera*, 24 ottobre 2020
- (47) «Hcq is effective for Covid-19 when used early: real-time meta analysis of 219 studies», *Covid Analysis*, <https://hcqmeta.com>, 20 ottobre 2020
- (48) Comunicato Aifa, «Idrossiclorochina nella terapia dei pazienti adulti con Covid-19», Aifa, 22 luglio 2020.

- (49) Didier Zanini *et al.*, «Pattern of Sars-CoV-2 infection among dependant elderly residents living in retirement homes in Marseille, France, March-June 2020», *Méditerranée infection*, 21 agosto 2020
- (50) Elisabetta Burba e Pietro Luigi Garavelli: «Il Covid infuria e va fermato sul territorio. Con l'idrossiclorochina», *Panorama*, 06 novembre 2020
- (51) Sophia Antipolis, «Heart rhythm in Covid-19 patients receiving short term treatment with hydroxychloroquine», *European Society of Cardiology*, 25 settembre 2020
- (52) Mya Saveri, «Covid 19: chiediamo ad Aifa di ripristinare l'uso dell'idrossiclorochina», *La città news*, 25 ottobre 2020
- (53) Peter D'Angelo, «La battaglia scientifica sull'idrossiclorochina, "inefficace per Covid e pericolosa". "No, non lo sappiamo: studi parziali e frettolosi", *Il Fatto Quotidiano*, 3 novembre 2020
- (54) Alessandro Capucci, Luigi Cavanna, Paola Varese, «Relazione medico-scientifica sull'utilizzo dell'idrossiclorochina ai primi sintomi della patologia Sars-CoV-2», per il Comitato cura domiciliare Covid-19, www.sanitainformazione.it, 7 dicembre 2020
- (55) Antonio Panei, «Plaquenil ok, vittoria dei medici che lo usano in terapia domiciliare», *Globalist Sindication*, 11 dicembre 2020
- (56) Tommaso Papa, «Covid, plasma sugli anziani: un successo la sperimentazione mantovana», *Il Giorno*, 17 febbraio 2021
- (57) Giulio Tarro, *cit.* 2021
- (58) Per la decisione dell'Oms, cfr. Christia Mary Ramos, «Who: No 'strong enough' data to advocate Ivermectin use vs Covid-19», 30 marzo 2021, newsinfo.inquirer.net. Ed ecco i vari speciali di France Soir: «Covid-19: la République Tchèque autorise l'ivermectine, et la France?», France Soir, 7 marzo 2021; « Covid-19: l'ivermectine arrive en Macédoine comme traitement contre la Covid», France Soir, 25 dicembre 2020; e « La scandaleuse indifférence à l'efficacité prouvée de l'ivermectine », France Soir, 29 novembre 2020; e « L'ivermectine fonctionne, y compris pour le Covid long, dit un médecin/chercheur renommé de Yale », France Soir, 23 marzo 2021. e «Pr Kahn: au Bangladesh, l'ivermectine marche aussi», France Soir, 28 marzo 2021
- (59) Redazione Sanità Informazione, «Covid-19, Comitato cure domiciliari chiede ad Aifa e Ministero di sperimentare Colchicina e Ivermectina», 13 febbraio 2021 e Peter D'Angelo, «Covid, l'ipotesi dell'ivermectina come una potenziale terapia. Santin (Yale): "Può essere il game-changer", *Il Fatto Quotidiano*, 5 marzo 2021
- (60) Egidio Galli, «Razionale d'uso dei rimedi omeopatici da veleno di serpente nella coagulopatia da Covid-19», www.ilmedicoomeopata.it, 2020
- (61) Francesco Cappello, «I "negazionisti" della terapia domiciliare precoce», Sinistrainrete.info. 1 dicembre 2020
- (62) Alessandro De Virgilio, «Abbiamo i farmaci anti Covid ma pochi lo sanno, parla Salvatore Spagnolo», *Agi*, 28 ottobre 2020
- (63) Aifa «Principi di gestione del Covid-19 nel setting domiciliare», 9 dicembre 2020
- (64) «Covid, antinfiammatori per evitare il ricovero: il documento "salvavita" di Remuzzi», quifinanza.it, 22 dicembre 2020; e «Coronavirus: la cura da fare a casa che riduce i ricoveri», www.lanotiziagiornale.it, 31 marzo 2021
- (65) Facebook «Terapia domiciliare Covid-19 in ogni Regione»
- (66) Patrizia Corgnati, «Covid, Piemonte: le cure a casa funzionano», *Linea Italia Piemonte* (video), 10 marzo 2021
- (67) Francesco Cappello, «I "negazionisti" della terapia domiciliare precoce», *Scenari Economici*, 26 novembre 2020

- (68) Mauro Rango, «Come si affronta il Covid-19. Linee guida cure e liberatoria», lppocrateorg.org, 26 novembre 2020; Mauro Rango, *Guarire il Covid-19 a Casa: manuale per Terapia domiciliare personalizzata*
- (69) Coordination Santé libre, «Manifeste des médecins», <https://stopcovid19.today/>, 31 gennaio 2021
- (70) «Covid-19: laissons les médecins prescrire», <https://stopcovid19.today/>
- (71) F. Santoianni, «Covid: sarebbe bastato lasciar lavorare i medici di base», *L'Antidiplomatico*, 17 settembre 2020 e «Riccardo, dottore di base in prima linea anti Covid a Nembro: ora è senza lavoro», *Le Iene*, 2 marzo 2021.
- (72) «La task force domiciliare in azione “Tra le persone tanta angoscia, ma con noi si sentono tutelate”», *PiacenzaSera*, 26 marzo 2020
- (73) «Il 95% delle persone si poteva salvare. Dott. Cavanna: “Così ho curato tutti i miei pazienti Covid”», *Radioradio*, 07 Febbraio 2021
- (74) Andrea Zambrano, l'esperienza di medici in prima linea, «Così, con una chat e la cloroquina battiamo il Covid», *La Nuova Bussola Quotidiana*, 27 novembre 2020
- (75) Agustin Lage Dávila, «La industria biofarmacéutica cubana en el combate contra la pandemia de C-19», *Cuba Debate*, 10 agosto 2020; e Juan Diego Nusa Peñalver, «Itulizomab, l'anticorpo monoclonale cubano che salva il 60% dei pazienti gravi Covid», *L'Antidiplomatico*, 10 novembre 2020
- (76) Marinella Correggia, a cura di, «Covid-19: La ricetta cubana. Aiutare il sistema immunitario porta a porta», *Emigrazione Notizie*, 11 aprile 2020
- (77) «Dal Venezuela arriva Carvativir: antivirale che «neutralizza il coronavirus al 100%», *L'Antidiplomatico*, 25 gennaio 2021
- (78) «Hydroxychloroquine en ambulatoire: 8400 patients Covid traités à l'Ihu en 2020» (video YouTube), *Ihu Méditerranée*
- (79) Tratamiento Temprano, «Una mirada distinta para enfrentar el Covid-19», <https://tratamiento-temprano.org/>. Si veda anche lo studio giapponese di Morimasa Yagisawa *et al.*, «Global trends in clinical studies of ivermectin in Covid-19», *The Japanese Journal of Antibiotics*, 10 marzo 2021
- (80) «Hoping to cure virus, Syria labs churn out anti-malarial drug», *France24*, 8 maggio 2020
- (81) Nouvelle Page, «Artemisia ou Moderna? Pfizer ou Covid-Organics?», 28 novembre 2020
- (82) Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutricion Salvador Zubiran, «Camostat and Artemisia Annuu vs Placebo in Covid-19 Outpatients, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Multicenter, Multi-arm, Phase II Trial of Novel Agents for the Treatment of Mild to Moderate Covid-19 Positive Outpatients», 5 ottobre 2020
- (83) Elodie-Elsy Moreau, «Covid-19: et si cette plante endémique des Antilles permettait d'enrayer l'épidémie?», *Bio a la Une*, 19 febbraio 2020
- (84) Lara Balais, «Covid-19: “l'herbe à pic”, la plante traditionnelle guadeloupéenne qui suscite l'espoir», *Lci*, 19 febbraio 2021
- (85) La Marca *et al.*, «Thermal inactivation of SARS COVID-2 virus: Are steam inhalations a potential treatment?», *Sciencedirect*, novembre 2020

I CAMMINI DEGLI ALTRI

Umiltà e saggezze fuori dall'Occidente

*Se sai di non sapere, saprai.
Ma se non sai di non sapere, non saprai mai.*

Proverbio africano

Evoluzione è l'imitazione di quello che funziona

Didier Raoult

Primavera (silenziosa) 2020. Fin quasi nell'ultimo villaggio del mondo arrivano le immagini delle bare trasportate sui camion dell'esercito in Lombardia e delle persone intubate, prone nei letti fra alta tecnologia e sanitari avvolti in scafandri. Poi quelle del caos che presto si diffonde negli altri paesi ricchi e increduli, le loro popolazioni ridotte a bambini terrorizzati dai media, dagli esperti e dai governi. Dando prova di una sollecitudine in genere poco corrisposta, dai paesi non raggiunti dall'emergenza partono verso l'Occidente allo sbando messaggi di solidarietà. E «laggiù», il panico si diffonde ma non travolge. In Africa, Asia e parte dell'America latina, la maggior parte dei popoli e perfino dei governi declina una varietà di resistenze contro il virus del millennio; inevitabili invece i pesanti effetti collaterali socioeconomici delle misure nazionali e internazionali; e senza paracadute. Comunque Felwine Sarr, economista, autore di *Afrotopia*, da Dakar, scrive:⁽¹⁾ «Non voler ammettere che l'Africa ne esce bene è razzismo strutturale. Gli europei hanno paura per noi ma noi ne abbiamo per loro. Molti africani hanno capito che l'Eldorado non esiste. Sono tornati senegalesi dall'Italia, pur senza

sapere se potranno ripartire.» E non è solo questo: «Il desiderio di controllare è nel Dna di tutti i regimi. Ma quelli che si credevano più aperti, nell'attuale crisi hanno svelato un'intenzione di controllare le masse, le popolazioni. È la biopolitica: c'è un problema di salute e lo si utilizza per avere un controllo sui corpi». L'Occidente non vuole imparare, come potrebbe, dalle altrui saggezze. Il problema è la persistenza di una narrativa pervasiva nella salute globale che ritrae i paesi industrializzati come «avanzati» rispetto al mondo in via di sviluppo «arretrato» o «povero», come descritto da Edward Said nel suo fondamentale libro *Orientalismo*.

Peccato non avere ali di rondine per sorvolare le strade del mondo, cogliere l'impatto sociale della preoccupante nuova normalità in particolare sui non privilegiati, su chi fa fatica, su situazioni già estreme, apprezzare l'ingegno di chi non cade nel caos e nel panico, verificare l'impatto ambientale, fra il benefici del minor traffico aereo e terrestre e il danno legato al moltiplicarsi degli usa e getta (mascherine, igienizzanti, imballaggi). Per chiedersi, magari: avrebbe potuto tutto andare diversamente?

1. LA DISFATTA DELL'OCCIDENTE. GOVERNI, MEDIA, ESPERTI...

Con quale metro si misurano i fallimenti e le buone pratiche, sul piano della salute, delle persone e dell'ambiente, in questa crisi che ha ingoiato il mondo? Alla fine, tutti i diversificati interventi introdotti nei vari paesi puntavano(o avrebbero dovuto farlo) a minimizzare il numero dei decessi per e/o con il virus, e anche senza: le vittime collaterali. Ebbene, gli oltre 2,5 milioni di morti attribuiti a Covid-19 a livello planetario, pur con tutte le incertezze sui numeri, si concentrano in pochi paesi, occidentali e assimilati. I 100 milioni di casi di positività al coronavirus ufficiali non fanno molto testo e sono sicuramente molto sottostimati essendo per la gran parte del tutto asintomatici. Meglio tenere in considerazione i morti, più che dei terrorizzanti «contagi». Naturalmente sempre che i test che rilevano la presenza del virus siano affidabili.

Sull'orlo di una crisi di nervi. Errori e strumentalizzazioni

Come vedremo, la mortalità ufficiale per milione di abitanti a livello mondiale varia fra lo zero e i 2.700 a seconda dei paesi. Malgrado tutte le incertezze sui numeri, a partire dalla conta dei morti (e soprattutto dalle cifre dei «contagiati»), dai dati ufficiali un'evidenza salta agli occhi: i paesi con il più alto numero di morti per milione di abitanti sono in Europa o nelle Americhe. Gli altri sottovalutano o peggio nascondono i morti? Un'ecatombe, però, si vedrebbe. Quando il direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità ripete che l'attuale «trauma di massa su scala mondiale» è forse più grave di quello determinato dalla seconda guerra mondiale, dovrebbe precisare a quali aree del mondo si riferisce, e se non sia l'esito delle misure di contrasto al virus piuttosto che del virus in sé. La *débâcle* dell'Occidente (governi, media, esperti, e anche le popolazioni) nel mezzo della pandemia Covid-19 dichiarata dall'Oms a livello planetario sembra indicare che: 1) le strategie messe in atto in questa parte del mondo sono state fallimentari e occorre dire addio all'idea che la competenza e capacità sia concentrata quasi per retaggio storico nei paesi ricchi e/o 2) la crisi non ha le stesse caratteristiche dovunque, indipendentemente dalle misure scelte. Ci si deve interrogare allora sulla tendenza a imporre le stesse fallimentari, confuse ricette anche alle nazioni che, sulla base delle statistiche ufficiali, registrano pochissimi decessi riferiti alla malattia Covid-19.⁽²⁾

Mortalità per milione di abitanti: enormi differenze fra i paesi

Non c'è ovviamente una soluzione unica a-contestualizzata nemmeno nella lotta contro le malattie infettive in generale e contro il Sars-CoV-2 nello specifico. Si apre una prateria di possibili ricerche: che cosa ha fatto la differenza in paesi magari dotati di scarsi mezzi e ricchi di altri problemi e che pure hanno avuto una bassissima mortalità da Covid-19 (non necessariamente tassi bassi di diffusione del virus, difficili da valutare). Quale l'incrocio fra caratteristiche e abitudini delle popolazioni e misure politiche e sanitarie adottate? Sul lato delle misure prettamente sanitarie, molto si gioca nel triangolo prevenzione/medicina di base/medicina ospedaliera. Il resto sono gli interventi non sanitari, detti anche non farmaceutici (Npi). Da studiare in questo senso i buoni risultati (la bassa mortalità) in paesi che non hanno attuato misure di controllo tipo il confinamento e/o la generalizzazione delle mascherine magari anche all'aperto (pur stabilendo misure di distanziamento e isolamento dei malati). Per l'antropologo svizzero (esperto di sistemi sanitari) Jean-Dominique Michel,⁽⁹⁾ mentre i paesi occidentali, così tecnologici e ricchi, hanno dispiegato una «politica sanitaria debole e letale», debolezza di pensiero e stridente incapacità di fronte all'inaspettata crisi, i paesi del Sud abituati a far fronte a emergenze si sono organizzati, non hanno boicottato cure economiche e disponibili e insomma «hanno dimostrato una intelligenza pratica di cui le nostre società non sono più capaci». Così, mentre nei paesi ad alto reddito si aspettava il vaccino della liberazione ricorrendo intanto a soluzioni high-tech e a restrizioni a tappeto – che i paesi impoveriti non possono permettersi a lungo, salvo affamare la popolazione –, il resto del mondo ha preferito approcci a basso costo; ed efficaci. Nei paesi ricchi un'organizzazione verticalista e centralista della sanità ha privilegiato le grandi strutture ospedaliere e penalizzato la medicina territoriale di base, con i guai che ciò ha provocato fino ad oggi, in Africa e altrove si è fatto ricorso alla comunità e all'inventiva, oltre alla collaborazione intergovernativa. E anche, per la cura, ai medicinali non più sotto brevetto e a base di piante anche locali. Tra i problemi cronici dell'Africa c'è la carenza numerica e qualitativa delle sue strutture igieniche e sanitarie. In particolare ha pochi medici e poco personale sanitario. In compenso c'è l'abitudine alle emergenze, e non si è reagito in modo isterico.

Altro appunto: nel 2019, il Global Preparedness Monitoring Board dell'Oms, organismo creato nel 2017 e incaricato di preparare i rapporti annuali sulla preparazione alle emergenze sanitarie, dava alle stampe virtuali il suo primo rapporto, *A World at risk*, che denunciava l'impreparazione degli Stati membri, anche quelli sviluppati, ad affrontare una pandemia con crisi respiratorie, a causa del defianziamento dei sistemi sanitari e delle strutture di protezione civile. Gli esperti si riferivano all'epidemia globale di influenza spagnola di cento anni fa e

spiegavano che vista la taglia attuale della popolazione mondiale e la capacità di spostarsi velocemente, qualora un contagio di quella portata si fosse nuovamente verificato, i decessi avrebbero potuto arrivare a 50-80 milioni. L'Italia era considerata al trentunesimo posto per capacità di gestire una pandemia. Scarsa capacità di prevenire e rispondere.

Condizioni molto diverse uguale ricette non omologabili

Quali sono i nessi fra il contesto – le condizioni di vita e salute delle popolazioni, le politiche della salute, le disponibilità economiche – e la gravità delle svariate malattie infettive? Quali segmenti della popolazione nei diversi paesi presentano una mortalità più elevata e come vivono, mangiano, lavorano? E servono di più le misure politico-sanitarie antivirus a valle o la prevenzione a monte?

Una prevenzione ignorata è quella che tende a rafforzare le difese immunitarie di tutti. L'incidenza di malattie croniche come ipertensione, diabete, obesità, deficienze respiratorie, insieme a sistemi di salute che curano solo a valle e a errori dovuti a varie ragioni, ha aiutato moltissimo a trasformare l'emergenza in apocalisse. Si tratta di patologie tipiche dei paesi del Nord ma anche di realtà come quella del Brasile, del Messico, e dello stesso Sudafrica. Ecco perché quando si parla di sindemia per indicare la pandemia Covid-19, così da sottolineare le interazioni fra situazione ambientale, patologie pregresse, condizione socioeconomica delle persone, va precisato che questa sindemia non è globale.⁽⁴⁾ Un'analisi per paese,⁽⁵⁾ ha valutato alcuni fattori che influiscono sui tassi di mortalità e sui casi. Variabili associate con un aumento del tasso di mortalità per milione sono la prevalenza dell'obesità nella popolazione ma anche il livello di prodotto interno lordo, «che può riflettere un numero più importante di test, un sistema di sorveglianza più capillare e più accuratezza nel riferire i dati. E anche un maggiore accesso ai voli aerei e alle vacanze internazionali da parte dei paesi più abbienti: i viaggi sono identificati come fattore che contribuisce alla circolazione virale internazionale». Fra le variabili invece associate a una riduzione della mortalità, un minore tasso di diseguaglianza socioeconomica e il numero di infermieri per milione di abitanti. Il fattore dell'anzianità della popolazione è stato ovviamente considerato.

Quelle difese dei poveri che i modelli predittivi hanno ignorato

Chi vuole trovare scuse al fallimento occidentale dirà: «I paesi che sono andati meglio hanno caratteristiche demografiche, climatiche, morfologiche, sociali e ambientali peculiari». Per esempio, in Africa obesità e diabete sono di gran lunga meno frequenti, c'è un'esperienza nel trattamento delle epidemie, si viaggia di meno e si vive di più all'aperto. Insomma, «non si possono confrontare situa-

zioni diverse». Certo, i livelli più bassi di malattia nel mondo in via di sviluppo si possono spiegare con i diversi approcci alla registrazione dei decessi, il profilo anagrafico, un maggiore uso di spazi esterni, il clima (non per tutti), o forse anche alti livelli di anticorpi potenzialmente protettivi ottenuti da altre infezioni. Ma l'incertezza statistica e la biologia favorevole non sono la storia completa. Infatti l'Oms sostiene che acqua potabile, sistemi igienico-sanitari e condizioni igieniche (in gergo onusiano Wash) e la gestione dei rifiuti sono essenziali per proteggere la salute contro le malattie infettive, compresa Covid-19⁽⁶⁾, dunque buone pratiche nelle comunità, a casa, scuola, mercati, centri sanitari aiuterebbero a prevenire la trasmissione di patogeni incluso Sars-CoV-2. Sembrerebbero allora nettamente sfavoriti i 2,2 miliardi di persone che non hanno sufficiente accesso all'acqua potabile, i 4,2 miliardi che non hanno accesso ai servizi igienico-sanitari e i 3 miliardi che non possono lavarsi le mani a sufficienza (dati 2019). Circa 1,8 miliardi, poi, sarebbe a rischio di Covid-19 e altre malattie frequentando o lavorando in strutture sanitarie prive dei servizi idrici e igienici di base.⁽⁷⁾ Abbastanza per far temere un'apocalisse nei paesi a reddito basso e medio-basso, con milioni di morti già solo in India. Tuttavia, se il nesso stabilito dall'Oms è vero per diverse malattie infettive, per Covid-19 sembra andare un po' altrimenti e la dicotomia fra ricchi e poveri rivela sorprese. C'è infatti un vantaggio paradossale. Le popolazioni che vivono in zone con un carico microbico e un'esposizione più elevati, mentre sono a rischio di malattie infettive, hanno anche la probabilità di essere protette dalle stesse. Due ricerche su scala internazionale, condotte da scienziati indiani, sembrano suggerire che condizioni di igiene non ottimali possano aver salvato molte vite da forme severe di Covid-19. Uno studio⁽⁸⁾ ha confrontato dati disponibili provenienti da 106 paesi sulla base di oltre venti parametri fra i quali la densità abitativa, il fattore demografico, la prevalenza di malattie e la qualità delle strutture igienico-sanitarie. Età media superiore a 65 anni, obesità e percentuale di popolazione urbana sono fattori correlati positivamente alle morti per Covid-19 (per esempio in Brasile l'urbanizzazione è tre volte superiore). Invece, il genere e la densità abitativa non evidenziano correlazioni. La scarsa presenza di strutture igienico-sanitarie e le pratiche igieniche limitate a causa della situazione, pur essendo fra le cause del maggior peso di malattie trasmissibili nei paesi a basso Pil (prodotto interno lordo), sembrano invece quasi sfavorire le forme gravi di Covid-19.

L'altro documento⁽⁹⁾ ha esaminato il ruolo svolto dal microbiota - i trilioni di microbi che risiedono all'interno di un corpo umano - rispetto alle infezioni Covid-19: «Il microbiota comprende batteri, virus, funghi e archei. Aiutano nella digestione, proteggono dai patogeni che causano malattie, regolano il sistema immunitario e producono vitamine. Esaminando i dati di 122 paesi, tra cui 80 ad

alto e medio reddito, si suggerisce che i decessi da Covid-19 sono più bassi nei paesi che hanno una popolazione più esposta a una gamma diversificata di microbi, in particolare i batteri gram-negativi. Questi batteri sono tipicamente responsabili di gravi polmoniti e infezioni del tratto urinario e della pelle. Ma si crede anche che producano una citochina antivirale - molecole che aiutano a combattere gli agenti patogeni - chiamata interferone che protegge le cellule contro il coronavirus. Le persone che vivono in paesi a basso e medio reddito possono essere stati in grado di evitare forme gravi dell'infezione a causa dell'esposizione a vari agenti patogeni dall'infanzia, che danno loro una più robusta immunità rispetto a Covid-19». Insomma, «la protezione relativa contro Covid-19 potrebbe essere il risultato combinato di immunità dell'ospite, resistenza, tolleranza e interferenza microbica. Si può concludere con un certo grado di fiducia che gli individui provenienti da regioni in via di sviluppo e sottosviluppate, grazie al loro microbiota diversificato sono suscettibili di offrire più resistenza contro l'agente patogeno esterno rispetto a un individuo con microbiota relativamente diminuito nei paesi sviluppati». Ma se è così, ripetiamo, perché di fronte al virus l'Occidente, a partire dall'Italia, ha fatto scuola? *Tutti* i governi e popoli sono stati indotti ad adottare le stesse misure: quelle ritenute adatte all'Occidente, e che in Occidente hanno fallito. E perché non considerare che i paesi impoveriti non avranno a loro disposizione un piano Marshall del tipo di quello promesso dall'Ue all'Italia, pari a 207 miliardi di euro? Questo risulta soprattutto incredibile davanti al fatto che le terapie precoci e domiciliari per la piccola minoranza che si ammalava hanno funzionato dovunque siano state applicate.

Razzismo formato Covid

Un esempio di ignoranza misto a sottovalutazione degli altri mondi si riassume in una frase apparsa su un quotidiano online italiano che, dopo aver spiegato come in Israele e Stati Uniti le vaccinazioni vadano avanti «rotta di collo» così da «proteggere interi strati di popolazione in modo da riportare la normalità» (*sic*: ma non dicono che occorrerà comunque mantenere distanziamento e mascherine?), si riferiva invece ad altri popoli in questi termini: «Nelle zone povere del nostro pianeta, dove certe precauzioni non vengono nemmeno prese in considerazione, il virus ha già spazzato via interi strati di popolazione, quindi si è raggiunta l'immunità di gregge in maniera cruenta, uno sterminio, come accadeva in passato». Non è affatto vero, come cercheremo di evidenziare.

Altro esempio, alla fine del 2020. Come gli altri paesi, Francia e Belgio (entrambi con un'elevatissima mortalità ufficiale riferita a Covid per milione di abitanti) avevano stilato un elenco dei paesi in provenienza dai quali non era richiesta l'effettuazione di un tampone per rilevare la presenza del coronavirus: Italia,

Spagna, Repubblica Ceca e molti altri, egualmente ad alto tasso di circolazione virale. Invece, dal Laos e dalla Cambogia, per esempio, per entrare in Francia il test era necessario. Piccolo particolare: i due paesi asiatici hanno zero (zero) morti attribuiti a Covid; casi di successo. Per entrare nel paese dei Lumi il test era richiesto anche in provenienza da altri Stati che ugualmente quanto a mortalità se la sono cavata infinitamente meglio di Francia & C.. Per esempio il Burkina Faso, altri paesi africani francofoni con forti scambi con la Francia, Vietnam (0,4).

A un copione simile si è assistito in Canada nei confronti degli haitiani.⁽¹⁰⁾ Sui media canadesi è circolata la notizia: due aerei in arrivo da Haiti sono pieni di casi di «Covid». Il fatto è che i tassi di infezione – e la gravità della malattia – sono molto più alti a Montreal che a Port-au-Prince. La storia aiuta a capire le stranezze del presente. All'inizio degli anni 1980, gli abitanti dell'isola vennero accusati di aver portato il virus dell'Aids negli Usa. Questo determinò il crollo dell'industria turistica dell'isola e perfino delle sue esportazioni. I Centers for Disease Control (Cdc) avevano concepito le famose 4-H's, 4 categorie pericolose: omosessuali, emofiliaci, drogati e... immigrati da Haiti. Mescolando una nazionalità con identità nient'affatto etniche. Eppure l'incidenza dell'Aids a New York o San Francisco era molto superiore a quella ad Haiti. Lo stigma è rimasto nei decenni. Poi, nel 2010, un'epidemia di colera uccise 10mila haitiani; all'inizio si pensò di accusare le norme culturali haitiane. Finché non si capì che il colera era stato introdotto da un gruppo di soldati del contingente Onu.

2. AFRICA SUB-SAHARIANA: UNA SORPRESA?

Il 10 aprile 2020, in un'intervista alla Cnn,⁽¹¹⁾ Melinda Gates, che insieme al marito William gestisce la Gates Foundation, spiegava: «La pandemia sarà orribile nei paesi in via di sviluppo; vedrete corpi lungo le strade, nei paesi africani». L'apocalisse per il continente era vaticinata anche da Stati occidentali, media e Oms, il cui direttore generale dichiarava: «L'Africa, il mio continente, deve prepararsi al peggio. Dobbiamo fare il possibile per tagliare il problema alla radice». Anche Oms e Stati occidentali vaticinavano per il continente «un collasso». C'era di che terrorizzare l'intero continente. E i soliti modelli matematici dell'Imperial College di Londra, istituto specializzato in previsioni catastrofiche in passato rivelatesi completamente inattendibili, eppure ugualmente in grado di spaventare governi e popolazioni, vedevano nel mese di marzo 2020 un orizzonte di 3 milioni di morti Covid-19 per il continente africano,⁽¹²⁾ sulla base anche dei posti letto a disposizione (ma come si è visto, il fronte della resistenza non poteva passare per le corsie, *vedi Parte 2*). Fra i fattori presi in considerazione, il confronto fra il numero di posti letto e medici e i budget per la sanità nei paesi europei (anche in quelli gravemente colpiti) e in quelli africani. A parziale scusante dell'Imperial, va detto che si trattava di previsioni «in caso di inazione». Ma le azioni ci sono state. Un altro ragionamento rivelatosi privo di fondamento è stato quello razziale, della serie «per qualche ragione genetica le popolazioni nere sono più resistenti». Falso, non solo perché anche altrove nel mondo ci sono stati bassissimi tassi di mortalità, ma anche perché negli Stati uniti proprio gli afrodiscendenti sono stati i più colpiti anche a causa della situazione economica.

L'apocalisse è di altro genere

Per forza di cose l'attenzione spasmodica sul coronavirus ha avuto un impatto sui sistemi sanitari locali che hanno potuto occuparsi meno di altre malattie, dalla malaria all'Aids, fino alla tubercolosi. I morti collaterali, come saranno conteggiati?⁽¹³⁾ Un'analisi di prospettiva con l'orizzonte 2030 prevedeva, oltre all'ovvio impatto della crisi sulla situazione economica e sociale (con una perdita di svariati miliardi di dollari di introiti governativi), una «grande suscettibilità a Covid-19» (ci si riferiva in realtà al virus)⁽¹⁴⁾ considerando «gli insediamenti informali dove il distanziamento è difficile, una situazione esacerbata dall'accesso limitato all'acqua potabile, dalla malnutrizione, dai sistemi sanitari deboli e dalla presenza di malattie come la tubercolosi e l'Hiv/Aids». «Sulla base dei tassi di infezione previsti - insomma i casi positivi - si attende una mortalità relativamente bassa»... bene, di quanto? Ecco le previsioni dell'analisi: «Nel 2020, fra 350mila e

1.450.000 morti per Covid». In realtà alla fine del 2020 i morti attribuiti a Covid-19 erano intorno ai 63mila⁽¹⁵⁾ oltretutto concentrati nei paesi del Nordafrica e in Sudafrica.

Per lunghi mesi si è cercato di trovare spiegazioni al «miracolo Africa» (così magari da attribuire all'opera del diavolo i fallimenti occidentali), sottolineando le specificità del continente (demografia, vita all'aria aperta, minore presenza di malattie croniche degenerative, abitudine alle epidemie) e di rado riconoscendo i meriti di popolazione e governi. Poi all'improvviso all'inizio del 2021 torna l'allarme: l'Oms avverte che le morti relative a Covid-19 sono aumentate del 40%, superando le 100mila persone a causa delle nuove varianti del virus. Anche se nella maggior parte dei paesi, i decessi riferiti a Covid si contano in poche decine o centinaia. Ma alla soglia della più grande operazione medica della storia del mondo (la vaccinazione di massa su scala mondiale), ecco che nel mese di febbraio 2021 uno studio post-mortem pubblicato dal *British Medical Journal*⁽¹⁶⁾ su 372 persone presso l'obitorio di un ospedale di Lusaka (Zambia) fra giugno e settembre 2020 conclude che «al contrario di quanto atteso, la morte *con* Covid-19 è comune a Lusaka. In gran parte le morti sarebbero avvenute all'interno della comunità, dove la capacità di testare la presenza del virus scarseggia. Poche persone fra quelle morte in strutture sanitarie sono state testate, ma presentavano i sintomi di Covid-19. Dunque, i casi di Covid-19 sono stati sottostimati per mancanza di test, non perché siano stati rari. Se questi dati sono generalizzabili, l'impatto di Covid-19 in Africa è stato ampiamente sottostimato». Uno studio che sembra giungere con tempismo per convincere che la vaccinazione universale di massa (e non solo, magari, a gruppi di persone vulnerabili) è indispensabile anche se a molti paesi del Sud costerà parecchio. Ma vediamo. Il campione analizzato rappresentava un decimo di tutti i morti passati per l'obitorio in quel periodo. Sui 372 deceduti, la presenza del virus Sars-CoV-2 è stata trovata in 58 oppure 70 deceduti, a seconda dei cicli di amplificazione del test Pcr (un livello elevato: 40 nel primo caso e oltre nel secondo). Di 52 deceduti e positivi al virus si è riusciti a sapere qualcosa sui sintomi manifestati, chiedendo ai parenti o al personale sanitario. In 44 (16 morti in ospedale, 28 a casa) avevano avuto almeno uno dei seguenti sintomi: tosse, febbre e difficoltà respiratorie; su questa base, lo studio ha classificato i 44 come «probabili Covid-19». Per i 18, per insufficienza di dati clinici, lo studio ha indicato «causa della morte incerta». Altri 7 sono stati stimati come «possibili Covid-19». Si precisa anche: «Covid-19 è stato individuato in sette bambini». Sarebbe corretto dire: la presenza del virus! Si indicano anche le «cinque comorbidità più comuni fra le persone morte *con* Covid-19: tubercolosi nel 31%, ipertensione nel 27%; Aids-Hiv 23%; consumo di alcol 17%; diabete 13% (...). Molte volte ci hanno riferito di una recente diagnosi

di malaria, ma in assenza di una conferma di laboratorio, siamo rimasti scettici; la malaria è stata eradicata da Lusaka e sposso viene diagnosticata sulla base di una febbre o malessere senza spiegazioni.». Tuttavia, si tratta di uno studio molto parziale, non generalizzabile, senza riscontri ad esempio sulla mortalità occorse negli stessi mesi degli anni precedenti, e basato su due fragili colonne: 1) la presenza – individuata con tampone – del virus Sars-CoV-2... che in sé non indica la causa della morte; 2) l'indagine presso parenti e nei centri ospedalieri circa i sintomi nella maggioranza delle persone positive ma non in tutte... sintomi che però sono comuni ad altre malattie respiratorie molto diffuse nel continente fra bambini e adulti.

Una combinazione di fattori: le misure...

Ci sarebbe a imparare, dal Sud, come hanno sottolineato alcuni ricercatori in equità e salute.⁽¹⁷⁾

L'Unione africana ha istituito i Centri africani per il controllo e la prevenzione delle malattie (Ccd) e ha seguito la strategia di collaborazione messa in pratica nel corso dell'epidemia di Ebola in Africa occidentale del 2013-16. Del resto nelle nazioni africane, Covid-19 va gestito insieme a febbre di Lassa, febbre gialla, colera, morbillo e molti altri. In genere, laddove applicate, le misure di confinamento generale, oltre all'opportuna chiusura delle frontiere, hanno avuto breve durata per ragioni di sopravvivenza. Molti paesi africani hanno applicato restrizioni di viaggio (parziali o complete), riducendo i casi importati; così è stato più facile identificare e isolare i casi iniziali e i loro contatti e limitare le sacche di trasmissione. Comunque, la maggior parte delle misure di mitigazione della Covid-19 introdotte in Africa sono state meno stringenti di quelle applicate in Europa e negli Stati Uniti, in gran parte perché il distacco sociale e l'isolamento non erano fattibili in molte parti dell'Africa a causa della povertà e dell'eccessiva dipendenza dal settore economico informale per il sostentamento della popolazione in molti paesi. In compenso, in diversi paesi le misure hanno badato molto al coinvolgimento delle comunità, essenziale per canalizzare le informazioni e guidare gli operatori sanitari di base. Si è provveduto piuttosto a isolare con un cordone sanitario le località più colpite, evitando chiusure generali nefaste (oltre che forse inutili), ma lasciando le persone libere di circolare al loro interno, insistendo sulle misure igieniche e sulle distanze e facendo appello alla responsabilità delle persone. Un caso è stato il Benin. Come per altri paesi africani, intorno al mese di giugno gli osservatori esprimevano inquietudine ritenendo queste misure troppo blande.⁽¹⁸⁾ Tuttavia, il Benin con 11,5 milioni di abitanti registra poche decine di decessi... Benché formalmente siano in vigore le misure di distanziamento fisico e l'obbligo di mascherina (naturalmente lavabile) anche

all'aperto e teoricamente perfino in caso di lavori pesanti,⁽¹⁹⁾ i media del paese hanno dato conto della stanchezza della popolazione rispetto a queste misure. Molti non portano più la maschera, per esempio. Quanto alle cure preventive e precoci, il governo ha raccomandato il binomio idrossiclorochina e azitromicina, ma si usa anche l'apivirina, un farmaco prodotto localmente e usato contro l'Hiv. Molto popolari le tisane a base di artemisia (foglie e radici). L'insistenza sul patrimonio medicinale naturale fa parte del recupero delle tradizioni e della costruzione di uno sviluppo autocentrato, un tema caro all'opposizione progressista.⁽²⁰⁾ Da notare che malgrado l'ottima tenuta del Benin, il governo ha deciso di far vaccinare il 60% della popolazione. Riceverà, dal programma Covix di Oms e partner privati, dosi gratuite del vaccino Astra Zeneca per il 20% della popolazione (la distribuzione è a suo carico), ma il resto sarà interamente a spese dei beninesi. Il Partito comunista del Benin ha scritto una lettera al presidente del paese facendo appunto rilevare tre aspetti.

Una specie di eccezione alla regola è stato il lunghissimo lockdown dell'Eritrea.⁽²¹⁾ «Il Government response stringency index (Grsi, indice della severità della risposta dei governi) è stato elaborato da alcuni ricercatori dell'università di Oxford per comparare le misure adottate dai diversi paesi contro la pandemia da Covid-19. L'indice usa nove indicatori per classificare la severità dei provvedimenti, dalla chiusura delle scuole e dei luoghi di lavoro al divieto di viaggiare. Il paese che è stato più a lungo in cima alla classifica è l'Eritrea. Asmara ha deciso lo stop totale delle attività il 1 aprile 2020, fermando tutti i trasporti pubblici, chiudendo le scuole e sospendendo letteralmente qualsiasi cosa, compresa la pubblicazione del quotidiano di Stato (l'unico del paese), interrotta per cinque mesi.» Lodato dall'Onu per l'approccio fondato sulla comunità e sui volontari, il paese conta pochi morti e i casi positivi riguardano persone rientrate dall'estero. Ma dopo qualche mese, sono piovute le critiche quando si è cominciato a dire che nel paese non c'era un'emergenza sanitaria e non si giustificava un assedio autoimposto. Quando un regime non fa comodo, non si vede l'ora di accusarlo. Nel 2020-2021, è avvenuto per troppo lockdown; o per troppo poco, come vedremo.

...e il contesto

Molti mesi fa, un gruppo di esperti africani, in una ricerca pubblicata sull'*American Journal of Tropical medicine and Hygiene*⁽²²⁾ si chiedevano le ragioni della bassissima mortalità e anche della scarsa diffusione del virus nell'Africa subsahariana: «Il basso numero di casi di Covid-19 non ci sembra dipendere dai pochi test, dovuti alle risorse limitate, perché una escalation sarebbe documentata dalla presenza di cluster di polmonite negli ospedali, che non è stata osservata,

nemmeno in città densamente popolate come Lagos o Nairobi. Un altro punto di vista è che il virus circoli in Africa come altrove ma non progredisca in forme severe. Molti esperti di salute pubblica sono sorpresi che il Cfr (*case fatality rate*, rapporto fra morti e casi accertati) nella regione non sia salito, dato l'alta incidenza di tubercolosi, malaria e altre infezioni, e altre condizioni di base come la malnutrizione e la densità di popolazione negli insediamenti urbani informali con scarsa igiene e servizi igienici. Tuttavia, vale la pena ricordare che le comorbidità sottostanti associate alla malattia grave Covid-19 sono quelle non trasmissibili, meno prevalenti in Africa». (I ben più colpiti sudafricani hanno forse un quadro di salute - e malattia- più simile a quello occidentale?) Infatti, in Africa c'è una relativamente scarsa presenza di obesità, diabete e altre malattie non trasmissibili, pur aumentate negli ultimi decenni per via dell'occidentalizzazione delle diete e degli stili di vita nelle classi medie. Una ricerca condotta nel mese di maggio 2020 su centinaia di anziani in Mozambico ha verificato che il 52% di loro aveva una patologia... ma in percentuali molto inferiori a quelle presentate dagli anziani in Occidente. In particolare: diabete 2%, problemi di cuore 3%, ipertensione 8%, problemi respiratori 35% (per il resto si trattava di problemi articolari e di pelle). La loro preoccupazione principale, in piena pandemia, era l'accesso al cibo...⁽²³⁾

Meno fattori che predispongono a forme gravi e mortali, dunque. E poi la popolazione più giovane, il clima caldo, la possibile immunità preesistente dovuta a una precedente esposizione ad altri coronavirus. Anche se alcuni studiosi hanno iniziato a dubitare dell'elemento anagrafico come spiegazione del successo subsahariano («L'età non è poi un fattore così rilevante», rifletteva il professor Salim Karim, capo del team di esperti Covid-19 del governo sudafricano,⁽²⁴⁾ va detto che la maggior parte dei giovani con presenza di Sars-CoV-2 è asintomatica o ha sintomi lievi. Il clima più caldo diminuisce la trasmissibilità del Sars-CoV-2 in Africa. Come spiegano i già citati ricercatori africani, «nel caso del virus dell'influenza, l'alto carico di malattia in inverno e nelle stagioni più fredde a livello globale è associato alla maggiore vitalità del virus in condizioni di freddo e asciutto con bassi livelli di luce solare e la tendenza delle persone a passare più tempo in casa, migliorando la diffusione. È importante notare che altri virus trasmessi per via aerea emersi nel recente passato, tra cui il Sars-CoV-1 nel 2002, il virus dell'influenza H5N1 altamente patogeno nel 2005 e il coronavirus della sindrome respiratoria del Medio Oriente (Mers-CoV) nel 2012, hanno causato pochi casi in Africa. C'è stata un'ampia trasmissione del virus nei cammelli dromedari africani, il serbatoio naturale, ma pochi casi umani acuti in Kenya e nella regione».

È probabile che nella combinazione di questi fattori si trovi il segreto della

ridotta gravità della malattia in Africa. Durante una conferenza stampa online organizzata da Oms Africa, il professor Ifedayo Adetifa, epidemiologo clinico keniano, spiegava che «questa smentita delle fosche previsioni si deve a un insieme multifattoriale che è e sarà oggetto di ricerca. L'Africa ha risposto bene non solo per l'elemento demografico che certo conta, la giovane età della stragrande maggioranza dei suoi abitanti, ma anche perché nella popolazione sono presenti anticorpi per virus analoghi, e poi sicuramente i casi mortali hanno riguardato le persone più anziane e quelle che presentavano patologie croniche». Secondo un approfondimento della rivista *Jeune Afrique*,⁽²⁵⁾ l'abitudine a far fronte alle epidemie con mezzi scarsi e il ricorso obbligato a terapie semplici e poco costose hanno avuto un grande ruolo, insieme alla presenza di medici ed esperti di grande competenza, già messi alla prova in precedenza. Per non dire della vita all'aria aperta... mentre in Occidente si è accentuata la dimensione casalinga e virtuale delle giornate. Da ricordare, fra i vari esempi di soluzioni igieniche efficaci con mezzi scarsi, oltre al ricorso ad artigianali rubinetti a pedale come a Timor Est (*vedi oltre*) per far fronte all'imperativo di lavarsi le mani (molto saggio per le malattie infettive), i progetti dell'organizzazione non governativa Antenna specializzata in tecnologie avanzate ma appropriate. Ha introdotto la tecnologia per la produzione locale di soluzioni disinfettanti Watasol a partire dallo strumento che permette di potabilizzare l'acqua in loco.

Burkina Faso

Burkina Faso, quasi 20 milioni di abitanti, 150 morti ufficialmente attribuiti a Covid-19: dati di inizio aprile 2021. Un anno prima, viste le notizie allarmanti all'estero, il governo rispolvera il dispositivo di gestione delle epidemie già messo a punto per Ebola (2013-2014). In realtà le emergenze nel paese sono altre. Un milione di sfollati a causa degli attacchi terroristi, con il conseguente pericolo di carestia e la chiusura di 130 dispensari. Intervenedo online a un appuntamento dell'International Centre for Journalists, il dottor Brice Bicoba, coordinatore nazionale per la risposta alla Covid-19 in Burkina spiegava che accanto alle misure non sanitarie per prevenire la circolazione comunitaria (fra le quali un periodo di chiusura, non solo delle frontiere ma dei trasporti, delle scuole e dei mercati), le misure sanitarie hanno puntato sull'identificazione dei casi positivi (isolati in quarantena, le loro case disinfettate), sul decentramento della diagnostica e delle terapie, sull'aumento dei laboratori. E intanto si sono avviate ricerche cliniche su terapie tradizionali, ma parallelamente si ricorre alla combinazione azitromicina-idrossiclorochina e alla fine del 2020 il direttore dell'Unità di ricerca clinica di Nahoro a nome del governo annuncia i buoni risultati del relativo studio clinico, chiamato Chloraz.

Scriva la volontaria Grazia Le Mura da Bobo Dioulasso: «Il primo tratto evidente del volto del Covid-19 in Burkina è che, almeno al momento, non ha lo stesso grugno aggressivo mostrato in Europa. Un caso? Un altro ceppo? Una mutazione? Oppure semplicemente perché qui in Africa, abituati a contrastare la malaria e ad assumere farmaci a base di cloroquina, si è più forti nel fronteggiare l'aggressione del corona? Il caldo, come sfianca tutto e tutti, ha sfiancato pure lui? In tutto il Burkina, al suo arrivo, si registravano dai 40 °C in su. Mi viene poi da pensare all'abitudine, iscritta nel Dna dei burkinabè, di contrastare epidemie di diversa entità: dall'ebola alla meningite, alla varicella, alla rosolia (in questi giorni sono stati registrati molteplici casi di varicella e rosolia). E all'uso costante della fitoterapia (qui chiamata "farafin-fura") per la prevenzione di ogni tipo di malattia (...). Il "*restez à la maison*" (restate a casa) per il periodo iniziale è rispettato pagando un alto prezzo. Qui si mangia se si lavora e se non si lavora non si mangia. Non c'è né il frigo pieno, né il conto in banca che mi dà un minimo di sicurezza». Un ritratto di buona parte del continente al tempo del virus. Dopo un anno, il timore è sempre l'affollamento negli ospedali, con la sottrazione di posti e personale alle cure di altre patologie endemiche nel paese: malaria, malnutrizione e infezioni respiratorie. Così il governo continua a insistere su distanziamento, lavaggio delle mani e mascherine, lamentando una stanchezza da parte della popolazione. Ma chi resisterebbe così a lungo con il volto coperto in un clima come quello, e magari facendo un lavoro pesante? Un peso indispensabile?

In Burundi...

Le misure intraprese da questo piccolo ma popoloso paese della regione dei Grandi laghi meriterebbero uno studio. Eccole, nell'elenco gentilmente offerto dalla comunità burundese a Roma (che aderisce al Movimento degli africani): «Chiusura delle frontiere, in particolare l'aeroporto di Bujumbura, per circa 6 mesi. Misure di lavaggio delle mani prima di entrare nei negozi, mercati, chiese, mezzi di trasporto, scuole. Riduzione del 50% del costo delle saponette per favorire il lavaggio delle mani. Tamponi gratuiti soprattutto nelle città. Più celebrazioni eucaristiche al giorno per agevolare il distanziamento nelle chiese. All'apertura delle frontiere sono state disposte altre misure: chi parte per il Burundi deve aver fatto un tampone 72 ore prima dell'imbarco con esito negativo; deve prenotare online un albergo tra quelli indicati dallo Stato per la quarantena obbligatoria di 7 giorni; all'arrivo all'aeroporto, tutti i passeggeri sono accompagnati con mezzi predisposti verso gli alberghi scelti con la scorta della polizia; rimangono in quarantena per 7 giorni senza contatto con i loro parenti ed amici; appena arrivano in Burundi fanno un primo tampone. Anche il capo dello Stato e la sua

delegazione si sottopongono alla quarantena al rientro di visite effettuate negli altri paesi. Chi viene testato positivo riceve una cura adeguata e tutti guariscono. Prima di uscire dal paese è obbligatorio aver fatto un tampone con esito negativo. Mascherine obbligatorie nei bus, taxi. Il Burundi non ha fatto il lockdown, le attività sono rimaste aperte salvo l'aeroporto. Si registrano ufficialmente sei morti da Covid-19». Una cautela selettiva che ha dato i suoi frutti.

La ricetta del Madagascar e...

Nell'isola abitata da oltre 26 milioni di persone, le autorità hanno decretato un lungo lockdown precoce, prima di avere anche un solo morto attribuito a Covid-19. Distanziamento sociale, scuole chiuse, maschere obbligatorie fuori casa nelle città (gli inadempienti puniti con ore di lavoro comunitario, come in alcuni paesi asiatici). Dopo qualche mese le misure sono state allentate ma non appena si è registrato un aumento dei casi di coronavirus (non necessariamente di ammalati) sono tornate almeno in certe aree a luglio. Queste mancate attività hanno prodotto un costo sociale durissimo, in un anno funestato da una siccità gravissima che non vede fine da anni, nel Sud, e da inondazioni nel Nord. Eppure in un servizio fotografico⁽²⁶⁾ del mese di febbraio 2021, l'autore, zimbabwano che vive ad Antananarivo, mostra come stranezza la tendenza da parte di abitanti dei villaggi e della periferia a... non indossare mascherine all'aperto. Hanno «abbassato la guardia visti i pochi casi nel paese, o semplicemente sono stanchi delle regole pandemiche». Peraltro nelle sue foto accanto a ragazze in bici o per strada senza mascherina, si vedono bimbetti venditori di ortofrutta che invece la indossano, come quelli a scuola. In ogni caso, malgrado la diligenza, il governo malgascio si è attirato ugualmente commenti saccenti da parte dei media internazionali e di esperti a vario titolo. Da un lato perché ha osato proporre per primo un rimedio africano naturale contro il coronavirus; dall'altro perché nel mese di dicembre non si è messo subito in coda per ricevere dosi del vaccino nel quadro dell'iniziativa Covax portata avanti dall'Oms, dall'iniziativa Cepi e dalla Gavi Alliance per distribuire 2 miliardi di dosi di vaccino, di cui 1,3 miliardi riservate a 92 paesi a reddito basso e medio, entro il 2021. Le spese di distribuzione saranno a cura dei singoli paesi. Il Madagascar, che aveva tempo fino al 7 dicembre per iscriversi nella lista dei paesi beneficiari, ha preferito aspettare. Alla fine di marzo 2021, quando i morti erano poco più di 400 ma le varianti rendevano più difficile la gestione ospedaliera, il presidente del paese ha accettato l'offerta di vaccini (che ovviamente non saranno obbligatori), sperando che «si possano individuare quelli in grado di contrastare le varianti». Ma quali?

Nel frattempo, il debutto internazionale della medicina anti-coronavirus a base di piante ai tempi del coronavirus è avvenuto in Madagascar – paese del

resto noto per l'abbondanza delle piante medicinali e terzo esportatore mondiale di oli essenziali. Nella seconda metà di aprile 2020, nel contesto della crisi da Covid-19, il presidente del Madagascar Andry Rajoelina spiegava che il suo paese era disposto a donare ai «popoli fratelli» un «rimedio tradizionale migliorato messo a punto dall'Istituto malgascio di ricerche applicate (Imra)». Il rimedio, utile a scopo di prevenzione e di cura e distribuito alla popolazione del paese, è a base di artemisia (pianta utilizzata tradizionalmente per la cura delle patologie delle vie aeree superiori e per il sostegno al sistema immunitario, nonché antico rimedio per la prevenzione e la terapia della malaria), ravintsara (pianta malgascia dalle proprietà antivirali) e altre erbe. In seguito è stata sviluppata la Cvo+, formula in capsule.⁽²⁷⁾

Nel 2021, la variante sudafricana del coronavirus è sbarcata (letteralmente, dalle isole Comore) in Madagascar. È più virulenta, rapida nel decorso e attacca gravemente anche giovani (in genere, in presenza di altre patologie). Le autorità raccomandano di rivolgersi ai medici ai primi sintomi. I trattamenti precoci sono gratuiti e funzionano.

...la fitoterapia africana, speranza trascurata. Mancano i fondi

Fitoterapia e medicina tradizionale sono ufficialmente riconosciute in Africa. In 14 paesi è stata autorizzata la commercializzazione di 89 prodotti della farmacopea tradizione che hanno soddisfatto standard internazionali e nazionali; 43 sono stati inclusi nella lista dei farmaci essenziali. Ora sono parte dell'arsenale per trattare pazienti con un'ampia gamma di patologie, compresa la malaria e le infezioni opportunistiche. E l'80% della popolazione prima o poi fa ricorso a questo tipo di rimedi, economico, autogestibile e, se scelto oculatamente, senza effetti collaterali; il tempo della pandemia non fa eccezione. Davanti al caso Madagascar, il 3 maggio 2020, l'Oms (che non è finanziata da erboristi) redige un comunicato sibillino: «L'Oms sostiene la medicina tradizionale scientificamente provata». E mette in guardia contro la «disinformazione sull'efficacia di certi rimedi proposti senza i minimi requisiti e prove di qualità, sicurezza ed efficacia, perché possono dare un falso senso di sicurezza e distrarre dall'igiene delle mani e dal distanziamento fisico.» Comunque finalmente, a livello ufficiale, nel mese di settembre il Comitato regionale di esperti sulla medicina tradizionale per Covid-19, creato da Oms, Africa Centre for Disease Control and Prevention e Commissione dell'Unione africana per gli affari sociali, ha approvato un protocollo per la sperimentazione clinica in fase 3 della medicina naturale a base di piante per Covid-19.⁽²⁸⁾ Il Comitato è formato da 25 membri che significativamente provengono da dipartimenti di salute pubblica, mondo accademico, programmi di medicina tradizionale, autorità di regolazione, mondo medico, organizzazioni della società civile. Sperimentazioni cliniche sono in corso in diversi paesi africani: alla fine di febbraio, Benin, Burkina Faso, Camerun, Etiopia, Gha-

na, Madagascar, Mali, Nigeria, Congo Rdc, Guinea, Guinea equatoriale, Nigeria, Sudafrica, Uganda, Togo. Spiega Oms Africa: «I risultati preliminari pre-clinici sulla sicurezza e sull'efficacia sono molto incoraggianti; tuttavia diversi istituti di ricerca sono fermi alla fase 1 e 2, soprattutto a causa della mancanza dei fondi necessari per passare alla sperimentazione su ampia scala che darebbe sufficienti dati e prove scientifiche così da permettere un ampio uso dei prodotti». Dunque, «è cruciale mobilitare le risorse necessarie per il sostegno alla fase 3 e per la produzione locale». Per Nceba Gqaleni, specialista di terapie tradizionali all'Africa Health Research Institute, «Covid-19 presenta un'opportunità cruciale per investire in questo tipo di medicina, ma sembra difficile trovare i fondi per investire nel settore». L'Africa, economicamente funestata dal 2020, non ha a disposizione decine di miliardi per la ripresa e resilienza. Così, è possibile che - salvo eccezioni – nelle nude mani dei suoi abitanti rimangano solo i rimedi verdi semplici, senza una trasformazione manifatturiera che li potrebbe rendere più efficaci.

3. TANZANIA, IL BERSAGLIO DI TURNO. RICOSTRUZIONE DEI FATTI

Fra i «principi elementari della propaganda di guerra» (ai quali la storica belga Anne Morelli venti anni fa ha dedicato un libro) efficacissima è la demonizzazione dell'avversario di turno, al quale si attribuisce ogni genere di terribili parole, opere, omissioni e pensieri. E in quella che molti politici occidentali hanno chiamato «la nostra guerra a Covid-19 con la quale stiamo scrivendo una pagina di storia» (naturalmente senza ammettere una sconfitta decretata dai numeri), di certo la Tanzania è stata fra i bersagli, fin dallo scorso mese di giugno 2020. Ma cominciamo dalla fine. Dalla sera del 17 marzo 2021, quando in una chat del Movimento degli africani in Italia appaiono in rapida sequenza quattro notizie che riguardano l'Africa. In Niger un gruppo di qaedisti (frutto avveleNato della guerra del 2011 in Libia) uccide 58 persone. In Mozambico a Capo Delgado, jihadisti (che infettano il paese da qualche tempo) uccidono bambini di fronte alle loro madri. Il tribunale di Milano assolve gli imputati Eni per l'inquinamento in Nigeria.

Morte di un presidente

La quarta notizia riguarda la Tanzania. La morte del presidente John Pombe Magufuli, avvenuta all'ospedale Mzena di Dar es Salaam dove era ricoverato da tre giorni; lo era già stato il 6 marzo, poi dimesso. È la vicepresidente Samia Suluhu Hassan (ora presidente, in virtù del dettato costituzionale) ad annunciare il decesso per i gravi problemi cardiaci (fibrillazione atriale) dei quali Magufuli soffriva da dieci anni - aveva anche un pacemaker. I media internazionali riferiscono la notizia con malcelata soddisfazione e in questi termini: «Il presidente negazionista ucciso dal Covid». Insomma il perfetto boomerang contro un uomo che era nel mirino mondiale e, per la posizione che gli veniva attribuita, era soggetto da mesi a pressioni e accuse fortissime: di certo poco favorevoli alla salute. Un esponente dell'opposizione, citato con dovizia da un quotidiano italiano, ha parlato di «giustizia poetica»: quanto a senso della carità e del rispetto per i morti, non c'è male. I dubbi interessati circa le cause della morte sono facilitati dalle difficoltà comunicative di cui ha dato prova fin dal giugno 2020 il governo tanzaniano. Magufuli in effetti non compariva in pubblico da settimane (gli ultimi ordini che aveva dato si riferivano a nuove inchieste contro la corruzione). Ma quello che colpisce è l'atteggiamento neocoloniale dimostrato nei confronti della Tanzania da autorità internazionali, organismi non governativi e media mainstream che hanno rivelato, come scrive il sito il semplicissimus, «l'esistenza di un nuovo ordine coloniale pandemico».

Non negazionista ma critico sulle misure anti-Covid

Nel 2020, la ricerca di un gruppo di esperti africani, focalizzata sull'Africa subsahariana,⁽²⁹⁾ si soffermava sulla bassa mortalità e sul numero limitato di forme serie di Covid-19 nel continente africano - indipendentemente dalla rilevanza della circolazione asintomatica del virus, che rappresenta la quasi totalità dei casi... e che già in ottobre poteva aver coinvolto ben il 10% della popolazione mondiale.⁽³⁰⁾ Le caratteristiche di questo specifico patogeno lo rendevano poco adatto a colpire massicciamente in Africa, per varie ragioni: fra queste – ma non solo – la giovane età, il clima, la vita all'aperto e la scarsa presenza di malattie cronico-degenerative. Una interpretazione confermata successivamente da diversi altri studi. Ma vediamo perché, malgrado questo contesto, il governo della Tanzania e il defunto presidente si sono attirati più di altri l'attenzione insistente e critica di media stranieri, organizzazioni non governative e organizzazioni sanitarie internazionali. Tutti invece così indulgenti, quando non compassionevoli, rispetto ai paesi del Nord del mondo malgrado l'evidente fallimento nella gestione del coronavirus. Ecco una succinta storia dell'ultimo anno.

Prevenzione e precauzione nella primavera 2020. Ma niente panico

Le misure messe in essere dalla Tanzania, 56 milioni di abitanti, nella prima fase (marzo-maggio) sono riassunte in un articolo apparso sul *Journal of Development Policy Review* (Jdpr) dal quale attingiamo.⁽³¹⁾ Va detto che, per la Tanzania, l'Imperial College di Londra – un'istituzione di ricerca specializzata... nel fornire previsioni catastrofiche che anche in occasione di epidemie del passato sono state poi smentite dai fatti - aveva «minacciato» con modelli matematici ben 112mila morti da Covid se non fossero state messe in atto misure appropriate.⁽³²⁾ Comunque le misure sono state prese. Il primo paziente Covid-19 confermato nel paese è del 16 marzo 2020. Di fronte alle terribili notizie in arrivo dall'Occidente e in particolare dall'Italia, le autorità sanitarie introducono provvedimenti per contenere la diffusione. Chiusura di scuole, college e università; stop ai raduni sportivi e musicali, agli eventi politici e comunitari; introduzione delle quarantene per gli ammalati e creazione di centri ospedalieri Covid. Nel frattempo, ai cittadini vengono raccomandate precauzioni come l'igiene delle mani, il distanziamento fisico, evitare spostamenti non necessari e indossare la mascherina. Insomma ancor più di quanto chiedesse l'Oms... che all'epoca chiedeva di riservarla ai soli ammalati e sanitari.⁽³³⁾ La maggior parte dei tanzaniani si adegua. Il presidente John Magufuli spiega che è stato rafforzato il sistema sanitario (scegliendo un approccio decentrato). Dunque, sono introdotte varie misure per frenare la diffusione del virus, salvo il confinamento e le chiusure. Le attività lavorative continuano, i mercati rimangono aperti. Niente lockdown e

chiusure, per evitare danni ulteriori all'economia già provata dalla contingenza mondiale e l'impoverimento dei tanti lavoratori che ogni giorno escono di casa per compiere attività nel settore informale. La scelta è dettata anche, si spiega, dall'impossibilità di ipotizzare la durata dell'emergenza. Al tempo stesso, le autorità del paese insistono molto sulla necessità di evitare la panicedemia... Che nei paesi occidentali più colpiti dall'emergenza sanitaria ha contribuito al disastro, inducendo le persone a comportamenti poco sani e provocando una corsa negli ospedali. E rimbalzando in altri continenti.

Nei mesi successivi...

Dopo vari mesi di misure, con il rallentamento dei casi accertati di infezione, agli inizi di giugno viene ordinata la riapertura degli istituti scolastici e di un certo numero di attività sociali. Le restrizioni vengono eliminate, ma alle persone viene raccomandato di mantenere misure di igiene e cautela, e di privilegiare cibi e medicine naturali. Il paese viene dichiarato Covid-free e i conteggi si fermano a 509 casi totali di positività al Sars-CoV-2 e a 21 decessi. All'Oms non si comunicano più dati. Ecco il primo errore di... comunicazione che verrà pagato. I morti, che sono quello che conta, sono pochissimi anche in diversi altri paesi subsahariani, che non hanno fermato i conteggi e così non si sono attirati strali. Anche negli altri paesi, il lockdown viene sostituito da misure ad hoc per evitare la miseria più nera. Ma, appunto, Magufuli è troppo esplicito. E comincia a essere definito «negazionista del Covid-19» da media, Ong, opposizione ed esperti internazionali. In realtà, al di là dei toni, occorre piuttosto parlare di scelte autonome di gestione della pandemia. Altro errore: il presidente avanza una critica plateale all'affidabilità dei tamponi che attestano la positività al virus. Non significa negare il virus. Ma non importa, agli occhi di un mondo incattivito che non tollera facilmente, fra l'altro, che altri paesi non siano piombati nel caso Covid.

Nei mesi successivi, un reporter olandese basato a Nairobi si propone di verificare lo stato delle cose in Tanzania,⁽³⁴⁾ dal momento che, scrive, «in Kenya e in Sudafrica si lamentano carenze di letti d'ospedale per coloro che hanno sviluppato sintomi gravi». Viaggia a luglio su mezzi pubblici affollati con la sua mascherina solitaria che lo fa sentire un po' alieno, frequenta negozi e laboratori aperti, trova una Dar-es-Salam non diversa dall'epoca pre-Covid e visita due cimiteri (ricordando le sue esperienze in precedenti emergenze in Zambia e Angola) ma trova solo una nuova tomba a giugno: «Se ci fosse un'epidemia nel paese come negli Stati Uniti o in Brasile, ci sarebbero molte più tombe recenti». Anche all'ingresso dell'ospedale principale di Dar es-Salaam, nessun segno di panico, nessuna ambulanza avanti e indietro, nessun letto all'estero. Tutti gli operatori sanitari, ma anche le guardie, indossano mascherine. Chissà perché, gli impiegati

pubblici indossano anche i guanti. Stranezze. A novembre 2020, successivamente alle elezioni, su un articolo⁽³⁵⁾ riguardante la «restrizione dell'informazione» in Tanzania e chiaramente non favorevole al presidente e al governo si legge: «Un membro della società civile in Tanzania, che ha scelto di parlare in modo anonimo a causa delle leggi repressive, ha detto che inizialmente era scettico sulla dichiarazione del governo riguardo ai casi di Covid, ma ora ci crede: “Negli ultimi due mesi, ci sono stati raduni politici a tutti gli effetti e sempre con più di 500 persone... Eppure i morti che vengono riportati sono nella norma, non si può equiparare a quello che sentiamo da altri paesi in giro». Dunque anche gli oppositori dovevano ammetterlo. Una situazione «asintomatica» (malgrado la possibile presenza del virus) che ricorda l'India, dove centinaia di migliaia di agricoltori in protesta intorno a New Delhi e anche nei loro Stati di origine, non hanno determinato un aumento della crisi.

A dicembre, diversi medici e operatori umanitari presenti nel paese hanno risposto a una serie di domande online.⁽³⁶⁾ Riassumendo: i test per rilevare la presenza del virus Sars-CoV-2 vengono in gran parte fatti negli aeroporti (e i pochi che risultano positivi sono messi in quarantena fiduciaria) o a persone con sintomi, ma i casi di positività sono pochi. Dunque, i test vengono usati, ma non in massa. I decessi hanno coinvolto persone anziane e/o con gravi malattie. I pazienti vengono curati con cortisone, azitromicina, eparina, oltre a trattamenti specifici per eventuali malattie sottostanti. Lusekelo Mwambebule, direttore del laboratorio di Singida on c'è un aumento delle polmoniti rispetto agli anni precedenti, e nessuna variazione significativa nella loro distribuzione tra bambini piccoli, pazienti molto anziani o con gravi malattie associate, e adulti senza altre patologie. Negli stessi campi di rifugiati provenienti da Burundi e Congo Rdc non si registrano morti strane o in eccesso. Anche un pediatra italiano che vive nel paese da 40 anni spiega che nella sua zona non si rileva un aumento delle malattie respiratorie rispetto agli anni precedenti, non si fanno test e non si indossano maschere. Questo a dicembre.

Ovviamente hanno agito i vantaggi fisiologici e naturali di paesi come la Tanzania – età della popolazione, condizioni climatiche prive di inverno, distanziamento naturale in molte aree, stile di vita all'aperto e alimentazione non tossica: insomma proprio quei fattori che mancano nei paesi nei quali Covid-19 dà luogo a molti casi gravi. La Tanzania non è mai stata chiusa al turismo (quello naturalistico è una fonte di reddito e di occupazione; nel 2020 sono arrivati dall'Europa dell'Est anziché da quella dell'Ovest). Naturalmente vigono in aeroporti, hotel e mezzi di trasporto turistici regole di prevenzione, anche perché i paesi di provenienza dei visitatori sono ad alto livello di rischio. Qui il dilemma risultava evidente: rinunciare, per chissà quanto tempo, a un'attività economica, senza

poter trovare migliaia i miliardi sostitutivi come in Europa e Stati Uniti; oppure rischiare e tenere aperte le frontiere all'ingresso di stranieri? Peraltro, considerando che i parchi della Tanzania sono fra i migliori al mondo, forse potrebbe avere buone prospettive un eco-turismo virtuale: documentaristi, guardaparco, comunità locali potrebbero realizzare video «dal di dentro» (incontri ravvicinati con animali e piante), scaricabili a pagamento da parte di chi, lontano dalla Tanzania, non vi si può/vuole recare per ragioni di costo o di ecologia (prevenzione dell'eccesso di viaggi aerei).

Tanzania fase 3: dissidente nel mirino

Nei primi mesi del 2021, Oms, esperti, media, Ong insistono che l'Africa non è più risparmiata dal virus Sars-CoV-2 anzi dalla malattia Covid-19. Tuttavia i paesi subsahariani (escluso il Sudafrica) rimangono agli ultimissimi posti nella classifica mondiale sulla mortalità e delle forme gravi (e questo, ripetiamo, è quello che conta). E l'offensiva si indirizza sulla Tanzania, anche con una certa malizia e con l'aiuto dell'opposizione locale, sconfitta alle elezioni dello scorso autunno. Qui leggiamo:⁽³⁷⁾ «La portata di un'eventuale epidemia in Tanzania non è chiara, ma il Sudafrica, che ha all'incirca la stessa popolazione, ha subito quasi 50mila morti per Covid-19». Ma si tratta di un confronto non scientifico: i dati «congelati» della Tanzania andavano piuttosto relazionati con quelli dichiarati via via da vari altri paesi sub-sahariani, i quali tuttora ufficialmente registrano, a differenza di Sudafrica e Nordafrica, una mortalità molto bassa, come si può facilmente verificare.⁽³⁸⁾ Il governo del paese ha giustamente rifiutato una narrazione ansiogena, tanto più inadeguata vista la situazione; ma soprattutto, ha forse minimizzato eccessivamente la circolazione del virus (inevitabile tanto più con le frontiere aperte) invece di spiegare che la stessa circolazione, in condizioni come quelle tanzaniane, e se le persone sono curate precocemente, ha un impatto certo inferiore a quello di altre patologie diffuse nel continente. Ma Magufuli ha anche espresso dubbi sui programmi di vaccinazione a tappeto anti-Covid previsti da meccanismi internazionali ai quali per ora la Tanzania non ha aderito. Una posizione intollerabile agli occhi degli allineati.

Pratiche di salute e rafforzamento del sistema immunitario

Alla fine di gennaio 2021, il presidente sostiene infatti che i vaccini potrebbero essere «inappropriati» e invita il governo a non correre ai programmi di inoculazione finché non si hanno notizie precise anche sul piano anche della sicurezza.⁽³⁹⁾ Il 1° febbraio il ministro della sanità Dorothy Gwajima a Dodoma dichiara che il ministero non ha in programma di procurarsi il vaccino Covid -19 già in uso in altri paesi. «Il ministero ha la sua procedura su come ricevere qualsiasi medicinale

e lo facciamo una volta che possiamo dichiararci soddisfatti del prodotto».⁽⁴⁰⁾ E Gwajima aggiunge: «Attraverso gli esperti, il ministero sta lavorando allo sviluppo di rimedi naturali». La responsabile della sanità si sofferma sulla prevenzione e sul rafforzamento del sistema immunitario con l'igiene e la nutrizione (nelle foto, sul tavolo della conferenza campeggiavano alimenti semplici, noti per le loro proprietà antivirali). Tutto questo è in linea con quanto gli esperti di salute sostengono da tempo. Ecco le parole di Gwajima: «Dobbiamo migliorare la nostra igiene personale, lavare le mani con acqua corrente e sapone, usare fazzoletti, vapore alle erbe, fare esercizio, mangiare cibo nutriente, bere molta acqua, e ricorrere ai rimedi naturali di cui la nostra nazione è dotata». Anche in seguito, vengono esortati i tanzaniani all'esercizio fisico e a proteggere gli anziani, gli obesi e le persone con condizioni di base. Si ribadisce l'importanza di diete equilibrate, con un'attenzione in più alle verdure e alla frutta. Anche l'uso di rimedi tradizionali che sono stati registrati dal Traditional and Alternative Health Practice Council deve essere preso sul serio.

L'offensiva contro Magufuli e il governo

Peraltro, le autorità tanzaniane tornano a suggerire ai cittadini di indossare le mascherine nei luoghi a rischio elevato, per proteggersi in generale dalle infezioni che si trasmettono per via aerea, compresa la tubercolosi.⁽⁴¹⁾ In ogni caso nel mese di febbraio 2021, media, organizzazioni non governative, funzionari internazionali e l'opposizione locale anche espatriata partono all'offensiva. L'apice viene raggiunto in questo articolo del 28 febbraio, sul *Guardian*.⁽⁴²⁾ Da Johannesburg, il corrispondente scrive di medici che anonimamente parlano di ospedali strapieni senza meglio specificare, di «parenti addolorati delle vittime di Covid-19, esperti di salute e politici dell'opposizione in Tanzania accusano il presidente John Magufuli di aver causato migliaia di morti nel paese dell'Africa orientale e di aver minato la lotta contro la pandemia in tutto il continente». In una frase sola, due accuse pesantissime e senza la minima prova. Migliaia di morti? Si vedrebbero... molte volte abbiamo visto, in altri contesti di tipo bellico: accuse stratosferiche poi verificatesi false, a guerra fatta.

Un medico del centro di analisi del coronavirus a Zanzibar sostiene che più di 80 casi sono stati registrati sull'isola da metà dicembre a inizio gennaio, «ma non siamo autorizzati a rilasciare i dati». Domanda: nei due mesi che seguono cosa è successo, visto che l'articolo è di fine febbraio? In sé, 80 casi di positività se anche fossero accertati non sembrano preoccupanti e non si parla di morti. I media attingono anche ai social, come agli account twitter che chiedono di «fermare la pazzia di Covid-19 in Tanzania»⁽⁴³⁾ e fanno appello a sanzioni: un'attivista residente nel Regno Unito si distingue per veemenza, denuncia al solo quotidiano

Guardian la morte del padre 82enne (con diagnosi di polmonite) e chiede all'Unione europea di congelare, come ha fatto la Danimarca per altre ragioni, i fondi per lo sviluppo.⁽⁴⁴⁾ Si arriva a chiedere apertamente agli altri capi di Stato africani e alla comunità internazionale di mettere le redini (*sic*) a Magufuli... Si veda per esempio questo articolo del *Guardian*,⁽⁴⁵⁾ nella sezione Opinion-Global Development la quale, come è scritto sotto il titolo, è sostenuta dalla Bill&Melinda Gates Foundation. Insieme al governo degli Stati Uniti, esprime preoccupazione la Chiesa locale, sostenendo che i sacerdoti stanno officiando funerali molto più di prima e diversi sacerdoti e suore sarebbero morti con sindromi respiratorie (l'ultimo, che era in condizioni già precarie, con una diagnosi di infezione polmonare batterica), anche se «certezze non ce ne sono perché ai defunti non è stato fatto il test per il coronavirus».

Il 20 febbraio, il direttore generale dell'Oms coglie l'occasione del decesso di due politici e scrive al governo della Tanzania:⁽⁴⁶⁾ «Estendiamo le nostre condoglianze alle nostre sorelle e fratelli tanzaniani per la recente scomparsa di un alto leader tanzaniano e del segretario generale del governo. Alla fine di gennaio, mi sono unito alla dottoressa Matshidiso Moeti, direttrice dell'Oms per la regione africana, nel sollecitare la Tanzania ad aumentare le misure di salute pubblica contro Covid-19 per rompere le catene di trasmissione e a prepararsi alla vaccinazione (...). Un certo numero di tanzaniani che viaggiano nei paesi vicini e oltre sono risultati positivi al Covid-19. Questo sottolinea la necessità che la Tanzania intraprenda un'azione robusta sia per salvaguardare la propria gente e per proteggere le popolazioni di questi paesi (...). Covid-19 è una malattia grave che può causare gravi patologie e persino la morte». In pratica, «non fate agli untori», per poco non si evoca il genocidio imminente... Pochi giorni dopo, il presidente tanzaniano Magufuli ripete l'esortazione ai cittadini di prendere precauzioni e di indossare, se occorre, maschere fatte in loco. Lo stesso fa il ministro della Sanità, come riferiscono i media locali. Le richieste igieniche includono il lavaggio frequente delle mani con sapone e acqua corrente o, nell'impossibilità, l'uso di disinfettante. E, finalmente, l'Oms loda la Tanzania. Dimenticando che le misure di contenimento, in particolare il rafforzamento delle difese del corpo, sono sempre state suggerite. Ben più che in Italia, per esempio.⁽⁴⁷⁾ Dal canto suo, il ministro della salute di Zanzibar in un suo appello dell'11 marzo 2021 ricorda implicitamente che esistono altre malattie – ha incontrato un rappresentante dell'Oms a proposito dell'eradicazione del colera: «I problemi respiratori che colpiscono alcuni tanzaniani non sono necessariamente legati all'infezione da coronavirus: c'è chi sperimenta queste complicazioni ma viene testato e risulta negativo; e altri che sono positivi eppure non hanno alcun sintomo».⁽⁴⁸⁾ Una differenza, fra presenza del virus e sviluppo della malattia, che troppo spesso è

trascurata. E sul vaccino? «Non sarà accettato finché gli esperti non verificheranno la sua buona qualità e saranno pronti a usarlo solo se la malattia continuerà a esistere nel paese». Non sono forse parole di buon senso?

Quanto alle malattie respiratorie. Leggiamo nelle conclusioni di una nota tecnica su «Tendenze, modelli e cause della mortalità per malattie respiratorie tra i pazienti ricoverati in Tanzania, 2006-2015. Dunque pre-Covid»: «In Tanzania sono una proporzione importante di tutte le cause di morte in ospedale. Polmonite e tubercolosi sono la causa di oltre i tre quarti delle morti dovute a patologie respiratorie. La maggior parte di esse sono evitabili, ed è dunque importante rafforzare la capacità del sistema sanitario di gestire i casi».⁽⁴⁹⁾ Ricordiamo poi che i paesi più colpiti dal coronavirus hanno trascurato i due pilastri: la prevenzione con il rafforzamento del sistema immunitario (e in Tanzania si insiste su quello), e le cure precoci a domicilio che sono anche alla portata di tutti, e le più economiche – in Occidente sono state boicottate a tal punto dalle autorità che sono nati gruppi di medici e attivisti per dare una mano, gratuitamente, ai cittadini (*vedi Parte 3*).

Pesanti pressioni per la vaccinazione di massa: giustificate?

La pressione sulla Tanzania era volta a introdurre, oltre alla vaccinazione di massa, più massicce misure di contenimento. Ma quali? Molti paesi del Nord che hanno avuto mesi di lockdown e hanno introdotto le maschere obbligatorie dovunque e anche per strada, hanno elevatissimi tassi di mortalità attribuiti a Covid-19 (un caso emblematico e attuale è la Repubblica Ceca). Del resto, nel mese di ottobre 2020 lo stesso inviato speciale dell'Oms per Covid-19, Navid Nabarro, parlava chiaro: «Lanciamo un appello ai leader de mondo affinché smettano di usare i lockdown come misura principale di controllo».⁽⁵⁰⁾ Ormai la quasi totalità dei paesi (a maggior ragione chi non ha un'elevata mortalità) non attuano più chiusure drastiche e confinamenti di popolazione.

Sul lato dei vaccini, agli inizi di marzo in Africa erano quattro gli Stati ribelli ai quali si chiedeva di tornare all'ovile. Il programma Oms per l'immunizzazione e lo sviluppo dei vaccini spiegava... *paziente*: «La Tanzania e il Madagascar sono stati chiari nel non voler partecipare all'iniziativa Covax, mentre Burundi ed Eritrea hanno indicato che stanno ancora esaminando la documentazione (...) Gli esperti di salute pubblica hanno invitato questi paesi a seguire le prove scientifiche e a dare ai loro cittadini la possibilità di scegliere se vogliono essere vaccinati».⁽⁵¹⁾ I paesi in questione – che ovviamente ormai sono destinati ad allinearsi – ragionavano sulla sicurezza dei vaccini, ma si potrebbe anche aggiungere che anche rischi minimi verrebbero amplificati nella somministrazione di vaccini alla quasi totalità della popolazione. E siccome il vaccino ha come obiettivo evitare al

vaccinato le forme gravi, ci si chiede se una vaccinazione a tappeto in paesi che di forme gravi ne abbiano avute poche, sia un investimento giusto, anziché quello di trovare forme strutturali di prevenzione e cura. Comunque il ditino alzato, dall'Oms e da altri attori internazionali, contro i politici al governo tanzaniano è (era) anche questa: se la popolazione non viene vaccinata, questo metterà in pericolo anche altri paesi: «Gli esperti temono che le politiche di John Magufuli possano minare il programma vaccinale in Africa» scrive il *Guardian*. Insomma un pericolo per l'Africa. E perché? Perché un'ipotetica variante tanzaniana potrebbe rendere inefficaci i vaccini che saranno presto distribuiti nel continente.⁽⁵²⁾ Insomma, dagli all'untore. Accusa fondata? No. La variante tanzaniana è solo ipotetica. E soprattutto, occorrerà comunque tempo per vaccinare tutta l'Africa, perciò le varianti avrebbero tutte la possibilità di diffondersi, qualunque posizione assuma la Tanzania. Inoltre, non si conosce l'efficacia dei vaccini sulle varianti, nessuno sa (e i dubbi vengono da più parti, compresi i produttori) quanto tempo duri l'immunità del vaccino, ed è dubbio che il vaccino blocchi o meno la trasmissione (e quindi la diffusione) dell'infezione.

Per esprimere meglio l'infondatezza dell'accusa mossa alla Tanzania (non vaccinandovi metterete in pericolo gli altri paesi), segnaliamo che recentemente il Direttore generale della prevenzione del Ministero della Salute in Italia, nazione fra le più colpite al mondo, ha spiegato:⁽⁵³⁾ «Non stiamo vaccinando per l'immunità comunitaria ma per proteggere la popolazione a rischio e rendere gli ospedali Covid-free (...). L'obiettivo dell'immunità comunitaria al momento è lontano per almeno tre motivi. Innanzitutto bisognerebbe avere la certezza che i vaccini che stiamo usando blocchino la trasmissione conferendo un'immunità sterilizzante. Poi bisognerà capire qual è la popolazione che sostiene la circolazione del virus, e questo ad oggi è tutt'altro che chiaro, non sappiamo quale sia questa popolazione. Un'altra variabile è la durata della protezione. Non sappiamo per quanto tempo una persona sarà protetta dopo la vaccinazione. Pertanto, per ora, non stiamo parlando di immunità comunitaria». Ed ecco il virologo responsabile del coordinamento Covid-19 della regione Puglia: «Questi vaccini non prevengono se non in minimissima parte la circolazione del virus».⁽⁵⁴⁾ Preoccupante poi l'orizzonte vaccinale perenne prospettato da un alto rappresentante diplomatico dell'Ue: «Non sappiamo ancora se i vaccini in circolazione saranno sufficienti a sradicare Covid-19. È possibile che dovremo vaccinare ogni anno o anche più di una volta all'anno a causa delle mutazioni del virus, ma nessuno lo sa ora, nemmeno le autorità sanitarie».⁽⁵⁵⁾ Confermato da una super-esperta, Sharon Peacock, a capo di Covid-19 Genomics UK (Cog-UK) che ha sequenziato la metà di tutti i nuovi genomi del coronavirus finora mappati a livello globale. Spiega alla *Reuters* che ci sarà bisogno ogni anno di un richiamo della vaccina-

zione anti Covid: «Dobbiamo renderci conto che dovremo fare sempre dosi di richiamo; l'immunità al coronavirus non dura per sempre».⁽⁵⁶⁾

Davanti a questo scenario sorgono tante domande. Come farebbero i paesi che non hanno a disposizione una pioggia di miliardi per fronteggiare la crisi (come Europa e Stati Uniti), a vaccinare ogni anno tutta la popolazione o comunque gran parte? Solo una parte delle dosi arriva gratis, e in ogni caso l'onere della distribuzione e somministrazione a milioni di cittadini grava sui paesi beneficiari. Per non parlare del fatto che il vaccino Pfizer-BioNTech va mantenuto a meno 70 °C.⁽⁵⁷⁾ Non finisce qui. Impossibile non richiamare gli effetti collaterali della vaccinazione a tappeto del 60-70% della popolazione mondiale come sembrerebbe essere nelle intenzioni, effetti che diventano più probabili quanto più aumenta il numero di vaccinati. E si può evocare un altro rischio: che campagne di vaccinazione condotte durante il dilagare dell'epidemia (come in genere non avviene) possano poi accelerare l'emergere di forme di varianti ancora più infettive. Allora c'è chi ha suggerito di accompagnare tutta la campagna vaccinale con un lockdown forte: «Se il coronavirus circola in maniera sostenuta fra la popolazione già vaccinata, che sta sviluppando la risposta immunitaria, questo può facilitare l'emergere di ceppi virali resistenti agli anticorpi generati dal vaccino. In altre parole potrebbe accadere che nuove mutazioni prodotte in maniera spontanea e casuale, le quali normalmente, in gruppi di persone non vaccinate non prenderebbero piede, diventino invece prevalenti».⁽⁵⁸⁾ Una chiusura e un confinamento suonano però impossibili da pretendere dall'Africa, e ormai anche altrove: non per il tempo lungo di una campagna vaccinale. Infine è lecito pensare che le spese sostenute da donatori privati e pubblici, per fornire al continente africano parte delle dosi di vaccino necessarie (magari le eccedenze), saranno sottratte ai fondi futuri per la cooperazione internazionale... Intervenedo a un seminario dell'Oms sulle vaccinazioni nei paesi africani e latinoamericani, la sindaca di Free Town, capitale della Sierra Leone, senza volerlo (o forse volendolo) ha spiegato cautamente alcuni nessi: «Nel mio paese per fortuna registriamo 70 morti in tutto dall'inizio dell'emergenza» (la Sierra Leone ha 7,65 milioni di abitanti), eppure «abbiamo bisogno dei vaccini, anche perché nessun viaggiatore verrebbe in un paese non vaccinato». Improvvisamente con la morte di Magufu li le accuse alla Tanzania sono cadute. E media e autorità internazionali influenti hanno finto di non vedere gli assembramenti di folle immense, in lacrime, senza mascherina, in tutto il paese per omaggiare la salma. Nessuno si è chiesto, a settimane di distanza, come mai non c'è una strage?

4. I PAESI DELL'ALLEANZA ALBA E ALTRE COMUNITÀ. LA SALUTE DI BASE E L'INGEGNO

Cuba, Venezuela e Nicaragua. I paesi dell'Alleanza Alba (Alleanza bolivariana per i popoli della nostra America) hanno optato per misure diverse nella reazione alla crisi, ma in comune hanno avuto la cura, l'attenzione territoriale casa per casa, l'organizzazione... Idem per le comunità indigene. La crisi è, dunque, stata prevalentemente di ordine economico e sociale.

Cuba maestra: la salute porta a porta, anzi internazionalista

L'isola di Fidel ha un modello di medicina territoriale molto efficiente e ha registrato «in proporzione, cento volte meno morti del Perù o di Miami, grazie a un solido sistema pubblico, con il maggior numero di medici pro capite al mondo, la mobilitazione di migliaia di studenti di medicina, casa per casa, nella cosiddetta "ricerca attiva", la capacità di coinvolgere tutti i fattori comunitari in caso di emergenza, un complesso biomedico che produce tutti i farmaci preventivi e curativi che sono stati utilizzati nella crisi».⁽⁵⁹⁾ Sono tre turisti italiani, ahinoi, a portare il virus a Cuba, l'11 marzo 2020 e ad ammalarsi. E pochi giorni dopo l'isola di Fidel consente l'attracco (negato da vari altri paesi) alla nave da crociera Ms Braemar con centinaia di passeggeri e alcuni casi positivi al Sars-CoV-2, organizzando il trasferimento su voli charter per il rimpatrio. Fin da gennaio è pronto un piano di prevenzione e controllo. Il 20 marzo il governo annuncia lo stop all'arrivo dei turisti (quelli presenti vengono rimpatriati man mano), misure di restrizione per le persone vulnerabili, il lavoro da casa laddove possibile, lo spostamento dei lavoratori su attività essenziali, misure per le fasce più deboli della popolazione, gruppi comunitari di aiuto per le persone vulnerabili e anziane. E il 21 marzo medici e infermieri cubani arrivano negli ospedali di Crema; altre squadre partono alla volta di paesi del Sud, in difficoltà. Del resto, la missione medica internazionalista di Cuba è una sua costante fin dai primi anni di rivoluzione, con milioni di interventi chirurgici eseguiti, migliaia di dispensari tenuti aperti, presenza in emergenze assolute come i terremoti in Pakistan e Haiti;⁽⁶⁰⁾ per non dire della scuola di medicina per studenti stranieri aperta in patria, e dell'accoglienza dei bambini bielorussi vittime del fall-out radioattivo di Chernobyl, un programma che non smise nemmeno dopo il crollo dell'Urss. Ma per la prima volta la Brigada Médica Henry Reeve ha dovuto aiutare un paese occidentale ricco, piegato dagli errori di gestione presenti e passati nonché dalla mancanza di umiltà, peccati mortali che hanno trasformato la crisi in emergenza. Non che ci sia stata molta gratitudine: nel 2021 al Consiglio dei diritti umani dell'Onu, l'Italia come

membro di turno ha bocciato una risoluzione che chiedeva la rimozione delle sanzioni unilaterali a un gruppo di paesi fra i quali appunto Cuba.

La risposta di Cuba alla crisi in patria conta cinque caratteristiche principali: «Un sistema sanitario pubblico universale che privilegia la prevenzione, con una rete di medici di famiglia responsabili della salute comunitaria che vivono fra i loro pazienti; un'industria biofarmaceutica orientata alle necessità della salute che produce il 70% dei farmaci che si consumano nel paese e che vengono esportati; l'esperienza dell'isola in materia di difesa civile, riduzione del rischio di disastri e controllo delle malattie infettive, con una capacità riconosciuta di mobilitare risorse umane grazie a una rete di organizzazioni popolari comunitarie; un'esperienza, nel controllo delle malattie contagiose, che viene "esportata" in altri paesi e comunicata a studenti stranieri; l'internazionalismo medico cubano». ⁽⁶¹⁾ Insomma, far leva su quello che si ha: «Fin dall'inizio è stato chiaro che la prima opzione strategica non potevano essere i test di massa, non disponibili rapidamente. Lo era invece la salute di base.»

La ricetta è la «prevenzione porta a porta», coinvolgendo medici e infermieri di base (Cuba per 11 milioni di abitanti conta oltre 26mila medici di famiglia); mobilitati anche migliaia di studenti. Il sistema sanitario nazionale cubano raggiunge ogni angolo del paese; propugna un modello di medicina familiare affiancato da centri ospedalieri, clinici, chirurgici, istituti e ospedali in tutte le 15 province e policlinici nei 168 municipi. La partecipazione comunitaria è centrale. Forse anche per questo l'isola ha un indice molto basso di malattie trasmissibili... Prevalgono semmai le malattie croniche tipiche del Nord del mondo. Ed è la stessa logica che guida il programma contro Covid-19: «Educare e mobilitare le persone intorno a principi di disciplina, cooperazione e solidarietà, mantenendole costantemente informate e capaci di partecipare». Il monitoraggio di base è cruciale anche per individuare rapidamente i contatti dei casi sospetti, testati e isolati a domicilio. Gli ospedali sono proprio l'ultima chance. Un po' il contrario di quanto è avvenuto in Italia, con l'ecatombe che conosciamo.

La popolazione è stata classificata in quattro gruppi: apparentemente sani, persone con fattori di rischio di malattie, ammalati e persone in via di guarigione (si tratta di quattro categorie che ovviamente possono presentare livelli di complicità diversi). Con l'aumento dei casi nelle settimane seguenti, il governo ha allestito alcune strutture pubbliche per mettere velocemente in quarantena i casi sospetti, mentre i casi confermati sono stati ricoverati e i loro contatti tracciati e isolati. Certo condurre i test è costoso e questo, insieme alla riduzione dei proventi del turismo, è poco sostenibile nel lungo periodo. Solo a settembre il governo ha annunciato l'allentamento di alcune restrizioni, annunciando la riapertura del trasporto pubblico locale, di bar e di ristoranti.

Di fronte a questa riconosciuta capacità di sistema, che comprende anche la mobilitazione spontanea della popolazione e la sua capacità di autoregolamentarsi, possono sembrare eccessive certe misure precauzionali come le maschere anche all'aperto (in un paese dal clima caldo-umido) e nelle scuole e uno schema capillare di strumenti di confinamento, e la prevista vaccinazione di massa per ogni persona... Tuttavia, l'inventiva cubana è stata dimostrata anche questa volta. Per esempio, per mantenere la distanza, i bambini del paese caraibico erano seduti alternativamente sul lato lungo e sul lato corto del banco a due posti. Nel frattempo, in Italia, sono stati spesi milioni di euro per acquistare singoli tavoli che non sono arrivati in tempo o si sono rivelati inadeguati al lavoro (un altro caso di corruzione all'italiana).

Nicaragua, la scelta indipendente

Il Nicaragua ha 6,5 milioni di abitanti. Dati ufficiali di metà ottobre 2020: 23 morti per milione di abitanti, decessi totali 153 (e casi di positivi al virus totali 4225). Dati ufficiali agli inizi di marzo: decessi totali 174 (e casi totali 6500). Insomma, la «conta dei morti» se confrontata con i paesi vicini è sufficientemente eloquente. A molti mesi dall'inizio della crisi, gli ospedali hanno un numero limitato di pazienti Covid-19. Nelle strade le persone prendono precauzioni e una parte indossa le mascherine, ma è evidente che la pandemia non è la preoccupazione principale. La Pan-American Health Organization (Paho) ha dichiarato che il Nicaragua ha i tassi di mortalità fra i più bassi nelle Americhe». Le politiche del governo nicaraguense differiscono da quelle dei vicini. Il paese si è preparato per tempo, attrezzando 19 ospedali con quanto necessario per trattare le malattie respiratorie severe, formando 36mila operatori, introducendo controlli sanitari alle frontiere, organizzando visite casa per casa, tracciando i contatti della maggior parte dei casi noti, e approntando una linea telefonica per dare assistenza e consigli a chi riteneva di avere sintomi. All'inizio, l'opposizione e i media internazionali hanno cercato di provocare panico nella popolazione con stime e previsioni preoccupanti. E agli inizi di aprile, una lettera di dodici medici statunitensi e un costaricano pubblicata dall'influente rivista medica *The Lancet* bollava la risposta all'epidemia da parte di Managua come «irresponsabile» prevedendo un gran numero di malati gravi e il conseguente collasso del sistema ospedaliero. Basandosi sulle informazioni provenienti dal media locale di opposizione, *Confidencial*, si sovrastimavano i numeri di casi e di malati e sottostimava la disponibilità di attrezzature mediche come i ventilatori. Si ignorava anche il fatto che la Inter-American Development Bank di recente ha classificato il Nicaragua al secondo posto in Centramerica e al quarto in America latina quanto a investimenti nel campo della salute. Poco dopo era una rete di associazioni coordinate

fra gli altri dal Partito dei socialisti europei a pubblicare una lettera di centinaia di medici nicaraguensi che ammoniva i cittadini a «rimanere a casa» e il governo a introdurre contenimento e confinamento.⁽⁶²⁾ E tuttavia, anche nel caso del Nicaragua le fosche previsioni sono state smentite.

Malgrado la non chiusura di tutte le attività. Il governo ha spiegato di dover adattare le misure internazionalmente suggerite alla sua realtà sociale, economica e territoriale: «Il Nicaragua non ha imposto un lockdown, sostenendo che le sofferenze sarebbero state maggiori in questo caso, perché molti nicaraguensi che devono ogni giorno lavorare per vivere non avrebbero potuto adempiere. Il picco della pandemia ha coinciso con la stagione delle semine, per esempio. I paesi confinanti hanno imposto lockdown rigidi provocando manifestazioni e molte difficoltà, multe e repressione. Poi hanno dovuto allentare le restrizioni malgrado l'aumento dei casi di positività, perché il danno era troppo grande».⁽⁶³⁾ Niente lockdown ma visite casa per casa, con quarantena per i casi sospetti; a questo si aggiunge l'età relativamente giovane e un accurato controllo agli ingressi internazionali.

Il video *Nicaragua: A un año de la pandemia* (su YouTube) rende l'idea della peculiarità dell'approccio. Da un lato la capillarità dell'intervento sul lato sanitario. Dall'altro il paese «a differenza di altri che hanno chiuso frontiere, scuole, attività e hanno applicato lockdown parziali o totali, la nazione centroamericana non si è paralizzata nella paura che avviluppava quasi tutto il mondo». Si attribuisce il basso livello di mortalità e infezione anche alla vaccinazione di massa contro la tubercolosi, un patologia batterica. Tuttavia, questa vaccinazione viene effettuata anche in paese che hanno avuto un'alta mortalità. Il Nicaragua «ha investito sulla prevenzione e, quindi, anche sulla comunicazione diretta al suo popolo sui comportamenti da seguire. Lo ha fatto attraverso i media tradizionali e i social media e con brigate di volontari coordinati dal ministero della salute, che si sono recati casa per casa, anche nei luoghi più remoti, ad informare su profilassi da tenere, comportamenti da adottare, sintomi da rilevare e procedure da osservare. Due milioni e 843mila visite dirette in un paese che conta con poco più di 6 milioni di abitanti. Un metodo, quello delle brigate inviate in ogni dove del paese, che dalla prima campagna di alfabetizzazione del 1980 ad oggi, rappresenta l'essenza dell'impostazione culturale del rapporto tra sandinismo e popolo nicaraguense: il cittadino va dalle istituzioni ma anche queste si recano dal cittadino. Nella salute, lo schema adottato risponde al decentramento dei servizi medici in tutto il paese, alla costruzione in ogni provincia di ospedali, centri di cura e di assistenza medica per coprire l'intero territorio e servire l'intera popolazione».⁽⁶⁴⁾

Venezuela, il punto forte degli investimenti sociali

Il paese bolivariano ha approfittato dell'esperienza consolidata della consegna di cibo a domicilio (con il sistema detto Clap) per mettere in atto, anche prima di Cuba, un confinamento precocissimo sulla cui indispensabilità è lecito dubitare; ma ha prevalso la cautela, considerando le difficoltà del sistema sanitario. Il paese ha dimostrato una grande capacità organizzativa e di mobilitazione, anche di fronte al ritorno di molti cittadini che negli anni precedenti erano emigrati nei paesi vicini. Ci si è occupati anche di loro. Sul piano delle misure, è stato subito elaborato un protocollo di farmaci per il trattamento extraospedaliero della malattia, mentre in Italia è arrivato a fine anno ed è stato deludente. Dall'inizio di marzo 2020, quando il paese non registrava un solo caso di positività al coronavirus (i primi due il 13 marzo) e quando l'Organizzazione mondiale della sanità suggeriva ancora l'uso di maschere solo per i pazienti e il personale sanitario, nel paese bolivariano, a livello delle *comunas* (organizzazioni popolari di base) e in coordinamento con il governo nazionale, è iniziata la produzione popolare di *tapaboca* (si chiamano così...) in quantità. E il paese è stato anche, come ha spiegato Yoselina Guevara, corrispondente in Italia del *Correo del Alba* (un media di approfondimento della politica internazionale e latinoamericana), all'avanguardia nel monitoraggio elettronico della pandemia, anche in riferimento alla salute mentale dei venezuelani, al tempo di una inedita, improvvisa, totale quarantena, così poco rispondente alle abitudini sociali di una popolazione abituata alla mobilitazione e al lavoro collettivo in esterni.

Haiti: smentita la cronaca del disastro annunciato

La prima Repubblica ad aver abolito la schiavitù ha 11 milioni di abitanti e 252 decessi attribuiti a Covid-19 (dati del 9 aprile 2021). Dall'altra parte del confine, nella vicina Repubblica Dominicana, con lo stesso numero di abitanti e una maggiore prosperità, la pandemia ha ucciso quasi dieci volte di più. Eppure anche per Haiti (che ha lo status di osservatore nell'Alleanza Alba) i modelli matematici avevano previsto il disastro. Dopo il primo caso importato confermato, il 19 marzo, gli epidemiologi internazionali lanciano l'allarme e prevedono fra i 2mila e i 20mila morti a causa del sistema sanitario debole, del sovraffollamento e del distanziamento impossibile nonché, dicono, dello scetticismo delle persone rispetto al virus. Niente di tutto ciò. Gravi sono stati piuttosto gli effetti collaterali, socioeconomici, sanitari e nutrizionali delle pur limitate misure emergenziali. Come riferivano giornalisti haitiani nel mese di agosto⁽⁶⁵⁾ la maggior parte delle persone minimizzava, sospettava una manovra politica delle autorità per ottenere fondi internazionali altrimenti magari negati, e rifiutava di andare in ospedale privilegiando la medicina tradizionale. Eppure il copresidente della commissio-

ne multisettoriale della gestione di Covid-19 rilasciava un'affermazione surreale: «In un contesto come questo, ogni caso di febbre è un caso di Covid-19. Non sono casi isolati, ma piuttosto una contaminazione massiccia». Ma siccome sono scarseggiati i morti e i feriti gravi, stavolta la reazione popolare non ha potuto essere bollata come un'espressione del fatalismo creolo maturato in grandi tragedie. Anzi, con un po' di ottimismo, qualcuno ha detto che la crisi sanitaria potrebbe offrire l'occasione per ripensare il paese, sviluppare l'agricoltura e la resilienza climatica, garantire l'accesso alle cure anche perché i ricchi non hanno più potuto partire per farsi curare all'estero.

Per evitare importazioni virali, attualmente le autorità chiedono un test negativo al coronavirus a chi entra nel paese.⁽⁶⁶⁾ Ma per il resto, non c'è e non ci può essere vero distanziamento sociale, le mascherine sono indossate da pochi e le regole introdotte non sono applicate con rigidità. Dopo aver introdotto l'obbligo di mascherina nei luoghi pubblici a maggio, le misure hanno cominciato a rilassarsi a luglio. Il governo si premura di dare il «buon esempio», tanto che le mascherine sono obbligatorie nelle istituzioni pubbliche. Non è stato prolungato lo stato di emergenza nazionale e vengono riaperte scuole, chiese e frontiere internazionali. Deve meravigliare che gli haitiani se si ammalano presentino solo sintomi blandi e la mortalità sia così bassa? Un approfondimento del mese di dicembre, con diverse interviste a esperti locali, ha provato a fare il punto.⁽⁶⁷⁾ Intanto, Medici senza frontiere (Msf) ha chiuso il suo centro di trattamento Covid-19 dopo solo tre mesi di attività. Negli ultimi mesi, anche altre unità hanno chiuso, e i piani di trasformare gli stadi di calcio locali in ospedali sovradimensionati non si sono mai concretizzati. «Non si ammalano al punto da dover essere ricoverati. Sinceramente non ho una spiegazione del perché. Non possiamo dire che il virus non è in circolazione e non credo che Haiti abbia un virus diverso che sta circolando» ha spiegato l'Ong internazionale. E la Pan American Health Organization si affrettava a sottolineare che «il virus continua a circolare nel paese. Significa che il rischio c'è; ci sono casi ogni giorno che vengono confermati dal laboratorio di Haiti». Un'altra ricercatrice spiegava: «In questo momento non abbiamo alcuna idea della prevalenza di Covid-19 nel paese, né sappiamo quale percentuale della popolazione ha avuto la malattia. Le persone in gran parte non si sono presentate agli ospedali per il trattamento dei loro sintomi, quindi non vengono testate (...). È comune sentire la gente della periferia rurale dire: "Sì, tutti l'hanno avuta qui. Tutti hanno avuto l'influenza e hanno avuto la febbre per un paio di giorni, ma abbiamo bevuto il nostro tè e poi siamo stati bene"». La tendenza a evitare i medici non spiega il minuscolo tasso di mortalità. Haiti ha una popolazione giovane e meno persone con condizioni di salute sottostanti malattie cardiache, pressione alta, diabete.

Comunità indigene, Ande, Chiapas, Amazonia...

In diverse comunità di base in America Latina - sia nelle Ande che in Chiapas - il lavoro capillare dei volontari e l'autodifesa dal basso utilizzando le risorse biologiche del territorio sono stati fondamentali.⁽⁶⁸⁾ Racconta un medico italiano che vive in Chiapas da tempo: «Il Comando generale dell'Ezln (Esercito zapatista di liberazione nazionale) ha dichiarato in allarme rosso tutte le zone sotto il suo controllo. Nessuno poteva uscire o entrare nelle comunità, e specialmente chi rientrava da zone turistiche (per esempio i giovani venditori) era obbligato alla quarantena. Ma quello che ha salvato la maggior parte delle persone è stato, anche in quest'occasione, il lavoro dei *promotores de salud* (potremmo tradurre: operatori per la salute). L'unico sistema era andare casa per casa, dove ci fossero segnali di malattia da coronavirus. Certo un lavoro difficile e pesante, perché in ogni famiglia c'è sempre, tutti i giorni, qualcuno che ha un problema respiratorio, una bronchitella, un raffreddore con febbre... però siamo riusciti a organizzarci. Abbiamo costruito un protocollo "scalzo" e siamo riusciti a dotare ogni gruppo di *promotores* di un saturimetro che permette di valutare la presenza di ossigeno nel sangue, e quindi di far diagnosi... perché tutte le diagnosi sospette per coronavirus le abbiamo fatte e continuiamo a farle su base clinica, cioè sullo studio dei sintomi... e basta. Fatta la diagnosi i *promotores* tornavano a visitare il paziente almeno due volte al giorno e a controllare l'andamento della malattia (...). Isolare il malato? Attuare tutte le misure di riduzione del contagio? Impensabile! Nelle abitudini della comunità è impossibile pensare di lasciar sola la persona che soffre. Si innesca automaticamente un meccanismo di intervento del guaritore, della persona che conosce l'uso di piante medicinali, di preghiere e veglie che comunque hanno sempre affiancato, e mai ostacolato, il lavoro nostro e dei *promotores de salud*. Intanto abbiamo messo a punto e utilizzato con successo un protocollo di cura, utilizzando farmaci di facile reperibilità e di costo accessibile... e insomma... finora ce l'abbiamo fatta». Ed ecco una forma di rilocalizzazione dei consumi che l'isolamento ha facilitato: molte comunità di Oaxaca hanno deciso di chiudersi e anche in questo momento permettono solo l'accesso al cibo, ai prodotti di base, e le chiudono alle imprese transnazionali, per esempio Pepsi, Coca-Cola.

Amazonia ecuadoriana, Sarayaku. Nel film di Arte *Le grain de sable dans la machine*, il leader della comunità indigena spiega: «Avevamo paura ma non era certo la nostra prima pandemia. Abbiamo avuto vaiolo, morbillo... sifilide, nei 500 anni dalla conquista ci hanno portato molte malattie. C'è stato il virus della colonizzazione, dello sfruttamento, della distruzione (...) e anche noi umani siamo virus, distruggiamo la Terra, siamo una pandemia. Questa è una lezione per riflettere e immaginare un nuovo futuro».

5. L'ASIA DEI NUMERI BASSI

Nella classifica mondiale dei decessi le variabili in gioco sono diverse. Ci sono fattori imprescindibili quali il livello di salute e le caratteristiche generali della popolazione. E ci sono gli interventi messi in essere. Molti paesi asiatici sono riusciti a fermare la diffusione del virus in tempo, intervenendo quando il tracciamento delle infezioni era possibile per via di numeri limitati, e organizzando spazi dedicati. Un fattore chiave è stato certamente il divieto di importazione del virus. La Corea del Nord non registra alcun caso ufficiale. Il paese, già non apertissimo, ha deciso di proteggersi chiudendo in maniera assoluta, fin da subito, le frontiere di terra e i voli aerei e sospendendo dunque il traffico passeggeri internazionale. Tanto che alla fine di febbraio 2021, alcuni diplomatici russi con le loro famiglie, in tutto otto persone compresa una bimba di tre anni, per tornare in Russia, dopo aver viaggiato dalla capitale in treno per 32 ore e poi in bus per 2 ore fino alla frontiera russa, hanno percorso – piuttosto divertiti – l'ultimo chilometro, sul ponte ferroviario sul fiume Tumannaya (che divide la Corea del Nord dalla Russia) su un carrello su rotaia, spinto dal terzo segretario dell'ambasciata, Vladislav Sorokin.

Se della Corea del Nord non si sa molto, del modello cinese davanti al coronavirus si sa tutto. Forse. In ogni caso, è evidente che una strategia di isolamento domiciliare aggressiva come quella che ha interessato la provincia dello Hubei non sarebbe stata possibile quasi in nessun'altra parte del mondo. La Corea del Sud ha invece rifiutato massicce misure di quarantena, nessun blocco generalizzato dei trasporti e nessun divieto di uscire di casa. Il governo coreano si è concentrato sul cosiddetto *contact tracing*, cioè l'identificazione, l'esame e l'eventuale isolamento di tutti i contatti avuti dalle persone cosiddette contagiate. Si può fare all'inizio, quando i casi sono pochi. Ha protetto personale sanitario e anziani. Ha circoscritto i focolai imponendo un isolamento controllato in un gran numero di strutture protette o a casa per molte persone risultate positive. Si è così evitato il collasso negli ospedali con quel che segue.

Giappone, l'età non è tutto, dopotutto

Nell'attuale crisi sanitaria, il dato anagrafico non è un fattore assoluto. Lo conferma il Giappone. Il paese più vecchio del mondo, che ha ben 126 milioni di abitanti, ha avuto una bassa mortalità: 62 morti per milione di abitanti secondo i numeri di inizio marzo 2021 (ricordiamo sempre che l'Italia è vicina ai 2mila).⁽⁶⁹⁾ Contano il funzionamento capillare del sistema sanitario e l'organizzazione sociale, il senso civico e i *mores* delle persone, fattori essenziali a vari livelli: prevenzione, conte-

nimento, cura dei malati, cura sociale. Insieme all'efficienza dei sistemi sanitari territoriali hanno giocato la messa in campo di sistemi di tracciamento e isolamento dei primi casi e contatti.

Laos, Cambogia, Vietnam: mortalità zero vicino alla Cina

Diversi paesi asiatici registrano zero morti o quasi, grazie alla capillare presenza sanitaria sul territorio, a una buona comunicazione ai cittadini e a tempestive e circoscritte misure di contenimento della circolazione virale. Fra questi, alcuni Stati praticamente a ridosso della Cina. E lo stesso Vietnam con i suoi 95,5 milioni di abitanti conta (dati di metà marzo 2021) solo 35 decessi, fermi da tempo. Il segreto, in particolare nel popoloso Vietnam? Virtù della forte presenza dello Stato? Un tentativo di risposta in un articolo di Emanuele Giordana, che nell'area ha trascorso i mesi cruciali.⁽⁷⁰⁾ L'articolo mantiene la sua validità perché nei mesi successivi, se Myanmar è andata meno bene (ha comunque pro capite un trentesimo dei decessi dell'Italia) e poi il sanguinoso colpo di Stato militare ha spostato altrove l'attenzione, ma Vietnam, Laos e Cambogia sono passati indenni. Ecco brani dell'articolo: «Sono in particolare i quattro Stati che confinano con la grande Cina Popolare – dunque i più vicini geograficamente al primo focolaio di Wuhan, e a rigor di logica, i più esposti. Come un po' ovunque nel Sudest, vi abitano comunità cinesi della diaspora e, soprattutto, sono crocevia di un intenso via vai commerciale e di una grossa circolazione di persone da e verso la Cina, e si trovano sulla rotta di lavoratori stagionali impegnati nei grandi lavori della Nuova Via della Seta. Eppure, Cambogia, Laos, Vietnam e Myanmar sono tra gli Stati meno colpiti al mondo. È una sorta di mistero perché si tratta di paesi poveri, con evidenti casi di sottosviluppo, malnutrizione, povertà e, soprattutto, con una struttura sanitaria di base – fatta forse esclusione per il Vietnam – fragile e, in diverse aree, inesistente. Come è possibile dunque che siano tra i pochi Stati al mondo a essere sostanzialmente immuni dal virus? Qual è il segreto? Alcune misure di sicurezza sono state prese con estrema celerità appena si è capito che il virus scoperto a Wuhan, non meno di quello della Sars, poteva diffondersi a macchia d'olio. Con l'esclusione della Cambogia tutti hanno chiuso subito le frontiere con la Repubblica Popolare, con una scelta commercialmente dura ma intelligente. Chiuse le vie d'accesso terrestri e in seguito aeree, sono stati isolati anche interi villaggi appena un solo caso di contagio veniva registrato (in Vietnam succedeva già in febbraio) e allestite quarantene in luoghi come i monasteri (in Myanmar) sapendo di avere strutture cliniche troppo fragili. In tutti i paesi i positivi sono stati subito isolati negli ospedali o in luoghi approntati ad hoc ma anche identificati e resi noti (senza il nome) per età, sesso e residenza. Ciò ha permesso di identificare le aree a rischio mentre chi era del posto poteva capire

se fosse entrato in contatto col malato e autodenunciarsi. In Laos si è seguito lo stesso modello mentre la Cambogia (l'unico paese su cui c'è qualche dubbio in quanto a trasparenza dei dati) ha seguito una strada ondivaga: ha inizialmente sottostimato il rischio e tenuto aperte le frontiere consentendo ai cinesi addirittura di passare per la capitale Phnom Penh se dovevano raggiungere dalla Cina altri Paesi. Ma è anche vero che a inizio 2020 le autorità cambogiane avevano registrato un esodo di massa della comunità cinese valutato in 447.676 persone – di cui oltre 300mila con visto long-term – che avevano lasciato il regno al 1° gennaio. I fattori culturali sono stati importanti, quanto la cocente esperienza della Sars, prosegue l'autore: «La tesi più semplicistica è che si tratta di regimi autoritari (Laos e Vietnam), di dittature mascherate (Cambogia) o di “democrazie” imperfette come nel caso del Myanmar, dove i militari, al potere per decenni e che si avvalevano di una struttura di spie diffusissima probabilmente ancora in essere, continuano a dettare legge. Ma è una tesi, che pur avendo le sue basi, risulta riduttiva. Nella maggior parte dei casi sembra semmai aver funzionato una logica cultural-tradizionale di autodisciplina di villaggio dove la salute resta un bene collettivo da preservare (...). Una sorta di disciplina e autodisciplina collettiva collegata anche alla pregressa esperienza della Sars col vantaggio che le autorità hanno preso misure immediate veicolate soprattutto (tv, social media, telefoni) con messaggi chiari e univoci (lo stesso non è avvenuto nelle Filippine, in Indonesia o in Malaysia). Va aggiunto un altro elemento: la trasparenza sui casi di Covid-19. Osservatori, diplomatici e accademici sono abbastanza concordi nel ritenere che la verità sia stata una scelta comune, intelligente quanto necessaria. Lo conferma, nel caso del Vietnam, il dibattito sviluppatosi nel Vietnam Studies Group, un gruppo online di accademici e ricercatori, che ha sostanzialmente confermato il fatto che il paese non ha nascosto i dati». La Cambogia ci ha messo un po' a chiudere le frontiere e a sospendere i visti per i paesi occidentali più colpiti fra i quali l'Italia (e ha anche accolto 2200 passeggeri di una nave da crociera rifiutati da altri paesi); poi ha ristretto i viaggi interni, chiuso i club di divertimento, imposto un isolamento di due settimane per chi è entrato in contatto con il virus, cancellato le celebrazioni di massa e infine aumentato i test ma solo per chi tornava da fuori. Hanno giocato positivamente sia le abitudini culturali della popolazione sia la protezione offerta dalle politiche rapide dei paesi circostanti.⁽⁷¹⁾ Dunque, non lockdown generalizzati ma misure mirate, precoci e rispettate.

Bhutan, precauzioni lassù in montagna

La prevenzione funziona così. Magari non sarebbe stata necessaria, ma non conviene rischiare. E non ha rischiato lo Stato himalayano del Bhutan, 750mila abitanti, già noto per le politiche ecologiste e l'invenzione dell'indicatore della Felicità interna lorda, ha registrato il primo e unico morto l'8 gennaio 2021 (una persona risultata positiva ma già gravemente malata). «Alla prima comparsa del virus, la nazione sembrava particolarmente vulnerabile. Questo paese in via di sviluppo è circondato dai due Stati più popolosi del mondo, l'India e Cina. Ha un confine aperto con la prima ed è una destinazione molto popolare tra i turisti cinesi. Inoltre, molti studenti bhutanesi sono tornati a casa da paesi con moltissimi casi di positività al Sars-CoV-2, prima dei diversi lockdown nazionali (...). La nazione non ha abbastanza dottori (...) mancano ventilatori e dispositivi sanitari di sicurezza. Inoltre, nonostante il paese sia scarsamente popolato, circa un quinto della popolazione vive nelle tre aree urbane più popolate, inclusa la capitale Thimphu».⁽⁷²⁾

Il piano di risposta è stato preparato alla fine di gennaio. Le autorità tenevano continuamente aggiornata la popolazione. Là (come in India, a Cuba e in certi paesi africani) il virus si è presentato con facce occidentali: due turisti statunitensi, agli inizi di marzo. Curati gratis – con visita preoccupata da parte del re. Test e tracciamento su chi era entrato in contatto con loro. E quarantena (a spese del paese) per chi entrava, in strutture organizzate velocemente, con test prima e dopo. Test anche per chi si recava nei centri medici con sintomi influenzali, e per il personale sanitario nonché per i lavoratori lungo le frontiere.⁽⁷³⁾ Il 23 marzo sono stati chiusi i confini, permettendo soltanto l'entrata dei beni essenziali, certo con pregiudizio per l'economia che dipende anche dal turismo. Il governo ha disposto prestiti e aiuti per gli attori economici e i cittadini. Sono stati evitati sia i blocchi economici su larga scala sia il sovraccarico del sistema sanitario. E per occuparsi dei danni psicologici provocati dall'agitazione pandemica, il Bhutan ha messo su un team per la salute mentale. Inoltre migliaia di *desuups* (guardiani di pace), membri di un'organizzazione volontaria nata nel 2011, con uniforme arancione e formati nella difesa contro i disastri naturali, hanno presidiato la frontiera a sud, distribuito beni essenziali e aiutato lo staff medico.

Timor Est, zero morti

La risposta di Timor Est alla pandemia è stata autofinanziata: garantito l'approvvigionamento dei beni e servizi essenziali e un sistema di sussidi. Secondo l'Australian National University, lo Stato ha investito oltre l'8% del proprio Pil.⁽⁷⁴⁾ La popolazione di questo piccolo e povero paese ha seguito le regole di igiene, per esempio grazie alla capillare diffusione del *tippy top*, un rudimentale ed efficace rubinetto a pedale. «Paradossalmente da questo piccolo, lontano e poverissimo

paese arrivano un paio di lezioni in tempo di Covid-19. La prima riguarda il virus, la seconda il ruolo, non certo secondario, della Chiesa. Il primo caso di coronavirus è del 21 marzo ma tre giorni prima Dili aveva già chiuso le frontiere con l'Indonesia, che governa la metà occidentale dell'isola più orientale dell'arcipelago. Scattano subito le restrizioni e il 28 marzo lo stato di emergenza (...). La Chiesa locale ha appoggiato il governo sin dall'inizio, cosa appena ribadita qualche giorno fa. La messa e il servizio religioso si continuano a fare ma via cavo, con la radio, sui social. L'arcivescovo di Dili (...) ha istituito una sorta di comitato pastorale con competenze di psicologia e medicina per sostenere i più deboli. Il comitato lavora con l'aiuto di sacerdoti, suore e volontari e con la locale missione della Caritas. L'arcidiocesi di Dili ha anche fatto provviste per i più emarginati (...).⁽⁷⁵⁾

Siria! Dopo nove anni di guerra...

«Qui abbiamo paura... della povertà» dice semplicemente Joan, un giovane di Damasco, il 6 marzo 2021. Quasi un anno prima, pronunciava lo stesso concetto una madre di famiglia in coda per il pane. Con un totale di poco più di 1100 decessi riferiti a Covid-19 (65 per milione di abitanti, un trentesimo rispetto all'Italia - dati di fine marzo 2021), a essere terribile nel paese non è la crisi sanitaria ma quella economica e sociale. Lo ripetono i siriani, i quali se si ammalano in forma lieve, diagnosticano (perdita di olfatto e stanchezza) e si autocurano da casa. Per il resto la vita prosegue. Alle distruzioni di quasi dieci anni di guerra, alla situazione di milioni di sfollati, alla moneta che appare carta straccia, si sono sommate le misure antivirus internazionali, regionali e nazionali che hanno provocato interruzioni nella catena di approvvigionamento alimentare e le restrizioni al commercio, all'industria e all'agricoltura. I prezzi sono triplicati e molte persone del settore informale hanno perso la propria fonte di reddito. Secondo le stime del Programma alimentare mondiale oltre 12 milioni di siriani sono ora in condizioni di insicurezza alimentare (gli ultimi 4,5 milioni si sono aggiunti nel 2020). Anche il pane distribuito dal governo comporta lunghe file. Con un certo orgoglio il ministro della salute siriano ha dichiarato che – malgrado i gravi danni di guerra al sistema sanitario, esistono 25mila letti in ospedali pubblici e privati; ma nel 2021 in alcune aree i letti erano tutti occupati. Inoltre il sistema sanitario registra un'insufficienza di personale. Nella primavera 2020 era stato imposto un coprifuoco nazionale, alleggerito a maggio. Le mascherine sono richieste negli uffici governativi e sui mezzi di trasporto affollati.⁽⁷⁶⁾ La quantità di casi positivi registrati non è significativa: per carenza di kit per i test, vengono monitorate solo le persone ammalate e ricoverate, non gli asintomatici e i casi lievi, spiega la Mezzaluna siriana. L'apprendimento online rimane difficile in un paese in conflitto, dove internet e fornitura di elettricità non sono stabili.⁽⁷⁷⁾

6. LABORATORIO INDIA, UN SUB-CONTINENTE (E I SUOI CONTADINI)

In questo paese di 1,4 miliardi di persone, 162mila morti attribuiti a Covid-19 alla fine di marzo (117 morti per milione di abitanti) e oltre 12 milioni di persone positive (di quelle testate) al Sars-CoV-2. Dati che non dicono molto, se non che ufficialmente la mortalità è molto più bassa di quella di paesi e popoli ben più ricchi e ben più ligi alle misure. Da un lato, questo genere di patologia infettiva trova nel contesto indiano deterrenti ma anche qualche assist, e una varietà di situazioni problematiche. Dall'altro, l'impatto socioeconomico delle misure anti-Covid è stato devastante e visibile. Dall'India sono arrivate le immagini più impressionanti e quelle più stupefacenti di questo anno all'insegna del coronavirus. Intanto, alla fine di marzo 2020 con il lockdown totale e repentino decretato dal governo nazionalista indù, l'odissea di milioni di lavoratori migranti inurbati che tornano ai loro villaggi con ogni mezzo per evitare la fame da disoccupazione.

Rivelazioni: i contadini indiani in protesta non sono untori

Dopo diversi mesi, invece, la riscossa delle campagne affolla le strade a partire dal 26 novembre 2020, centinaia di migliaia di agricoltori e braccianti si accampano nei pressi della capitale New Delhi in un'epica protesta contro alcune leggi che renderebbero il loro lavoro ancora più difficile avvantaggiando le grandi imprese distributrici a spese dei piccoli produttori. Gli agricoltori si oppongono a una serie di nuove leggi agricole che il governo di Modi ha promosso sotto la copertura della pandemia di coronavirus. Al centro delle proteste c'è la convinzione che, eliminando le protezioni dei prezzi di lunga data per le colture e aprendo il settore agricolo a maggiori investimenti privati, i piccoli agricoltori dovranno affrontare una condanna a morte, e le terre fertili dell'India cadranno nelle mani di alcuni grandi attori aziendali. Nella primavera del 2021, nonostante la repressione, centinaia di arresti e violenze, sono ancora lì e dopo mesi di freddo, devono affrontare il caldo. Del resto, l'impatto della crisi da coronavirus su chi vive di agricoltura è stato molto grave per i divieti di spostamento e la rottura delle filiere. Provenienti da Punjab, Haryana e Uttar Pradesh, ben organizzati e motivatissimi, centinaia di migliaia di agricoltori di diverse età – giovani in maggioranza ma non mancano gli ottantenni e le barbe bianche non sono poche – dormono nelle tende che hanno approntato, marciano, cucinano o digiunano... senza distanziamento sociale, senza mascherine. Un altro mondo. Gli esperti dell'Indian Council of Medical Research, divisione di epidemiologia, inizialmente li additano

come possibili super-untori e prevedono un dilagare dei casi di coronavirus e dei morti, mentre già l'India sembra sperimentare un picco. Ma il gruppo di dottori e volontari che opera negli attendamenti, pur ritenuti «campo fertile per il virus», non si imbatte in alcun sintomo tipico di Covid, malgrado migliaia di visite. I leader anziani della protesta contadina avanzano un'altra spiegazione: «Il livello d'immunità degli agricoltori è forte perché hanno lavorato duramente nei loro campi. I contadini non sono intimoriti dal coronavirus». Altre affollate manifestazioni in appoggio ai contadini si sono svolte agli inizi di febbraio. Nella giornata di blocco stradale del 6 febbraio (chakka jaam) sono stati mobilitati milioni di contadini in più di 3mila centri, in più di 600 distretti dell'Unione. Alla giornata di blocco delle ferrovie (*rail roko*) del 18 febbraio hanno partecipato 600 centri, nella maggior parte degli Stati indiani. È stato per l'India il blocco ferroviario più esteso della storia recente.⁽⁷⁸⁾

E quello che è interessante è che il premier nazionalista indù Modi che pure avrebbe tutto l'interesse ad accusare i contadini di essere untori e di uccidere il popolo indiano... ebbene non ha potuto farlo.

Tre mesi dopo (nel frattempo si sono tenuti grandi raduni elettorali in Bihar e folle di pellegrini si sono assembrati nel festival Kumbh Mela), «non è successo nessuno degli orrori previsti», ha sottolineato in un'intervista Rajib Dasgupta, presidente del Centre of Social Medicine & Community Health della Jawaharlal Nehru University.⁽⁷⁹⁾ Anzi, a livello nazionale dall'inizio del 2021 gli stessi casi di positività al Sars-CoV-2 e i morti riferiti a Covid-19 hanno continuato a scendere (malgrado un numero sempre maggiore di tamponi), ben prima dell'inizio della campagna vaccinale nel gennaio 2021. Per Dasgupta, i raduni di massa potrebbero aver accelerato il processo immunitario presso una popolazione meno sensibile a Covid-19 per via dell'età. Del resto, in un paese nel quale il lavoro informale e senza sicurezze riguarda la stragrande maggioranza della popolazione (per non parlare di quasi due milioni di senzateetto), uscire e mescolarsi è inevitabile se si vuole mangiare.

Nel mese di marzo si assiste a una risalita del numero di casi in alcuni Stati della Federazione, per via della circolazione delle varianti, ma l'impatto sulla mortalità è debole. Le autorità sono comunque preoccupate e il ministro della salute ordina un'indagine per capire le ragioni dei decessi: a) difetto nella sorveglianza sul territorio, quindi malattia scoperta troppo tardi?, oppure b) tardivo inizio delle cure?, o infine c) cure non adatte? In ogni caso, gli esperti stimano che il numero complessivo delle persone entrate a contatto con il Sars-CoV-2 dall'inizio della pandemia sia molto più alto delle infezioni individuate con i test; forse 400 milioni. Quindi soprattutto in certe città il virus si starebbe scontrando con una certa immunità di massa. Di certo la circolazione del coronavirus nella

popolazione indiana è sottostimata: in alcune aree, sulla base della presenza rilevata di anticorpi il 50% della popolazione potrebbe già averlo incontrato, rimanendo del tutto asintomatica o con sintomi molto blandi e quindi non individuata. È una situazione comune a molti paesi. Questo non ha fatto desistere il paese dalla campagna di vaccinazione, forse anche perché è fra i maggiori produttori mondiali di fiale – su licenza; o per il timore del dilagare nelle centinaia di migliaia di villaggi. Il governo ha stanziato l'equivalente di 3,5 miliardi di euro per i vaccini e di 64 miliardi di euro nell'arco di 6 anni per migliorare l'assistenza sanitaria primaria, secondaria e terziaria nel paese. La mortalità rimane comunque nettamente contenuta.

Discussioni intorno alla bassa mortalità

Il ruolo protettivo rappresentato dall'esposizione ad altre infezioni viene controbilanciato dal fatto che molti indiani consumano cibo di qualità discutibile e respirano, nelle città, aria inquinatissima fonte di malattie respiratorie croniche che, secondo il rapporto *State of Global Air*, nel 2019 uccidevano oltre un milione di indiani. Nel 2017, l'ultimo anno per cui è disponibile una stima ufficiale, l'India ha avuto 3200 morti al giorno solo per malattie respiratorie. Il cibo malsano contribuisce all'aumento del diabete e di forme di cancro, che rendono più suscettibili a forme gravi di Covid-19. La bassa mortalità per milione di abitanti in India rispetto ad altri paesi è stata messa in discussione da media internazionali evocando un «disastro invisibile»: il sistema di rilevazione dei dati sanitari è in generale carente. (in epoca pre-Covid in molti casi non veniva riportata la causa sul certificato di morte); inoltre chi muore senza test non verrebbe conteggiato come Covid-19 bensì come vittima di morbidità preesistenti. Ma quanto ai decessi, il ricercatore in salute comunitaria Oommen Kurian ha rimesso le cose in prospettiva con un approfondimento.⁽⁸⁰⁾ È vero che il sistema indiano di sorveglianza dei dati sanitari è carente: nel 2013 un comitato governativo ha trovato che il numero di morti per malaria nel paese fosse molto più alto di quanto stimato, e le morti per tubercolosi il doppio (480mila). (Naturalmente tutto questo non sconvolgeva nessun osservatore internazionale, *prima*: prima del coronavirus). Le debolezze statistiche rimangono, soprattutto nelle aree rurali. Ma la pandemia di Covid-19 in India è attualmente concentrata in pochi stati, ed è di carattere urbano, dunque più facilmente individuabile. Inoltre, prosegue l'analista, l'intero sistema sanitario indiano è stato riprogrammato per individuare la circolazione del virus, contenere le infezioni e trattare i casi spesso a costo di ignorare le patologie di altro tipo. Questo rende il sistema più efficiente nei confronti di Covid-19 rispetto al solito, e le morti in casa meno frequenti. Alcuni decessi possono ancora sfuggire, ma dovrebbero essere numeri limitati.

Del resto, nell'area asiatica, l'India non è affatto un'eccezione in termini di bassi tassi di mortalità o morbilità. I suoi morti per milione di abitanti sono paragonabili a quelli di altri paesi, anche poveri.

Per mettere le cose in prospettiva sui casi sospetti, di difficile catalogazione, nel 2017, l'ultimo anno per cui è disponibile una stima, l'India ha avuto 3200 morti al giorno solo per malattie respiratorie. Infine, tracciare le morti è molto più affidabile rispetto all'individuazione dei casi: impossibile testare a tappeto e di continuo oltre un miliardo di persone e oltretutto con possibili errori (falsi positivi o negativi) che il numero totale enorme renderebbe più frequenti. Le speculazioni circa le possibilità che tutto cambi, che siano colpiti il 5% di anziani e le aree rurali, rimangono lamenti anticipati, non analisi. Molti media occidentali devono ancora venire a patti con il fatto che i loro fantastici sistemi sanitari non hanno potuto prevenire il disastro, mentre alcuni paesi più poveri sembrano aver fatto molto meglio.

Alla fine, bisognerà aspettare che il Sistema di registrazione civile rilasci i dati ufficiali a livello nazionale circa la mortalità per tutte le cause per il 2020 confrontata con gli anni precedenti. Intanto lo ha fatto lo Stato meridionale del Kerala.⁽⁸¹⁾ Dove il numero totale di morti nel 2020 è sceso di oltre l'11% rispetto al 2019. Meno 26.849 morti nell'insieme dei distretti. Tutto merito del lockdown che avrebbe ridotto le vittime per incidenti stradali e malattie infettive compensando così l'aumento di deceduti per Covid-19? Non si direbbe: lo Stato registra tradizionalmente una scarsa incidenza delle seconde, e i primi non si sono ridotti granché, nel 2020.

Lo Stato del Kerala

L'andamento del Sars-CoV-2 (più ancora che di Covid-19) nello Stato dell'India meridionale, fra i più socialmente avanzati della Federazione, è interessante. A livello indiano, è il quarto per urbanizzazione e il terzo per densità di popolazione, e rispetto al resto dell'India ha più persone con età relativamente avanzata e una ben maggiore incidenza di malattie croniche non trasmissibili come obesità, massa ponderale in eccesso, pressione sanguigna elevata – che diventano comorbilità in caso di Covid-19 e possono rendere seria la patologia. Fino all'autunno 2020, il Kerala veniva lodato a livello mondiale per le misure prese nella crisi sanitaria, anche a livello sociale, e per la bassissima mortalità. Nel 2021 invece lo Stato meridionale è arrivato ad avere quasi la metà dei casi di Covid (non semplicemente la circolazione del virus ma la malattia). Due gli elementi interessanti: primo, la mortalità in Kerala (decessi per milione di abitanti), e anche la letalità (decessi per numero di casi) continua a essere bassa, segno dell'importanza delle cure anche in un contesto di persone anziane e con patologie (lo Stato ha una

buona organizzazione sanitaria a livello di territorio); secondo, una delle ragioni di quello che viene chiamato erroneamente «fallimento dovuto al successo»⁽⁸²⁾ è il fatto che, avendo contenuto molto nella prima fase la trasmissione del virus, adesso quest'ultimo circola più liberamente che in altri luoghi dell'India perché pochi hanno sviluppato una resistenza. Ovviamente i keraliti, guardando al resto del mega-paese, avevano pensato di attenuare le faticose misure di contenimento. Parallelamente, secondo la valutazione dell'Istituto nazionale di epidemiologia, il declino del coronavirus nella Federazione indiana non è tanto dovuto a un successo delle misure di mitigazione ma il risultato dell'immunità dovuta al diffondersi del patogeno. Che però in Kerala si è diffuso meno: lì era uno dei «successi» dei mesi precedenti. Non l'unico però.

Sofferamoci sulla strategia del Kerala, da sempre peculiare dal punto di vista sanitario e soprattutto da quello sociale. La coalizione di governo è guidata dal Partito comunista. È stato un esempio di successo sul lato sociale, soprattutto nei primi mesi, mentre il lockdown decretato di colpo verso la fine di marzo creava nel resto dell'India situazioni gravissime. E per molti mesi non ha praticamente avuto decessi legati alla Covid-19. All'inizio di marzo 2020 lo Stato aveva il numero più alto di «contagiati» in India. Perché? Per i molti cittadini tornati dall'estero, in particolare dall'Europa. La popolazione dello Stato è molto mobile, per lavoro o per studio. Ma niente paura perché negli ultimi due anni, tuttavia, la campagna governativa Aarogya Jagratha per la coscientizzazione sanitaria e la prevenzione nella vita quotidiana, era riuscita a ridurre le morti per malattie infettive. Già: non c'è certo solo Covid-19: dopo la stagione dei monsoni, arrivano massicce le infezioni, come la leptospirosi. Lo Stato ha agito subito, nel gennaio 2020, non appena ricevuta la notizia del virus a Wuhan: «Là studiano molti nostri giovani». Vengono creati gruppi di esperti – evidentemente efficaci – per la logistica, per tracciare i contatti, per la sorveglianza eccetera; anche uno per la salute mentale. Dal 24 gennaio, agli aeroporti vengono monitorati tutti gli arrivi da Wuhan. Tre studenti risultano positivi e sono messi in isolamento (dopo due settimane guariscono). Il team aeroportuale continua a operare per due settimane, pur senza nuovi casi. Il 3 marzo, il Kerala inizia a chiedere a chiunque torni da fuori di presentarsi a un centro di controllo; alcuni non lo fanno e in certe aree l'infezione si diffonde. Ma è tenuta a bada da un sistema di controllo efficiente che combina la tecnologia al contatto porta a porta (alla cubana). Con l'alleggerimento del *lockdown*, dal 7 maggio, moltissimi altri tornano in Kerala via terra, nave o aereo. Ma vengono ricevuti da squadre che controllano, negli aeroporti, nelle stazioni e sulle strade, anche secondarie. Spiega la ministra: «Gestiamo tutto a livello decentrato. La nostra rete di consigli di villaggio – i *panchayat* – è molto forte. Sono loro ad assicurare i controlli e anche il rispetto

della quarantena». Quello che importa è «spezzare la catena di trasmissione con l'isolamento, con una sorveglianza basata sui medici di base e controlli random, osservando i casi sospetti», continua la ministra. I due indicatori chiave per valutare la diffusione della malattia sono il tasso di letalità e l'indice di riproduzione R_0 (il numero di persone che una persona può infettare). Parametri rimasti bassi entrambi. A ottobre 2020 la letalità era dello 0,34% (oltretutto, probabilmente i casi di positivi non individuati erano numerosi, il che riduce ulteriormente la percentuale). Interessante la campagna di massa per il lavaggio delle mani. Le mascherine sono state rese obbligatorie nei luoghi chiusi pubblici o aperti al pubblico. Scioperi, marce e proteste devono essere autorizzati. È proibito sputare!

Il blocco delle attività e il confinamento? «Non possono continuare per sempre, dal momento che il virus potrebbe circolare per almeno un anno. Il focus è contenerne la trasmissione», aveva spiegato la ministra. La quarantena domiciliare non è sempre possibile, se le case sono piccole e le famiglie numerose; il governo ha dunque preso edifici vuoti per stabilire centri di accoglienza per i pazienti, nutriti e accuditi dalle istituzioni locali, a spese dello Stato. E siccome l'aspetto mentale può essere problematico in un contesto di isolamento fisico e quarantena, ecco disponibile call center con oltre duecento addetti. I casi critici sono stati pochi, intorno al 5%, benché anche in Kerala i pazienti con comorbilità siano molti. Con il distanziamento sociale si proteggono soprattutto i meno giovani, quindi il 90% degli infettati ha meno di 60 anni, con rischi di complicazione bassi anche senza bisogno di cura. La maggior parte si libera del virus senza trattamenti. Dicono gli esperti: «Se uno Stato ha molti pazienti critici, vuol dire che non individua la malattia per tempo». Medita, Italia. Il Kerala, non limitandosi a focalizzarsi sulla caccia ai ventilatori, ha formato sul trattamento dei pazienti Covid-19 tutti i medici in servizio nelle unità di terapia intensiva. E l'emergenza sociale legata al *lockdown* è stata completata da interventi a favore dei più vulnerabili: misure di *welfare*, sovvenzioni alle famiglie attraverso le cooperative di donne Kudumbashree, allocazioni maggiorate nel quadro del progetto per l'occupazione rurale, due mesi di pensione anticipata, sospensione delle bollette di acqua e luce, pacchi alimentari a domicilio. E alloggio e cibo per i lavoratori migranti: quelli che in altre parti dell'India sono stati protagonisti di un esodo drammatico verso i luoghi d'origine. Come spiega la Fao, il Kerala ha fatto da modello in India anche per come ha affrontato «un problema più grande della pandemia, la fame»: il governo ha garantito, attraverso il Public Distribution System, una razione mensile di riso a tutti i cittadini. legumi, olio, curcuma, sapone. Sono state aperte cucine comunitarie dappertutto, gestite da volontarie. Il modello anti-fame Kerala è stato seguito da diversi altri Stati come Tamil Nadu, Punjab, Haryana, Karnataka e Andhra Pradesh.

Lo slum di Dharawi: perché parlare di miracolo?

Con meno di 300 decessi totali attribuiti a Covid-19, lo slum di Dharawi (oltre 850mila abitanti) ha un tasso di mortalità fra i più bassi di tutte le aree urbane indiane. Inversamente proporzionale alla densità di popolazione. Un miracolo?⁽⁸³⁾ Se il Kerala è noto per non avere baraccopoli, a Mumbai lo slum Dharawi è il più grande dell'Asia. Anche per gli abitanti di quello spazio brulicante erano stati previsti sfracelli, in termini di mortalità legata a Covid-19. Invece no. A prezzo di una semi-catastrofe economica e sociale, Dharawi – forse la concentrazione umana più densa al mondo – ha contenuto i morti, ottenendo un plauso dall'Oms ben più meritato di quelli mandati alla vanesia Italia. All'insegna di una precauzione totale, l'improbabile modello Dharawi è stato imitato altrove – senza dover pagare royalties! Del resto, slum, bidonville, baraccopoli, favelas e quartieri informali ospitano un sesto della popolazione mondiale: un concentrato di lavoratori attivi nell'edilizia, nel commercio, nella meccanica, nei servizi. La ricetta di Dharawi? Una risposta decisa da parte dell'amministrazione locale e la partecipazione attiva dei residenti. Un modello basato sulla comunità.⁽⁸⁴⁾ Quando Mumbai ha chiuso le strade con checkpoint e mandato i droni per evitare che chiunque uscisse da quell'area, considerata a elevato rischio di infezione, all'amministrazione di Dharawi è stato subito evidente che era impossibile (oltre che deleterio) chiudere in casa gli abitanti. Come andare alla toilette comune, una ogni ottanta persone? Come andare a prendere l'acqua dal rubinetto in strada? Come sopportare 24 ore in otto in una sola piccola stanza? Come andare a ritirare gli aiuti alimentari? Così, ecco l'approccio: invece di aspettare gli ammalati, gruppi di infermieri si sono recati porta a porta chiedendo notizie sui sintomi e facendo test ai casi più sospetti, separandoli momentaneamente in appositi luoghi e poi curandoli nei dispensari se positivi (ma è stato allestito un ospedale da campo con 200 letti), mentre intanto si tracciavano i contatti. Importante il ruolo delle donne, infermiere e volontarie, che con strumenti di misurazione setacciano lo slum casa per casa. Screening porta a porta. Le cliniche private messe a disposizione. Istituite cliniche per la febbre per la categoria ad alto rischio per assicurare una separazione tempestiva. Scrupoli eccessivi, forse... Le ricerche hanno trovato che in certi slum di Mumbai il 60% della popolazione aveva gli anticorpi al coronavirus e senza aver sviluppato una malattia accentuata: avevano incontrato il virus e lo avevano battuto sul campo.⁽⁸⁵⁾

A giugno le viuzze dello slum tornano nell'abituale caos, ma con alcune differenze, a parte le mascherine ancora portate dalla maggioranza. Ricadute negative: la disoccupazione. Ricadute positive: una maggiore attenzione all'igiene, per esempio nei bagni pubblici ora molto più puliti, l'abitudine al lavaggio delle mani (cosa che forse ha ridotto soprattutto altre malattie infettive), più attenzione per gli

altri, meno spese per i matrimoni... organizzati più in piccolo. E anche a Dharawi, zenzero limone e acqua calda hanno aiutato.⁽⁸⁶⁾ Con la riapertura dei laboratori artigiani, affollati e scarsamente ventilati, si temevano più casi. Sono state distribuite mascherine e guanti – che certo avranno reso più penoso il lavoro, al caldo.

Rivelazioni dal Punjab: come si contano i decessi?

Il Punjab, Stato dell'India settentrionale, è l'unico nella Federazione ad avere, nel 2021, un tasso di letalità (Cfr, *Case fatality ratio*) superiore rispetto al 2020. Nel resto del paese è il contrario: come abbiamo già visto le infezioni si rivelano più blande. E la ragione dell'aumento degli stessi casi di positivi, in Punjab, non è molto chiara. Gli stessi responsabili per la gestione di Covid-19 nello Stato avanzano alcune spiegazioni illuminanti, come si può leggere sull'*Indian Express* del 18 marzo⁽⁸⁷⁾. Intanto il Punjab ha sempre avuto un tasso di letalità molto più alto della media nazionale. Il dottor Rajesh Bhaskar, responsabile della gestione Covid-19 in Punjab, ha individuato la ragione nell'alta incidenza di malattie legate agli stili di vita: diabete, ipertensione, obesità, che portano a complicazioni in seguito all'infezione. Ma l'altro punto importante riferito dal dottor Bhaskar è impressionante: il Punjab conta come decessi da Covid-19 anche i casi nei quali avere in coronavirus è del tutto incidentale e irrilevante! Credevamo che si facesse solo in Occidente. Ma ecco le parole del responsabile, chi meglio di lui per dirlo: «Per esempio se accade un incidente e il paziente muore a causa di un trauma, ma risulta positivo al test durante il trattamento, o dopo con autopsia, viene contato come vittima del virus. Nessun altro Stato lo fa». L'Oms stessa, nelle sue «International guidelines for certification and classification (coding) of Covid-19 as cause of death» del 14 aprile 2020 precisa che quando la positività al test non ha nessun rapporto con le cause della morte, questa non va registrata come tale. Quando si dice: più realista del re, il Punjab.

Viene poi dall'*Indian Express* un'altra conferma che nell'aumento del numero dei casi in Punjab, appunto nel mese di marzo 2021, gli assembramenti di contadini non c'entrano: «Curiosamente questo picco è arrivato molto tempo dopo la protesta dei contadini che ha visto folle immense in diverse parti dello Stato fra il 15 ottobre e la fine di gennaio. Ma i numeri di casi erano rimasti bassi». E dunque che cosa è successo in marzo, in Punjab e in generale in India? Non è chiaro. Le autorità imputano il fenomeno al fatto che le persone si sarebbero rilassate vedendo i bassi numeri di gennaio e febbraio e quindi frequenterebbero più gente. Chissà.

7. SCELTE PECULIARI SUL FRONTE OCCIDENTALE

Ed eccoci sul fronte nord. Due paesi freddi ed europei, rispetto ai quali non funzionano considerazioni esotiche come «il clima caldo è nemico del virus e sono tutti giovani», oppure stereotipate, genere «gli orientali sono diversi». Due Stati che hanno applicato ricette diverse dagli altri della stessa area geografica. Con risultati degni di studio.

Focus sulla Bielorussia

La Bielorussia presenta un insieme di fattori interessanti, in riferimento all'emergenza coronavirus:

1. Sulla conta dei morti: i dati ufficiali, nella seconda metà di marzo 2021, indicano intorno ai 2300 decessi totali dall'inizio della crisi, per quasi dieci milioni di abitanti. Mortalità intorno a 228 per milione di abitanti. Quell'indicatore chiave, in Italia – uno dei paesi stranamente considerati un modello, viste le misure restrittive che però non sembrano aver avuto un impatto positivo sulla mortalità – nello stesso periodo supera i 1700.
2. Sulle condizioni ambientali: non si tratta, manifestamente, di un paese tropicale! In un giorno di metà gennaio, Minsk registrava - 8 gradi, Roma +11 e Parigi +9. E il virus ama il freddo, giusto?
3. Sulle misure di contenimento: la Bielorussia ha scelto di non ricorrere a chiusure e forme di confinamento generale della popolazione.
4. Il paese affronta da mesi una situazione politicamente difficile, dopo le elezioni degli inizi di agosto 2020: si sono susseguite manifestazioni affollate, su fronti opposti.

Nel paese, i casi di positivi al coronavirus sono numerosi. I morti molto meno. E quello che conta sono i morti e la tenuta del sistema sanitario. Naturalmente c'è chi ha accusato il governo bielorusso di nascondere i dati o manipolare le statistiche; un anonimo medico operante nel paese avrebbe detto ai media occidentali che «non si sono contate fra le vittime del Covid-9 diversi morti di polmonite». Tuttavia, oltre alla mancanza di prove circa questa «testimonianza» anonima, sarebbe impossibile nascondere un ampio numero di morti⁽⁸⁸⁾ per via delle conseguenze sia giudiziarie che politiche, considerando anche la presenza di una veemente opposizione, soprattutto dopo le elezioni di agosto 2020. E l'Oms non ha mai sollevato il problema. Anzi durante una visita, gli esperti dell'organizzazione onusiana hanno trovato che la diagnosi e il trattamento dei pazienti con infezione da coronavirus confermata non richiedeva correzioni e

hanno aggiunto che avrebbero raccomandato la stessa procedura ai paesi dell'area. Comunque, la particolarità della Bielorussia nello scenario internazionale non si spiega con il solo basso numero di morti ma con il confronto fra questo dato e le misure messe in atto nel paese da quando si sono affacciati i primi casi.

La Bielorussia *non* ha introdotto drastiche misure di contenimento, come il blocco delle attività e il divieto di uscire di casa che hanno caratterizzato la scelta di tanti paesi europei, Svezia esclusa. Dunque, scuole, fabbriche, negozi, trasporti pubblici hanno sempre funzionato normalmente. Il ministero della salute ha raccomandato agli abitanti di evitare assembramenti e di adottare misure precauzionali individuali come il distanziamento sociale. Diverse compagnie, comunque, sono passate al telelavoro. Non è stata cancellata, il 9 maggio, la parata celebrativa della vittoria nella seconda guerra mondiale (75esimo anniversario), in segno di omaggio alle moltissime vittime dell'occupazione nazista. Nelle settimane successive si sono sprecati commenti caustici e previsioni apocalittiche. Tuttavia il successivo picco di casi e dei morti non si è verificato.

Ma come hanno fatto allora i bielorussi? In un'intervista, il 13 aprile 2020 il ministro della salute Vladimir Karanik spiegava la strategia di mitigazione seguita dal paese:⁽⁸⁹⁾ «Monitoriamo e isoliamo i contatti delle persone ammalate. L'Oms sottolinea che le misure di distanziamento sociale sono importanti. Non c'è dubbio. Ma quello che più conta è condurre indagini epidemiologiche, identificare e isolare i contatti dei pazienti infettati, per rompere la catena di trasmissione». Karanik precisava anche che le cure mediche specializzate extra-Covid continuavano normalmente, anche se si raccomandava di rinviare i casi non urgenti. Il volume dei casi urgenti trattati non si era ridotto: «Analizziamo costantemente le nostre risorse e le redistribuiamo affinché la situazione con il coronavirus non porti a un aumento della mortalità per altre patologie, in particolare cancro e malattie cardiovascolari, le principali cause di morte. Si tratta dei gruppi di pazienti più vulnerabili di fronte al coronavirus». Retaggio sovietico, lo Stato bielorusso ha mantenuto strutture specializzate in epidemiologia anche a livello regionale e cittadino, oltre ad avere, nei centri ospedalieri più grandi, unità separate per le infezioni particolarmente pericolose. Sono stati mobilitati anche gli studenti di medicina. Il ministro della salute spiegava anche che «il paese ha posti letto a sufficienza e se le persone seguono le regole indicate (ridurre i movimenti non essenziali, stare a casa quando possibile, limitare i contatti), non sono necessarie misure più stringenti e coercitive, da introdurre solo se il sistema sanitario risulterà sovraffollato».

Dopo le elezioni presidenziali di agosto si sono susseguite manifestazioni dell'opposizione (e anche, sul fronte opposto, di chi difendeva l'indipendenza della Bielorussia da quella che è stata vista come una destabilizzazione fomenta-

ta dall'esterno). Sul fronte coronavirus, due particolarità: 1) la pressoché totale assenza di mascherine negli assembramenti; 2) la totale assenza di critica, da parte occidentale, a questo comportamento «rischioso» tenuto dai manifestanti dell'opposizione bielorusso, ben voluta a Bruxelles. Il risultato apocalittico in termini di morti legate a Covid non c'è stato. Nel mese di settembre, anche la rivista medica *British Medical Journal* (Bmj) si è interrogata sul caso bielorusso, ascoltando peraltro un organismo basato nei paesi baltici e vicino all'opposizione:⁽⁹⁰⁾ «Si pensa che il tasso di mortalità relativamente basso sia dovuto alla grande capacità ospedaliera della Bielorussia, che ha permesso al paese di isolare presto le persone, dice Andrei Vitushka, un esperto di politica sanitaria presso l'Istituto bielorusso di studi strategici a Vilnius, Lituania. Con 11 letti d'ospedale ogni 1000 persone, la Bielorussia supera nazioni come la Germania (8) o il Regno Unito (2,5) (...). La Bielorussia, come molti Stati post-sovietici, si concentra sui "problemi epidemiologici sanitari", vale a dire gli allarmi sanitari su larga scala come una pandemia. Questo può essere uno dei motivi per cui la nazione ha superato la maggior parte dell'Europa in termini di test di massa durante i primi quattro mesi della pandemia. Mentre molti paesi erano riluttanti ad effettuare test estesi, secondo l'agenzia di stampa statale Belta, i test in Bielorussia sono iniziati già il 23 gennaio. Il paese li ha intensificati all'inizio di aprile, sviluppando propri kit rapidi. Alla fine di giugno, la Bielorussia aveva condotto circa un milione di test, coprendo più del 10% della sua popolazione». Ma chissà se più dei test non ha contato un altro fattore, insieme al sistema sanitario: «La Bielorussia ha pochissime case di riposo (203 letti per 100mila della popolazione rispetto agli 854 del Regno Unito), con la maggior parte dei cittadini anziani che vivono separatamente». Sottolinea il Bmj che c'è libertà di indossare o no la mascherina, «e questo è il problema», è l'aggiunta d'obbligo... indipendentemente dai risultati sul campo. Quanto al gran numero di test, l'elemento più significativo è che essi mostrano uno scarto evidente fra una circolazione sostenuta del virus e la bassa mortalità. Fatta sempre salva la veridicità dei test stessi.

A dicembre la Bielorussia annuncia l'avvio della campagna di vaccinazioni contro il coronavirus dopo l'arrivo delle prime dosi del vaccino russo Sputnik V. Evidentemente è anche un'operazione di geopolitica, visti gli attacchi subiti dall'Occidente. La vaccinazione sarà su base volontaria, ha assicurato il ministro della salute ringraziando la Russia per la cooperazione strategica. Il presidente del paese ha spiegato: «Se lo volete, vi vaccinerete. Se non lo volete, non obbligheremo nessuno a farlo. Sta a voi decidere sulla vaccinazione. Quanti saranno vaccinati alla fine dipende da voi». Il presidente ha ammesso di credere, personalmente, che se una persona vive una vita normale, ha sufficiente immunità contro molte malattie. Tuttavia, coloro che vogliono proteggersi con un vaccino,

avranno l'opportunità di farlo.⁽⁹¹⁾ Nel mese di febbraio si è svolto regolarmente il Congresso quinquennale del popolo bielorusso, con oltre 2400 delegati da ogni regione.⁽⁹²⁾

Svezia, la più discussa d'Occidente

«Libertà nella responsabilità». Su questo motto della peculiare (ma nient'affatto estrema) strategia svedese anti-Covid, hanno incrociato le armi sostenitori e delatori; naturalmente fra i governi e i media occidentali le critiche hanno superato i complimenti, salvo per una breve stagione estiva. È troppo presto per dire l'ultima. «Giudicatemi fra un anno», ha detto il 23 luglio l'epidemiologo di Stato Anders Tegnell al canale *UnHerd-Lockdown Tv*. Ma è mai possibile che qualcuno paragoni la strategia svedese di fronte al coronavirus all'eugenetica nazista? Sì. Lo ha fatto il fondatore di un gruppo Facebook chiamato Mewas (Media Watchdogs of Sweden) con 200 persone per lo più originarie di altri paesi europei (tutti in emergenza Covid). Obiettivo degli oriundi fin dall'inizio della crisi sanitaria: denunciare all'estero le scelte del governo di Stoccolma che non ha imposto un lockdown (disponendo comunque numerose misure, affidate ai cittadini) né l'obbligatorietà universale delle mascherine (raccomandate, dalla fine del 2020, sui mezzi pubblici nelle ore di punta). Una maestra d'asilo per timore si è licenziata e si è trasferita in marzo in Portogallo: paese reduce da un'emergenza assoluta, con una devastante situazione economica e una mortalità arrivata a essere molto elevata (ma/e/anche se usano le mascherine). Altri del gruppo protestano perché sotto i 16 anni si va a scuola. Eccetera.

Del resto anche in Italia denigrare la Svezia è diventato uno sport nazionale, grazie anche ad alcuni italiani emigrati a Stoccolma e attivi sui social: «L'Italia e gli italiani escono da questa vicenda molto meglio degli svedesi e oggi più che mai ci sentiamo orgogliosi del nostro paese», scrivevano quando già quest'ultimo era in testa alle classifiche per mortalità e caos. Evidentemente, governo ed esperti italiani sono stati bravi nella comunicazione, oltre a non ammettere mai errori – a differenza degli svedesi -: una tattica vincente.⁽⁹³⁾ Riportiamo una sintesi ragionata della strategia svedese, risalente al mese di settembre e dunque riferita solo alla prima cosiddetta ondata di casi:⁽⁹⁴⁾ «Hanno scelto di gestire l'epidemia più che altro responsabilizzando i propri cittadini e ci sono riusciti abbastanza bene, sicuramente non peggio della media dei paesi europei. Soprattutto, non peggio di paesi come l'Italia che invece hanno scelto di usare misure molto rigide per contrastare l'epidemia. Avrebbero potuto fare di meglio? Se l'obiettivo fosse stato favorire le infezioni, gli svedesi non avrebbero raccomandato ai cittadini nessuna misura di contenimento, come invece hanno fatto. In realtà, come tutti in Europa, hanno mirato ad abbassare la curva per evitare un sovraccarico

degli ospedali. Anziché una chiusura imposta, l'Agenzia di salute pubblica ne ha portata avanti una consensuale, volontaria; del resto abituale nel paese. Gli svedesi hanno cambiato enormemente le loro abitudini ma senza droni o delatori. In Italia e all'estero si è spesso detto che la Svezia avesse adottato una politica diversa perché poco popolata. A Stoccolma ci sono 960mila abitanti, a Torino 867mila. E la densità della capitale svedese è di 5.129 abitanti per chilometro quadro, maggiore di quella di Roma (2.195)». Dunque, in linea con la tradizione civile e sociale del paese, niente panico indotto. Le autorità si sono affidate anziché alle proibizioni, alla responsabilità individuale e a un patto di fiducia fra governanti e governati. Dunque, distanziamento fisico, raccomandazioni circa il lavoro da remoto, attività produttive e servizi aperti, chiuse solo le università e le superiori, proibiti i grandi assembramenti. E, parallelamente, la protezione delle persone a rischio (con debolezze evidenti e ammesse dalle autorità a cominciare da Tegnell).

In autunno sono cominciate le difficoltà, soprattutto nella regione più popolosa, Stoccolma, e nei suoi ospedali. Inoltre una commissione d'inchiesta nominata dal governo ha bocciato la gestione delle case di riposo: per forti carenze strutturali il sistema di assistenza si è trovato impreparato e poco equipaggiato nella gestione dell'epidemia. Il governo ha allora deciso di centralizzare le azioni (le regioni sono in genere molto indipendenti in materia di salute), il primo ministro si è rivolto spesso ai cittadini (come non era solito fare), il re Karl Gustav ha dichiarato «ci sono morti, abbiamo fallito», è stata chiesta maggiore responsabilità soprattutto ai giovani e sono state introdotte alcune restrizioni e nuove raccomandazioni. Negli ultimi mesi, a scopo cautelare e per ridurre la curva dei casi, il Parlamento svedese ha approvato la Pandemilag, una legge che permette di introdurre limiti, per esempio al numero di persone che possono frequentare spazi pubblici, o la chiusura di luoghi non essenziali,⁽⁹⁵⁾ è stata introdotta la raccomandazione di indossare una mascherina nelle ore di punta sui mezzi pubblici quando non si può mantenere il distanziamento. Nello stesso periodo, ma l'accostamento magari è casuale, l'autorità europea per il farmaco (Ema) ha dato il compito alla Läkemedelsverket (l'autorità del farmaco svedese) di valutare l'approvazione dei vaccini per l'Europa, dunque assegnando al paese una responsabilità degna di nota. (Poco dopo il Parlamento - con parere contrario del governo socialdemocratico - addirittura approvava una mozione che apriva alla possibilità di unirsi alla Nato. La Svezia è un paese neutrale da sempre).

Comunque non è stata mai messa in discussione la libertà di movimento. E le strade della Svezia, salvo per le cautele circa le distanze, non hanno mai mostrato quell'atmosfera distopica, dominata dalle mascherine chirurgiche (o le altre, bianche a becco, più protettive e più impressionanti), dispositivi prima riservati

alle sale operatorie o ai lavori con sostanze chimiche pericolose. Le autorità svedesi non hanno cambiato parere: «È più efficace mantenere le distanze che stare vicino agli altri e indossare una mascherina. Ma sappiamo che i trasporti pubblici comportano situazioni in cui l'affollamento può essere difficile da evitare nonostante la raccomandazione di scegliere innanzitutto un altro mezzo di trasporto. Le maschere facciali possono quindi essere utili», ha detto Anders Tegnell alla fine di dicembre 2020. *Successo o insuccesso?*, è la domanda. Il confronto con il mondo occidentale non scandinavo è di certo positivo, ma scarsamente riconosciuto. Agli inizi di dicembre, un commento ironico su Youtube riassumeva la narrazione dominante: «Belgio, 11 milioni di abitanti, 19mila morti, lockdown e mascherine: un governo e una leadership tanto brava. Svezia, 10 milioni di abitanti, 8mila morti, no lockdown, niente mascherine: governo cattivo e assassino dei nonni». Ecco alcuni tassi di mortalità per milione di abitanti a confronto (8 marzo 2021): Repubblica Ceca 2041, Belgio 1915, Italia 1657, Spagna 1521, Regno unito 1828, Francia 1360. E Svezia 1282. Un mese dopo la Svezia è stabile, ma la cifra per la Repubblica Ceca è salita a 2500 e l'Italia si avvicina ai 2mila. Di certo quello svedese è un successo, anche guardando alla conta dei morti, se confrontata con quella di paesi con molte restrizioni, umiliazioni, grande confusione, i cittadini trasformati in bambini paurosi tenuti buoni dai bonus e dai ristori.

Infatti i rimproveri alla Svezia sono basati sul fatto che i paesi fratelli scandinavi – che hanno introdotto misure più stringenti - riportano tassi di mortalità attribuiti a Covid molto più bassi. Come si spiega questa differenza? Continua l'analisi già citata: «Non è che in termini di misure di contenimento i norvegesi abbiano fatto cose molto diverse dagli svedesi. Anche Oslo ha deciso per un lockdown leggero: nemmeno i norvegesi hanno chiuso in casa i loro cittadini per decreto. È difficile pensare che dettagli come una chiusura più lunga delle scuole siano sufficienti per spiegare i differenti risultati fra Norvegia e Svezia. Ma allora quali fattori potrebbero spiegare le differenze? Uno potrebbe essere l'inquinamento atmosferico. Si sa che c'è una correlazione fra inquinamento e mortalità da Covid-19. Si sa anche che la Norvegia è un paese meno industrializzato e meno popolato della Svezia - quindi anche meno inquinato. Sembra però che le differenze si spieghino principalmente con un altro fattore: la gestione delle case di riposo per anziani. Qui, il caso della Svezia è stato simile a quello dell'Italia, e le autorità svedesi hanno francamente ammesso di essersi trovate impreparate a gestire l'emergenza in quelle strutture, dove si sono verificati la maggior parte dei decessi, circa 3/4 del totale. Invece pare che la Norvegia abbia una gestione migliore delle case di riposo per anziani: istituzioni più piccole e più gestibili e in più la tradizione di assistere gli anziani nelle loro abitazioni. Per queste ragioni,

in Norvegia ci sono stati meno contatti fra persone il cui sistema immunitario è indebolito dall'età avanzata». Inoltre, la Svezia ha una quota più importante di lavoratori stranieri: con situazioni abitative, abitudini che li rendono più suscettibili all'infezione.⁽⁹⁶⁾

Un altro confronto, con i cugini nordici e (invece) il resto dell'Europa può riguardare la mortalità in eccesso: quella nel 2020 a confronto con la media dei quattro anni precedenti. Le statistiche europee di Eurostat indicano che 21 paesi europei su 30 hanno avuto cifre peggiori della Svezia; mentre Norvegia, Finlandia e Danimarca sono andate nettamente meglio.⁽⁹⁷⁾

Confronto con la Repubblica Ceca, prima al mondo per mortalità

Colpisce il confronto con un altro paese dell'Europa orientale che ha scelto una strada di grandi restrizioni, fin dalla primavera 2020, salvo la breve pausa estiva. La Repubblica Ceca era stata considerata nell'ondata di primavera un modello: perché uno dei paesi più radicali nell'applicare misure straordinarie per combattere la pandemia. Precoci, rigide. Oltre al confinamento, il governo di Praga (ma anche la popolazione) si è distinto per la campagna # Masks4all, ovvero istruzioni istituzionali e cittadine per l'autoproduzione di mascherine abbinata all'imperativo di indossarle anche all'aperto. All'epoca, in Occidente era l'unico paese ad agire così. Bassissima la mortalità in quella fase. Dopo l'allentamento estivo, in ottobre riprendono le misure drastiche, ma il successo della Repubblica Ceca si trasforma in fallimento totale: i morti ufficiali si accumulano a tal punto che nel 2021 questo paese dell'Europa orientale ha il primato mondiale di mortalità attribuito a Covid-19 (*vedi sopra*). Ormai Praga chiede aiuto ai paesi vicini perché accolgano nei loro ospedali i malati, visto che gli 8mila posti non bastano. Si introduce la doppia mascherina. Questo fa riflettere, fra l'altro, sul simbolo visivo quasi universale della pandemia: le mascherine fuori dall'ambiente medico. Diventate un amuleto, un memento, una divisa morale. O un'imposizione. Sono obbligatorie da molti mesi anche all'aria aperta proprio nei paesi con un tasso di mortalità molto alto per milione di abitanti: Italia, Spagna, Belgio, Francia, Repubblica Ceca... Invece, non sono obbligatorie, solo raccomandate sui mezzi di trasporto nelle ore di punta del traffico e usate molto meno in paesi con un tasso di mortalità molto basso, come Norvegia e Finlandia, oltre che in Svezia. Per parlare solo dell'Unione Europea... Singolare coincidenza. Per chi non perde di vista il mondo, il 2020 sarà a lungo oggetto di studi. Portatori di quali frutti? Si è più che mai al bivio.

*Non voglio tornare alla normalità
Voglio ritornare alla Vita
Non voglio che l'economia si riassesti
che torni ad essere strumento di avidità e disparità
Voglio che sia al servizio dell'autentico benessere
Non voglio che si torni a lavorare come prima
Voglio che i lavori inutili e dannosi collassino
che il lavoro si trasformi in Opera
che si lavori di meno e si valori di più
Non voglio che si torni a lottare per la sopravvivenza
con l'angoscia che non ce ne sia abbastanza
Voglio il supporto di tutti per tutti
che la ricchezza dei pochi sui moltissimi venga redistribuita
Voglio ricordarmi che la scarsità è un imbroglio che ci hanno iniettato
Non voglio che la finanza mondiale e i colossi petroliferi
ne escano indenni tornando a sfruttare e speculare
Voglio che sia un terremoto che scuota l'ingiustizia globale
Non voglio che i centri commerciali tornino ad essere sempre aperti
Voglio che gli spazi della condivisione e dello scambio
siano al servizio dell'umano e non del consumo
Non voglio rimettermi a guidare nel traffico congestionato
Voglio muovermi lento e contento
Col ritmo naturale dell'universo
che mi fa meravigliare della fioritura dell'albicocco
Non voglio essere in paranoia per la mia salute adesso
e poi tornare tranquillamente a respirare lo smog delle industrie
come se fosse normale riprendere a crepare di tumore
Voglio che rimanga l'aria pulita di questi giorni
che i delfini tornati sulle coste non se ne vadano
Voglio nutrirmi ogni giorno
di questa Natura di cui io sono parte
Non voglio che le scuole riaprano
se in esse ci sarà ancora prestazione ansiogena
stupida burocrazia e inutile ingozzamento cognitivo
Voglio che la conoscenza sia gioia, piacere e creatività
Voglio che sia consacrato e incentivato il tempo all'arte, al canto, al gioco
Non voglio più dare per scontato il tocco della tua mano sulla mia
i piedi nudi sulla spiaggia e il tramonto dalla collina
Voglio ringraziare quando muovo il polso, quando sto in piedi, quando
posso baciare mia madre
Voglio ricordarmi che questo momento è la cosa più preziosa
Non voglio tornare alla normalità
Voglio ritornare alla Vita*

Giordano Ruini

- (1) Felwine Sarr, «Ma l'Africa non sprofonderà», *Africa Rivista*, 7 maggio 2020
- (2) Sarah L Dalglish, «Covid-19 gives the lie to global health expertise», *The Lancet*, 26 marzo 2020
- (3) «L'expert en santé publique Jean-Dominique Michel dénonce une "politique sanitaire imbécile et létale..."», www.covidinfos.net, 1 maggio 2020
- (4) Richard Horton, «Offline: Covid-19 is not a pandemic», *The Lancet*, 26 settembre 2020 e Emily Mendenhall, «The Covid-19 syndemic is not global: context matters», *The Lancet*, 28 novembre 2020
- (5) Rabail Chaudhry *et al.*, «A country level analysis measuring the impact of government actions, country preparedness and socioeconomic factors on Covid-19 mortality and related health outcomes», *The Lancet*, 21 luglio 2020
- (6) World Health Organization, «Water, sanitation, hygiene, and waste management for Sars-CoV-2, the virus that causes Covid-19», Interim guidance, 29 luglio 2020.
- (7) World Health Organization, «Almost 2 billion people depend on health care facilities without basic water services», 14 dicembre 2020
- (8) Bithika Chatterjee *et al.*, «The mortality due to Covid-19 in different nations is associated with the demographic character of nations and the prevalence of autoimmunity», *Medrxiv*, 31 luglio 2020
- (9) Parveen Kumara e Bal Chanderb, «Covid-19 mortality: Probable role of microbiome to explain disparity», *Ncbi*, 24 agosto 2020
- (10) Yves Engler, «Some Myths about Haiti are as Dangerous and Prevalent as Covid-19», *Haiti Liberté*, 30 gennaio 2021
- (11) «Melinda Gates: This is what keeps me up at night», *Cnn*, Video su YouTube
- (12) Tom Wills, «Coronavirus in Africa: How deadly could Covid-19 become?», *Dw*, 24 aprile 2020.
- (13) Marinella Correggia, «L'Africa è resiliente al Covid ma la sanità è in lockdown», *il manifesto*, 6 novembre 2020
- (14) Jakkie Chillers *et al.*, «Exploring the impact of Covid-19 in Africa: a scenario analysis to 2030», *Reliefweb*, 25 giugno 2020
- (15) Africa Cdc, «Coronavirus Disease 2019 (Covid-19). Latest updates on the Covid-19 crisis from Africa Cdc», 17 marzo 2021
- (16) Lawrence Mwananyanda *et al.*, «Covid-19 deaths in Africa: prospective systematic postmortem surveillance study» *The British Medical Journal*, 17 febbraio 2021
- (17) Maru Mormina e Ifeanyi M Nsofor, «What developing countries can teach rich countries about how to respond to a pandemic», *The Conversation*, 15 ottobre 2020
- (18) Issideen Osseni, «Benin responds to covid-19: Sanitary cordon without generalized containment or lockdown», *Research Gate*, dicembre 2020
- (19) Marinella Correggia, «Una App per liberare il Benin dal "colonialismo economico e culturale"», *il manifesto*, 9 gennaio 2021
- (20) «Lettera aperta del Partito comunista del Benin sui vaccini», *L'Antidiplomatico*, 19 marzo 2021.
- (21) Abraham T. Zere, «Nessuno sa quando l'Eritrea uscirà dal suo lockdown», 9 settembre 2020
- (22) M. Kariuki Njenga *et al.*, «Why is There Low Morbidity and Mortality of Covid-19 in Africa?», *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1 giugno 2020
- (23) Help Age International, «Covid-19 Rapid needs assessment of older people», *Reliefweb*, settembre 2020
- (24) Andrew Harding, «Coronavirus in South Africa: Scientists explore surprise theory for low death rate», *Bbc*, 3 Settembre 2020
- (25) Olivier Marbot, «Didier Raoult: le coronavirus, l'Afrique et les autres», *Jeune Afrique*, 30 ottobre 2020

- (26) Alexander Joe, «Madagascar's Covid cloud: Public adherence to safety protocols slips as complacency sets in», *Daily Maverick*, 5 febbraio 2021
- (27) Rédaction, «Madagascar: un remède traditionnel plutôt que le vaccin», *Africanews*, 27 maggio 2020
- (28) Who Africa, «Expert panel endorses protocol for Covid-19 herbal medicine clinical trials», www.who.int, 19 settembre 2020
- (29) M. Kariuki Njenga *et al.*, «Why is There Low Morbidity and Mortality of Covid-19 in Africa?», www.ajtmh.org, 1 giugno 2020
- (30) Jamey Keaten, «Who: 10% of world's people may have been infected with virus», *Associated Press*, 5 ottobre 2020
- (31) Almas Mazigo, «Leadership During Pandemics: The Real Test», *Journal of Development Policy Review* (Jdpr) Vol. 1, gennaio-giugno 2020
- (32) Tom Wills, «Coronavirus in Africa: How deadly could Covid-19 become?», *Dw*, 24 aprile 2020
- (33) World Health Organization, «Advice on the use of masks in the context of Covid-19», 6 Aprile 2020
- (34) Ruud Elmendorp, «Covid-19 Diaries: Can Tanzania Really Be Coronavirus-Free?», *Voa*, 20 luglio 2020
- (35) Rumbi Chakamba, «In Tanzania election, Covid-19 denialism an 'excuse to clamp down' on dissent», *Devex*, 6 novembre 2020
- (36) Leopoldo Salmaso, «Covid-19: la Tanzania è benedetta da Dio o bugiarda?», www.comedonchisciotte.or, 13 dicembre 2020
- (37) Jason Burke, «Tanzania leader says prayer will cure Covid, as hospitals overflow», *The Guardian*, 28 febbraio 2021
- (38) <https://covid19.who.int/> e <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- (39) Associated Press, «'Inappropriate': Tanzania's president expresses doubts about Covid vaccines», *The New Indian Express*, 29 gennaio 2021
- (40) Herieth Makweta, «Tanzania does not have plans to procure Covid-19 vaccine», *The Citizen*, 1 febbraio 2021
- (41) Mgongo Kaitira, «Serikali ya Tanzania yatoa ufafanuzi uvaaji wa barakoa» (video), *Mwananchi*, 5 febbraio 2021
- (42) Jason Burke, *art. cit.*
- (43) Maria Sarungi Tseha, «Dear World, help stop the Covid-19 madness in Tanzania. An International Appeal», *Medium.com*, 22 gennaio 2021
- (44) Vaccines4Tanzania, «Western Governments need to reign in Tanzanias Magufuli by withholding foreign aid», 25 febbraio 2021
- (45) Vava Tampa, «It's time for Africa to rein in Tanzania's anti-vaxxer president», *The Guardian*, 08 febbraio 2021
- (46) Who Media inquiries, «Who Director-General's statement on Tanzania and Covid-19», *Who*, 20 febbraio 2021
- (47) Louis Kalumbia, «Who praises Tanzania's new position on Covid-19», *The Citizen*, 12 marzo 2021
- (48) Haji Mtumwa, «Zanzibar's Health minister Mazrui cautions citizens against Covid-19», *The Citizen*, 11 marzo 2021
- (49) Coleman Kishamawe *et al.*, «Trends, patterns and causes of respiratory disease mortality among inpatients in Tanzania, 2006-2015», pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
- (50) David Nabarro, «The Week in 60 Minutes #6 - with Andrew Neil and Who Covid-19», *SpectatorTV*, 8 ottobre 2020

- (51) Rumbi Chakamba, «The countries that don't want the Covid-19 vaccine», Devex, 10 marzo 2021
- (52) Stephen Khan, «What Tanzania's Covid-19 vaccine reluctance means for its citizens and the world», *The Conversation*, 15 febbraio 2021
- (53) Video: «Rezza: "Non stiamo vaccinando per l'immunità di comunità ma per proteggere popolazione a rischio"» Quotidiano sanità, 19 marzo 2021
- (54) Annarita di Giorgio, «Lopalco, Assessore regione Puglia "questi vaccini non prevengono se non in minimissima parte la circolazione del virus, quindi se io vaccinassi i giovanotti che vanno a prendere l'aperitivo ai navigli a Milano io butterei una dose"»
- (55) Angela Mauro, «Ue bifronte con le Big Pharma. Il piano europeo appeso ai brevetti», *Huffington Post*, 24 febbraio 2021
- (56) Guy Faulconbridge, «Exclusive: Regular booster vaccines are the future in battle with Covid-19 virus, expert says», *Reuters*, 15 marzo 2021
- (57) Unicef, «Covax: firmato accordo per la fornitura del vaccino Pfizer/BioNTech», 15 febbraio 2021.
- (58) «Coronavirus, Andreoni: "Chiudete le scuole o mettiamo a rischio la campagna vaccinale" L'infettivologo: la variante inglese dilaga e i contagiati con meno di 18 anni sono quasi il 20%», *Repubblica.it*, 25 febbraio 2021
- (59) Cuba Información, «Cuba y Covid: un éxito mundial silenciado», *www.cubainformacion.tv*, 24 dicembre 2020
- (60) Marinella Correggia, «"Esercito di camici bianchi". Le missioni mediche di Cuba all'estero», *L'Antidiplomatico*, 8 Aprile 2020
- (61) Helen Yaffe, «Cuba en la pandemia de Covid-19», *Resumen Latinoamericano*, 9 giugno 2020
- (62) John Perry, «Covid-19: On the Decline in Nicaragua as its Critics Fall Silent», *Alliance for Global Justice*, 24 settembre 2020
- (63) John Perry, «Covid control lessons from Nicaragua and the Isle of Man», *The Guardian*, 31 dicembre 2020
- (64) F. Casari, «Il Nicaragua resiste bene al Covid 19 e alle fake news», *Il Faro di Roma*, 17 aprile 2020.
- (65) Milo Milfort, «Haiti, Covid-19: rupture de confiance et risque», *Enquet'Action*, 9 agosto 2020.
- (66) Jacqueline Charles, «Covid-19 claims few lives in Haiti. Scientists want to know why», *Medical Press*, 16 dicembre 2020
- (67) J. Charles, «Why Has Covid Claimed Few Lives in Haiti Despite Lax Rules?», *www.govtech.com*. 16 dicembre 2020
- (68) Aldo Zanchetta, «Come affrontare la pandemia con poche risorse e visioni altre», *www.cam-biaimondo.org*, 30 dicembre 2020
- (69) World Health Organization, «Weekly epidemiological update», 2 marzo 2021
- (70) Emanuele Giordana «I paesi della "cintura" a Sud della Cina: un mistero del Covid-19?», *Aspenia Online*, 22 luglio 2020
- (71) Phayboune Thanabouasy «Zero Covid-19 Deaths in Laos and Cambodia», *The Lao Times*, 15 settembre 2020
- (72) Chiara Romano, «Come si spiega il successo del Bhutan nella battaglia contro il Covid19?», *Ghigliottina.info*, 1 giugno 2020
- (73) Vidhi Bubna, «Bhutan's Health Strategies for Covid-19», *Modern Diplomacy*, 2 ottobre 2020
- (74) Michael Sainsbury, «Tiny Timor-Leste declares victory over Covid-19», *Uca news*, 25 agosto 2020
- (75) Emanuele Giorsana, «Zero morti, la lezione pastorale di Timor Est», *il manifesto*, 3 maggio 2020
- (76) Reuters Staff, «Syria sees Covid-19 spike but grim state of economy limits lockdown options», *Reuters*, 4 marzo 2021

- (77) «Syria: Immap/Dfs Covid-19 Situation Analysis (January 2021)», www.reliefweb.org, 3 marzo 2021
- (78) Giacomo Marchetti, «I giganti della rete dietro la repressione in India; e poi nel mondo», www.sinistrainrete.info, 16 marzo 2021
- (79) Nilanjana Bhowmick, «Experts feared India's farming protests would be Covid superspreader events. Poverty, misinformation and a younger population may explain why cases plummeted instead», *Business Insider*, 15 febbraio 2021
- (80) Oommen C. Kurian, «Counting Deaths and Feeling Bad: Covid-19 as Spectator Sport», *Orf*, 19 luglio 2020
- (81) Oommen C. Kurian, «How many people did Covid-19 kill? Indian states have started publishing all-cause-mortality data from 2020», 3 febbraio 2021
- (82) S. Rukmini, «What Kerala's Covid-19 'Failure' Can Tell Us About India's 'Success'», *Bloomberg*, 9 febbraio 2021
- (83) Ari Altstedter e Dhvani Pandya, «How The World's Biggest Slum Stopped The Virus», *Bloomberg*, 8 ottobre 2020
- (84) Jyotsna Kaushal e Pooja Mahajan, «Asia's largest urban slum-Dharavi: A global model for management of Covid-19», *PubMed, National Library of Medicine*, 12 gennaio 2021
- (85) «Coronavirus: 57% of people in Mumbai slums had virus», *Dw* 29 luglio 2020
- (86) Pankaj Upadhyay, «'Credit goes to the people...': A new Dharavi in the making», *India Today*, 27 gennaio 2021
- (87) Amitabh Sinha, «With high Covid-19 death rate, Punjab is facing a serious problem», *The Indian Express*, 18 marzo 2021
- (88) Marinella Correggia, «Covid-19. Il caso Bielorussia. Senza lockdown, numeri sorprendenti: come ha fatto?», *L'Antidiplomatico*, 8 giugno 2020
- (89) Agenzia Belta, «Minister: No need for tougher measures if people follow coronavirus rules», 13 aprile 2020
- (90) Kata Karàth, «Covid-19: How does Belarus have one of the lowest death rates in Europe?», *The British Medical Journal*, 15 settembre 2020
- (91) «Belarusians to opt in for coronavirus vaccination», *Kletsk District Executive Committee*, 28 dicembre 2020
- (92) Enrico Vigna, «Per la Bielorussia: Unità. Sviluppo. Indipendenza. L'11 e 12 febbraio si è svolto a Minsk il 6° Congresso di tutto il popolo bielorusso - I parte», *Civg*, 25 febbraio 2021
- (93) Monica Quirico e Roberto Salerno, «Gli eretici di Stoccolma. Come e perché la stampa italiana disinforma su Svezia e coronavirus», *Wumingfoundation*, 14 aprile 2020 e Marinella Correggia, «La Svezia e lo strano orgoglio italico da Covid-19», *L'Antidiplomatico*, 2 luglio 2020
- (94) Ugo Bardi, «Epidemia: cosa possiamo imparare dal caso svedese?», *Pillole di ottimismo (pagina Facebook)*, 18 settembre 2020.
- (95) Vaclav Smil, «Don't be Too Quick to Judge Sweden's Covid-19 Policy», <https://spectrum.ieee.org>, 29 dicembre 2020
- (96) «Explained: When and where do you need to wear a face mask in Sweden?», www.thelocal.se, 30 dicembre 2020
- (97) Johan Ahlander, «Sweden saw lower 2020 death spike than much of Europe – data», *Reuters*, 24 marzo 2021

MORTI, DANNI E DOMANDE

La conta dei morti e degli altri danni è tipica delle guerre – in genere ignorando vittime e distruzioni dell'altra parte. Anche per valutare l'impatto sanitario di un'epidemia, dovrebbero importare soprattutto i decessi, diretti e indiretti, insieme all'impatto extra-sanitario.

La retorica del «siamo in guerra»

Solo nel caso di Covid-19 è stato fatto di continuo l'accostamento alle guerre più devastanti del passato. «Siamo in guerra» hanno ripetuto presidenti. «È la terza guerra mondiale» hanno gridato i media. «È il più grande trauma dal dopoguerra» ha sottolineato il direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità. Certo, pensando all'ecatombe delle due guerre mondiali e a città rase al suolo dalle bombe nucleari o da quelle al fosforo, si può pensare a una certa esagerazione; così come quando si evoca il «coprifuoco» per le chiusure notturne. La prova è nel fatto che media e scienziati si sono dati anche a paragoni sacrileghi fra le misure anti-Covid attuali ed episodi bellici. Il via libera per gli acquisti natalizi è stato paragonato a alla Tregua di Natale del 1914, un fiore fatto nascere dai soldati sui due fronti, nella prima guerra mondiale. E un virologo per stigmatizzare i sanitari renitenti al vaccino ha ricordato – pur senza invocarle – le fucilazioni sommarie...⁽¹⁾ Esponenti istituzionali usano espressioni come «siamo in guerra. Servono norme da guerra»; una retorica dal forte impatto mediatico, con funzione diversiva rispetto all'incapacità delle istituzioni e destinata anche ad alimentare nella popolazione quella paura che ha effetti deleteri, a ogni età. Con un'ulteriore beffa: le istituzioni che parlano di guerra al virus, continuano a usare denaro pubblico per armamenti (da comprare e vendere) anziché migliorare la sanità pubblica rendendola capace di salute.⁽²⁾

1. LA TRISTE CONTA DEI MORTI, DEI «CASI» E DEI PERCHÉ

Secondo i dati ufficiali, agli inizi di aprile 2021, nel mondo i decessi attribuiti a Covid-19 sono arrivati a 2,8 milioni,⁽³⁾ su una popolazione totale di 7,8 miliardi di abitanti. La mortalità totale sarebbe quindi pari allo 0,036% degli abitanti del pianeta. Sarebbero 130 milioni le persone «accertate» positive al Sars-CoV-2 strada facendo; di queste, i casi «attivi» (le persone tuttora accertate come positive al virus) ammonterebbero 22,8 milioni. Il 99,6% in condizioni «leggere» (o asintomatiche), il restante 0,4% in condizioni serie o critiche. Il resto sono i casi chiusi (comprensivi dei decessi).⁽⁴⁾ Ma quasi tutte queste cifre richiedono una riflessione.

Mortalità e letalità: le persone dietro i numeri

Sono enormi gli scarti fra paesi e aree geografiche in termini mortalità ufficiale, ovvero di decessi in rapporto al numero di abitanti: si va da zero a oltre 2mila per milione di abitanti. Questo fa del virus una cartina di tornasole (*vedi Parte 3*). L'Italia è tristemente ai primi posti mondiali, visti i 110mila «deceduti positivi all'infezione da Sars-CoV-2» (secondo la definizione dell'Istituto superiore di sanità).

Come si calcolano i decessi relativi a Covid-19, ovvero il numeratore nella frazione che determina la mortalità? Ufficialmente, le direttive dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms)⁽⁵⁾ stabiliscono che «un decesso Covid-19 è una morte che risulta da una malattia clinicamente compatibile in un caso Covid probabile o confermato, a meno che non ci sia una chiara causa di morte non legata a Covid (per esempio un trauma, un incidente). Non deve intercorrere un periodo di guarigione completa fra la malattia e il decesso». Una guida che si presta a molte ambiguità (*vedi oltre*).

A causa anche di problemi di traduzione dalla... «lingua medica ufficiale», la mortalità è spesso confusa con la letalità della malattia, in inglese *fatality ratio*. Ma qui le cose si complicano tanto al numeratore che al denominatore. Occorre infatti – e ci riferiamo sempre alle definizioni ufficiali – distinguere fra il *case fatality ratio* (Cfr) che stima la proporzione di decessi sui casi confermati, ovvero le persone che un test ha individuato come positive al Sars-CoV-2, e l'*infection fatality ratio* (Ifi) che riguarda invece il rapporto fra il numero di morti provocati da una malattia e il numero di persone infettate, ovvero tutti quelli entrati in contatto con il virus, che in grande maggioranza (soprattutto in certe aree geografiche) essendo asintomatici o paucisintomatici non hanno mai fatto un test e quindi non hanno mai saputo di essere positivi. Solo i test sierologici (con i quali si individuano le persone che sono entrate in contatto con il virus e hanno

sviluppati anticorpi) possono stimare il numero reale di individui infetti (*vedi ad esempio l'India, Parte 3*). Le tabelle ufficiali si basano sempre del Cfr (individuato dai tamponi). Un recente studio^[6] dell'epidemiologo John Ioannidis si è invece soffermato appunto sull'Ifr, mettendo insieme diverse indagini di sieroprevalenza. Ed ecco qua: tutte le valutazioni sistematiche dei dati di sieroprevalenza prese in esame convergono sul fatto che il virus Sars-CoV-2 è ampiamente diffuso a livello globale. Riconoscendo le incertezze residue, le prove disponibili suggeriscono un Ifr medio globale di 0,15% circa, e di 1,5-2,0 miliardi di infezioni totali fino a febbraio 2021, con differenze sostanziali nell'Ifr e nella diffusione dell'infezione nei vari continenti, paesi e località. Due miliardi di persone (su una popolazione mondiale di 7,8 miliardi) hanno dunque incontrato il virus e al 99,85% ne sono uscite. Del resto, già nel mese di ottobre l'Oms aveva stimato che il virus avesse raggiunto ben un decimo della popolazione mondiale...

Tante domande

La questione della letalità si lega al grado di pericolosità del virus, che è contagiosissimo: dunque, per un fatto aritmetico, anche una bassissima letalità (soprattutto stimando l'Ifr) rende numerosi i morti. Ma non finisce qui. Il ruolo dell'infezione da Sars-CoV-2 nei decessi, in Italia e nel resto del mondo, appare legato solo in parte alla pericolosità del virus stesso e alla sua elevata contagiosità. Tanti elementi di dubbio sono stati evocati. Possibili errori nei tamponi che attestano la presenza del virus. Diagnosi di decesso da Covid-19 fatte in presenza di altre malattie terminali. Mancata protezione delle persone a rischio malgrado le (o forse a causa delle) misure di restrizione a tappeto. Ritardi nell'intervento di prevenzione e terapeutico. Errori come la concentrazione di soggetti a rischio in ospedali e case di riposo. Corto circuito fra mancata medicina sul territorio e ospedali e terapie intensive piene. Terapie tardive e non centrate. Caduta dei livelli di assistenza sanitaria per le altre malattie in questo anno 2020, dunque più morti non-Covid. *De te fabula narratur*: sembra proprio un elenco adatto all'Italia. Quante morti si potevano evitare? E quante no, e come mai?

Infinito, fino a diventare depistante, è stato il dibattito intorno al concetto di «morti per Covid» e «morti con Covid», cioè le persone che sarebbero decedute a causa di altre patologie ma con test di positività al virus. Del resto, Epicentro dell'Istituto superiore di sanità usa la prudente frase «deceduti positivi al Sars-CoV-2». Come districarsi? Come vengono classificati i decessi nei vari paesi? «L'espressione "morto a causa di Covid" o "Covid come causa di morte" coinvolge scelte valoriali e concettuali. (...) Il virus è un fattore selettivo all'opera, che aumenta il rischio di morte di certe persone (...) muoiono prima dell'atteso, o molto prima».^[7] Stefano Manera, un rianimatore che nel mese di marzo ave-

va servito come volontario presso l'ospedale papa Giovanni XIII di Bergamo, in un'intervista ha ritenuto la distinzione «morto con o morto per» priva di valore nei casi in cui la presenza del virus abbia accorciato la vita di persone pur gravate da patologie. Naturalmente, è ben diverso se la speranza di vita di una persona ammalata viene ridotta di anni oppure di poche settimane o mesi, magari di sofferenza...

Zone d'ombra esistono, se il presidente dell'ordine dei medici della Liguria, nel mese di aprile 2020 dichiarava: «In Italia si è deciso di inserire nei casi di Coronavirus tutti quelli che sono stati scoperti positivi o durante la vita o anche nel *post mortem*. Così noi stiamo azzerando la mortalità per qualsiasi patologia naturale che sarebbe occorsa anche in assenza del virus». ⁽⁸⁾ Un immunologo francese che lavora in Svezia ha spiegato che da un lato il numero di morti può essere sovrastimato perché sono decedute positive al virus molte persone che sarebbero comunque morte nei prossimi mesi; al tempo stesso in una fase iniziale non tutti erano testati e quindi poteva accadere che polmoniti fossero dichiarate Covid o il contrario. Anche specialisti italiani si sono espressi in questi termini: «persone che muoiono in ospedale dove sono arrivate per altre patologie (per esempio cardiache o tante altre) e poi sono state scoperte positive... e poi sono morte». Anche un'audizione al Parlamento irlandese ⁽⁹⁾ ha confermato che in caso di positività al test, venivano incluse nella statistica di sorveglianza Covid-19 anche le persone morte in ospedale per infarto e traumi. Salvo essere eventualmente rimosse dopo la valutazione del coroner. Lo stesso avviene nello Stato del Punjab (*vedi Parte 3*).

Le indicazioni dell'Istat per la compilazione della scheda di morte recitano: ⁽¹⁰⁾ «È importante riportare sempre l'informazione, confermata o sospetta, della presenza di Covid-19. Se si ritiene che il Covid-19 abbia causato direttamente il decesso, riportare questa condizione in parte I, anche se non c'è una diagnosi confermata». Per «causa iniziale di morte si intende la causa principale del decesso, ovvero la condizione morbosa direttamente responsabile. È definita e individuata fra tutte le malattie certificate dal medico sulla scheda di morte, sulla base delle regole dettate dall'Oms». Nel suo rapporto di fine anno, ⁽¹¹⁾ l'Istat spiegava che «l'impatto di Covid-19 ha probabilmente causato nelle persone con condizioni di salute estremamente compromesse l'anticipazione delle morti che sarebbero comunque avvenute nel breve periodo. Inoltre, può essere ipotizzato che, in alcuni casi, Covid-19 possa non essere la causa principale del decesso ma una concausa». Come indicano le già menzionate analisi periodiche dell'Istituto superiore di sanità- Epicentro («Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da Sars-CoV-2»), basate su un campione di pazienti positivi deceduti, l'età media dei decessi è di 80 anni, la mediana di 82, e le cartelle cliniche rivelano una media di

3,6 patologie pregresse (salvo per il 3% dei morti). Covid agisce come detonatore di complicanze.

Uno studio dell'Ihu, centro marsigliese per le malattie infettive⁽¹²⁾ ha tracciato il profilo dei pazienti morti con diagnosi Covid fra il 1 marzo e il 4 novembre 2020 negli ospedali di Marsiglia. A parte l'età in genere avanzata, in sé un fattore di rischio se si accompagna a patologie, si è soffermato su queste ultime: «Facendo ricordo al Charlson Comorbidity Index che predice l'aspettativa di vita di un paziente con una gamma di condizioni patologiche coesistenti abbiamo verificato che il 90% dei deceduti in ospedale aveva una probabilità dell'85% di morire entro l'anno. Per i pazienti la cui speranza di vita era superiore, ci si è interessati alla loro storia clinica; quasi tutti avevano comunque importanti patologie coesistenti: enfisema polmonare, demenze, obesità patologiche. Solo per due persone non sono stati trovati fattori associati e ci potrebbe essere un'anomalia genetica, un deficit di attività parte degli interferoni di tipo I, molecole del sistema immunitario».

E tuttavia, si ribadisce punto essenziale: «È imperativo curare tutte le persone in temo, bisogna fare di tutto per evitare che la loro aspettativa di vita si accorci». Le cure tempestive, sempre.

Il criterio dell'eccesso di mortalità rispetto agli anni precedenti

In presenza di tutte queste incertezze si potrebbe ricorrere - come si fa quando si verifica un'emergenza, epidemia, carestia, guerra, pandemia - a un criterio detto «eccesso di mortalità»: nella fattispecie il confronto, per una data popolazione, dei decessi totali per un determinato territorio nel 2020 rispetto alla media dei cinque anni precedenti. Anche se questo paradossalmente imputerebbe al virus anche le vittime provocate dalla reazione politica, economica, sanitaria alla sua diffusione... In una puntata della trasmissione di inchiesta *Report* (Rai 3), l'ex generale Pier Paolo Lunelli, autore di piani pandemici per diversi paesi europei, ha spiegato che «il tasso di mortalità da calcolare non è solo quello dei decessi Covid ma anche quello causato dall'emergenza sanitaria dovuta agli interventi anti-pandemici». E nel caso dell'Italia, l'ultimo rapporto Istat-Iss⁽¹³⁾ indica: «Nell'anno 2020 il totale dei decessi per il complesso delle cause è stato il più alto mai registrato nel nostro paese dal secondo dopoguerra: 746.146 decessi, 100.526 in più rispetto alla media 2015-2019 (15,6% di eccesso). (...) Guardando alle classi di età, il contributo più rilevante è dovuto all'incremento delle morti nella popolazione con 80 anni e oltre, che spiega il 76,3% dell'eccesso di mortalità complessivo».

Negli ultimi mesi del 2019 e nei primi due del 2020 c'è stata una minore mortalità stagionale (inferiore di 7.600 unità), che forse ha portato all'accumulo

nella popolazione di un serbatoio di persone fragili, in seguito colpite pesantemente dall'emergenza. Senza dimenticare che anche nel 2015 ci fu un eccesso di mortalità di 50mila unità rispetto al 2014, ecco un altro dato: non tutta la mortalità in eccesso del 2020 è imputata al virus. Infatti «nel Sistema di sorveglianza nazionale integrata Covid-19 dell'Iss, sono stati registrati 75.891 decessi con data di evento entro il 31 dicembre 2020». E gli altri? Morti collaterali? Ecco: «L'eccesso di mortalità può fornire un'indicazione dell'impatto complessivo dell'epidemia, non solo tenendo conto dei decessi attribuiti direttamente a Covid-19, ma anche di quelli che possono essere sottostimati o indirettamente collegati, come le morti causate da un trattamento ritardato o mancato a causa di un sistema sanitario sovraccarico».

Un modello... di errori

Ma appunto: il bilancio di cui sopra giustifica la strategia italiana (si dice: altrimenti sarebbe andata peggio), oppure ne certifica il fallimento (perfino rispetto all'indicatore che dovrebbe essere la linea guida: ovvero ridurre i danni a partire dai morti)? Perfino nell'epicentro della crisi, Bergamo, i decessi in più per cause extra-Covid sono stati più elevati di quelli per Covid-19...Forse – e non solo in Italia – ha contribuito al disastro una modalità di gestione che, se nella prima fase (primavera 2020) si poteva parzialmente spiegare con l'effetto sorpresa, successivamente è stata molto meno scusabile. Il Comitato per la difesa della Costituzione (Comicost) ha presentato nei confronti del governo un esposto per epidemia colposa⁽¹⁴⁾ chiedendo di «valutare se colpevoli ritardi e ravvisate omissioni possano condurre a formulare a carico del ministro della salute e del presidente del Consiglio, nonché di ogni altro soggetto implicato, il reato di epidemia colposa di cui all'art. 452 c.p., richiamante l'art. 438 c.p., e ciò per aver cooperato colposamente a determinare o non arrestare la diffusione del virus e del contagio epidemico (...) Per non parlare della più totale assenza di una medicina di base, di presidi e di interventi territoriali e domiciliari». Ma sono molte le indagini in corso da parte della magistratura, spesso sulla base di ricorsi presentati dalle famiglie dei morti, soprattutto nell'epicentro lombardo. Un'inchiesta della trasmissione Report (30 novembre 2020)⁽¹⁵⁾ ha portato alla luce un rapporto di esperti internazionali per conto dell'Oms, poi imboscato dalla stessa Oms, che stigmatizzava il mancato aggiornamento del piano pandemico da parte del governo, ma soprattutto bocciava di fatto l'Italia, governo e regioni più colpite, per la gestione caotica delle prime fasi.

Si è molto parlato del taglio di decine di migliaia di posti letto e centinaia di reparti negli ospedali pubblici. «Non sappiamo dove portare i morti, non sappiamo dove ricoverare i malati»: questo è stato marzo 2020 in Lombardia, la regione

della medicina specialistica. Il fatto è che un'epidemia si ferma sul territorio. Invece, la medicina di base, già parzialmente smantellata, è stata disattivata proprio nell'emergenza, quando una circolare del ministero della salute ha disposto che i pazienti potessero essere curati telefonicamente; una procedura deresponsabilizzante, determinata dal panico e imposta dalla mancanza di dispositivi di protezione individuale per l'assistenza domiciliare.⁽¹⁶⁾ Così in assenza di quest'ultima, molti pazienti peggioravano andando a finire in ospedali al collasso senza più posti disponibili (anche nel 2018 si era verificato un sovraffollamento nelle rianimazioni). Solo dopo molto tempo – quasi un anno – si è arrivati a riconoscere l'utilità delle cure precoci, praticate all'epoca da pochi medici coraggiosi. Il mancato soccorso tempestivo e la mancata attenzione focalizzata sulle categorie a rischio di ammalarsi in modo grave si completava con l'utilizzo delle residenze assistite per anziani come luogo di ricovero per pazienti risultati positivi ma che non necessitavano di controlli clinici. D'altro canto non venivano chiusi, in provincia di Bergamo, pronto soccorso infetti. Eppure, la prima regola è che il patogeno non entri negli ospedali. Sotto accusa anche la mancata chiusura di certe industrie. A questo si aggiungano possibili errori terapeutici nelle prime settimane, dovuti anche al fatto che le autopsie non erano consigliate dal governo. Solo grazie a queste ultime, eseguite presso l'ospedale papa Giovanni XIII di Bergamo, si è compreso che la presenza di trombi (prevenibili) era una delle cause dei decessi.

Ma nella seconda ondata, dall'ottobre 2020, come mai tante vittime? Perché l'opportunità offerta dalla requie dei mesi estivi⁽¹⁷⁾ non è stata colta? Va detto che l'Italia è stata in numerosa compagnia.

2. LE VITTIME COLLATERALI E GLI ALTRI MORTI

«Ogni intervento nel campo della salute pubblica deve porsi l'obiettivo di permettere al maggior numero di persone di vivere più a lungo e più in salute. L'applicazione del principio "Primo non nuocere" implica che i benefici degli interventi pubblici devono superare gli effetti negativi. Il compito della salute pubblica non è solo considerare le vite che si possono salvare con le politiche per limitare la diffusione del virus Sars-CoV-2 ma considerare il numero totale di vite salvate o perse come risultato della pandemia e delle risposte alla stessa»: questo ricordano i tre autori di un articolo sulla rivista medica inglese *British Medical Journal*. Che prosegue: «Le conseguenze negative delle scelte di salute pubblica dovrebbero essere considerate in modo esplicito e riferite in modo trasparente per limitare i loro danni». Ma «occorrono decisioni informate a protezione della salute delle comunità. Un obiettivo "zero virus" non è realistico né sostenibile per la maggior parte dei paesi.» Gli autori affrontano vari capitoli. Intanto i danni collaterali diretti o indiretti. Per esempio, nei paesi a medio e basso, le recessioni economiche aumentano i tassi di mortalità (nei paesi a reddito elevato, invece, la correlazione è controversa). «La gravità dello shock economico provocato dalle misure per contenere il virus suggerisce fortemente la necessità di rivalutare la mortalità attesa nei vari paesi (...)».

Trascurare la salute

Quanti sono stati, sono e saranno i decessi collaterali, per l'aggravarsi della miseria e soprattutto a causa di malattie la cui diagnosi e cura è stata trascurata causa Covid-19? Ecco una sintesi, intanto per l'Italia: «C'è un dato molto preoccupante: secondo l'Istat, l'Italia nel 2020 ha avuto circa 30mila morti in più rispetto a quelli attribuiti a Covid-19 e a quelli attesi per le altre patologie. Vittime silenziose, collaterali, di qualcosa che si consuma lontano dai riflettori. A lanciare l'allarme è Filippo Anelli, presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli ordini dei medici, che traccia un quadro di quelli che sono i pazienti che più hanno risentito dell'ondata di Covid-19 che ha travolto gli ospedali. "In cima naturalmente ci sono i tumori. Dati diffusi dall'associazione Salutequità mostrano come per esempio gli screening oncologici siano letteralmente crollati"

Ma c'è di più: "Tanti colleghi oncologi - segnala Anelli - mi dicono che al primo accesso dei pazienti vedono quadri di evoluzione dei tumori più avanzati, che non si vedevano da tanto tempo perché eravamo riusciti a fare diagnosi molto precoce. In prima diagnosi non succedeva quasi più di vedere malattie così avanzate". C'è poi il capitolo delle patologie cardiovascolari, in maniera partico-

lare degli infarti”, fa notare Anelli. Una delle prime “emergenze nell’emergenza” evidenziatasi già in occasione della prima ondata Covid. C’è stato un aumento e “anche su questo i colleghi cardiologi ci dicono che i quadri che si vedono oggi in pronto soccorso sono di infarti in fase acuta. Le persone arrivano con un certo ritardo” e questo ha conseguenze gravi in una patologia tempo-dipendente. “Ogni minuto perso equivale a una parte importante di tessuto cardiaco che muore. (...) Un effetto atteso è l’aumento delle patologie psichiatriche che si verifica in ogni crisi di questo genere».⁽¹⁸⁾

Già a maggio 2020, la Società italiana di cardiologia, registrava in 54 ospedali una mortalità per malattie cardiache tre volte maggiore rispetto allo stesso periodo del 2019: dal 4,1 % al 13,7%. Un aumento dovuto nella maggior parte dei casi a un infarto non trattato o trattato tardivamente. Il 18 novembre 2020, appello dei cardiologi regione del Piemonte: la mortalità in pazienti cardiopatici è al 60%, non chiudete i reparti di cardiologia. Riconversioni, chiusure e ridimensionamenti dei posti letto delle cardiologie erano all’ordine del giorno.⁽¹⁹⁾ A un anno dall’inizio della crisi sanitaria in Italia, nel marzo 2021 si leggevano ancora notizie come questa: «A causa dell’aggravarsi della pandemia e della necessità di ulteriori misure per garantire sufficienti posti letto a disposizione dei pazienti Covid, l’Unità di crisi della Regione Piemonte ha dato disposizione a tutte le aziende sanitarie del Piemonte di sospendere temporaneamente i ricoveri non Covid, escluse le urgenze, i ricoveri oncologici e quelli in cosiddetta fascia “A”, cioè da effettuare entro 30 giorni. (...)». Esclusi per fortuna dal provvedimento anche gli screening oncologici. Ma è certo che le visite rinviate e gli screening mancati per varie malattie hanno danneggiato il principio della diagnosi precoce di tumori e malattie croniche, si allarma la Ropi (Rete oncologica pazienti). L’aumento dei decessi si vedrà nel tempo. Ricordiamo che di cancro muoiono in media 500 persone al giorno.

Un altro studio⁽²⁰⁾ ha sollevato un ulteriore problema: «Le misure di prevenzione anti-pandemica, come i lockdown, il distanziamento fisico/sociale, l’auto-isolamento, la quarantena possono aumentare i fattori di rischio e di mortalità per le persone affette da malattie non trasmissibili: con un maggiore ricorso a cibi malsani, al tabacco, all’alcol, e con attività fisica ridotta. Le persone con patologie croniche e difficoltà socioeconomiche hanno meno accesso ai servizi e questo peggiora la qualità della vita e i rischi di morte, anche per suicidio». E che dire degli anziani morti in casa, magari registrati fra i decessi Covid, ma in realtà indeboliti dalla mancata fisioterapia, da visite osteopatiche negate, dalle cure per patologie croniche, il tutto peggiorato dall’immobilità? Ma sono successi perfino mancati interventi in caso di incidenti occorsi a persone sane.

Lontano dagli occhi (nostri)

La lotta contro Covid concentra tutti gli sforzi sanitari ed economici, pressoché dovunque. E così, «la maggior parte delle morti *da* Covid-19 non verranno dal virus», titolava il sito della Bbc, maggio 2020. Sarà molto difficile verificare, a bocce ferme e virus archiviato, ma è notorio: le attenzioni riservate alla Covid-19 hanno peggiorato le possibilità di curare e prevenire decessi per altre malattie. Ad esempio, la responsabile Onu per la lotta contro l'Aids ha detto testualmente: «Covid-19 sta ampliando le disuguaglianze che già esistevano. Sta minacciando i progressi che il mondo ha fatto nella salute e nello sviluppo degli ultimi 20 anni, compresi i passi avanti nella lotta contro l'Hiv».

Già il 1 giugno 2020, l'Oms dopo una ricerca condotta nel mese di maggio in 155 paesi sottolineava come i servizi di prevenzione e trattamento delle malattie non trasmissibili fossero gravemente colpiti dalla pandemia, soprattutto nei paesi a basso reddito. Cancellazioni di esami (e relative malattie non diagnosticate) e trattamenti previsti, assenza di mezzi di trasporto oppure mancanza di staff - trasferito sull'emergenza coronavirus. In Africa le attività per la prevenzione della malaria sono state ridimensionate a causa delle restrizioni e della riallocazione di risorse vitali; la malattia aveva provocato nel 2019 oltre 400mila morti, in gran parte piccoli nell'Africa sub-sahariana. Non ci sono ancora statistiche per il 2020, ma sarebbe una beffa se i bambini africani, in assoluto i più lontani da Covid-19, diventassero vittime collaterali di questa crisi sanitaria nel futuro prossimo.⁽²¹⁾ Un'altra spada di Damocle è l'aumento della sottonutrizione – fonte di diverse patologie e di una minore resistenza ad alcune malattie infettive come appunto la malaria.⁽²²⁾

Quali scenari si prospettano per la mortalità materno-infantile nei paesi a basso reddito, se l'emergenza Covid-19 peggiora le performance dei sistemi sanitari e riduce l'accesso al cibo, aumenta la prevalenza della malnutrizione acuta (*wasting*), riduce la copertura di antibiotici contro la polmonite e la sepsi neonatale così come dei sali di reidratazione orale contro la diarrea? La mortalità aggiuntiva potrà essere valutata solo con il tempo, hanno spiegato gli esperti. Ma già nell'epoca pre-Covid morivano ogni anno 28 neonati su mille e 200mila mamme, durante la gravidanza o il parto. Un altro grande problema è stata l'interruzione delle terapie per malati di cancro e Aids durante il lockdown, ha sottolineato, in una conferenza stampa virtuale, la presidente dell'Alleanza delle organizzazioni dei pazienti in Uganda.⁽²³⁾ In tutto fra malaria, Hiv/Aids e tubercolosi, il continente potrebbe registrare un milione di morti in più rispetto a quanto atteso (mortalità in eccesso). Un'assurda beffa per un continente resiliente a Covid-19.⁽²⁴⁾ Tristemente emblematiche di un intreccio infernale, le morti di minatori dell'Africa meridionale che dopo anni di lavoro in Sudafrica (45mila addetti),

con la loro chiusura sono tornati a casa, interrompendo i controlli e i trattamenti, non disponibili nelle località d'origine.⁽²⁵⁾

Per un confronto: lo stillicidio dei «morti per altro»

I morti non sono tutti uguali, dicevano i pacifisti al tempo della guerra del Golfo (1991) quando i cronisti occidentali deploravano il decesso dei marines statunitensi ignorando quello di centinaia di migliaia di civili e soldati iracheni. Allo stesso modo, una vignetta del 2020 mostrava una serie di facce che sbadigliano a sentir parlare di morti di guerra, di fame, di obesità, di diabete, di suicidio, di errori medici, di infezioni, di cancro, di polmonite. Dalla Spagnola a oggi, mai nessuna patologia sembra aver impressionato quanto Covid-19. «La salute prima di tutto», si continua a ripetere per sostenere le misure contro il coronavirus. È proprio retorico ricordare il resto? Le altre morti, per malattie infettive o croniche, legate alla povertà o alla distruzione dell'ambiente, alla carenza dell'essenziale (cibo, acqua, habitat) o a un avvelenato eccesso?

Secondo l'Unicef, «nel 2019 sono morti 5,2 milioni di bambini fra zero e 5 anni, certo il 59% in meno rispetto al 1990, ma non basta. Le loro vite (come quelle delle loro mamme) possono essere salvate. Polmonite, diarrea e malaria sono responsabili di quasi un terzo delle morti sotto i 5 anni, mentre i decessi neonatali avvengono soprattutto a causa di nascite premature e complicazioni durante il travaglio e il parto. Tutte cause facilmente prevenibili e curabili che l'accesso inadeguato a un'assistenza sanitaria di qualità e ad aiuti salva-vita rende impraticabili in molti paesi. Inoltre, oltre un bambino su 4 muore prima del quinto compleanno a causa di un ambiente malsano: inquinamento atmosferico, rifiuti chimici e scarti di materiali elettrici. L'acqua contaminata provoca malattie intestinali; ne muoiono ogni anno 1,5 milioni di bambine e bambini. Nei paesi colpiti da catastrofi ed emergenze umanitarie, poi, i rischi per la salute aumentano notevolmente, con servizi sanitari spesso inesistenti o inaccessibili, neonati, bambini, adolescenti e madri vivono in serio pericolo. Gli adolescenti sono più esposti a incidenti, infortuni e gravidanze non volute e soffrono maggiormente le ripercussioni fisiche, mentali ed economiche di Hiv/Aids e malattie croniche». Ogni giorno in media nel mondo muoiono di polmonite – l'infezione più insidiosa – duemila bambini di meno di cinque anni. La mancanza di ossigeno, adesso sotto i riflettori in riferimento a Covid-19, è una costante nei paesi africani. La tubercolosi ha ucciso nel 2019 ben 1,4 milioni di persone, il 95% delle quali vivevano nei paesi impoveriti. Ed ecco un altro numero stratosferico, secondo l'Oms: undici milioni di persone (fra cui 2,9 milioni di bambini) muoiono annualmente di sepsi, una malattia prevenibile. Colpisce 49 milioni di individui ogni anno e anche chi sopravvive ne porta gli strascichi.

Poco ci si sofferma sulla prevenzione della «pandemia delle malattie non trasmissibili» (Non communicable diseases, Ncd) dette anche «croniche»:⁽²⁶⁾ l'insieme delle patologie non contagiose che ogni anno nel mondo uccidono intorno ai 40 milioni di persone, il 70% delle morti totali «premature». A seconda delle patologie e dei contesti, la povertà, l'impatto della circolazione globale di prodotti nocivi, l'inurbamento o l'invecchiamento sono i fattori guida delle morti cosiddette premature per Ncd. Ogni anno, quasi 18 milioni di morti sono attribuibili alle malattie cardiovascolari; 9 milioni al cancro; 3,9 milioni alle malattie respiratorie croniche; 1,6 milioni al diabete - che colpisce anche in Europa tre volte di più la popolazione a basso reddito; preoccupa la sua diffusione presso i giovanissimi. Questo gruppo di 4 patologie totalizza l'80% di tutte le morti per malattie non trasmissibili. Fra i rischi comportamentali modificabili (anche in un breve lasso di tempo): mancanza di attività fisica, diete malsane, uso di alcol e tabacco. Fattori metabolici: pressione sanguigna elevata, obesità/sovrappeso, iperglicemia, iperlipidemia. Da notare anche la saldatura fra l'impatto ambientale (e dunque sanitario) degli allevamenti intensivi e il peso dei prodotti della zootecnia nelle malattie croniche.

Secondo lo *State of Global Air Report*, la grande maggioranza della popolazione mondiale, soprattutto nei paesi a reddito basso e medio basso, vive in ambienti – outdoor e/o indoor – che hanno una pessima qualità dell'aria. A livello mondiale, all'inquinamento atmosferico come causa o concausa vengono ricondotti almeno 6,5 milioni di decessi all'anno (dati della Commissione *Lancet Inquinamento e salute* 2015); all'inquinamento idrico 1,8 milioni di morti; alle nocività sul posto di lavoro 0,8 milioni di morti. Arriviamo a 9 milioni di morti all'anno per inquinamento in senso lato; ma si sottostima l'impatto delle sostanze chimiche nocive emergenti. Anche l'inquinamento acustico intenso contribuisce a decessi precoci per malattie cardiocircolatorie. In Europa e soprattutto in Italia le persone vivono più a lungo ma in precarie condizioni di salute. Nel 2019, i principali fattori di rischio in Europa sono ipertensione, tabacco, cattiva alimentazione, glicemia alta e obesità. Nel continente, ben 400mila persone muoiono per patologie connesse all'inquinamento. Siccome queste malattie e i loro fattori di rischio accrescono la vulnerabilità all'infezione Covid-19 e la probabilità di esiti funesti, anche nei giovani, la Settimana globale di azione sulle malattie non trasmissibili (dal 7 al 13 settembre), nel 2020 è stata all'insegna della pandemia.

3. LE MISURE ANTICOID E LE DOMANDE ESSENZIALI

È successo che le azioni protettive più utili sono state neglette; proprio nei paesi a più elevata mortalità (Occidente e parte dell'America latina). Quale era infatti l'obiettivo delle svariate e diversificate misure restrittive per il contenimento del coronavirus dispiagate qua è là nel mondo? Evitare o ridurre i morti e malati gravi e non mandare in tilt le strutture mediche). Ma dove si sono concentrate, chi hanno colpito le forme serie e mortali, salvo le solite eccezioni? Ecco: per semplificare, i fattori di rischio principali (*vedi Parte 2*) sono da imputarsi al consumismo di basso costo. Alimentazione sbagliata - eccessiva e povera. Sedentarietà. Abitudini nocive come fumo, alcol ed eccesso di farmaci. Il tutto accumulato nei decenni e (dunque) anche appesantito dall'età. Cosa si è fatto per ridurre i fattori di rischio cronici?

Gli scenari determinanti di un epidemiologo imperiale

La storia non si fa con i se. È dunque difficile dire che cosa sarebbe successo a livello di mortalità se istituzioni ed esperti avessero reso altre misure. Si può tuttavia fare un confronto fra paesi (*vedi Parte 3*). Le previsioni più catastrofiche, agli inizi della crisi sanitaria, furono i modelli elaborati dall'università britannica Imperial College di Londra e in particolare dall'epidemiologo Neil Ferguson, il quale oltre ai vari incarichi pubblici e privati ha ricevuto, nel 2002, l'Ordine dell'Impero (*sic*) britannico. L'esperto in modellistica, prima di scivolare su una buccia di banana (in pieno lockdown inglese predicava «state a casa e frequentate solo congiunti» ma incontrava clandestinamente una non-congiunta), aveva annunciato a metà marzo 2020 la morte certa – in caso di mancata chiusura – di oltre mezzo milione di francesi, quasi 600mila inglesi e 1,2 milioni di statunitensi; altre previsioni avevano riguardato paesi africani (*vedi Parte 3*); e la Svezia che secondo lui a giugno 2020, senza lockdown, sarebbe arrivata a 100mila morti.

Non è affatto edificante la ventennale storia professionale di Ferguson, anzi.⁽²⁷⁾ Perfino il sito anti-fake news Ferret non è riuscito a smentirla, ma solo a spiegare che i suoi scenari mai avveratisi non erano previsioni ma appunto «scenari peggiori». Nel 2002, Ferguson (dopo aver provocato l'abbattimento nel 2001 di 6 milioni di ovini e bovini sulla base dei suoi studi sull'afta epizootica) aveva stimato fino a 150mila morti umani britannici le possibili vittime nello «scenario peggiore» relativo all'encefalopatia spongiforme bovina (Bse). Nel 2005, mentre si temeva una mutazione del virus dell'influenza aviaria (che fruttò grandi somme all'industria farmaceutica), l'epidemiologo paragonò quest'ultima alla Spagnola prospettando in questo caso fino a 200 milioni di morti. I decessi umani furono

poche centinaia in tutto il mondo. Nel 2009 il suo «scenario peggiore» relativo all'influenza suina (H1N1) parlava di 65mila morti nel suo paese; furono meno di 500. La modellistica fergusoniana portò allo sterminio a scopo precauzionale di un numero indicibile di animali - ovini, bovini, polli, suini a seconda dei casi - con tutti i mezzi possibili. Il potere della scienza. Che invece dovrebbe coltivare anche il dubbio.

Il corto circuito fra misure e panico, decisori e persone

Un presidente del consiglio (italiano) è arrivato a chiedere umilmente aiuto a due influencer milionari, re e regina dell'effimero consumistico. Un corto circuito che dice moltissimo.⁽²⁸⁾ Forse perfino più delle misure autocratiche, imposte a colpi di Dpcm (Decreti della presidenza del Consiglio dei ministri, atti amministrativi non necessitanti di ratifica da parte del Parlamento).

I governi. Le organizzazioni sanitarie. Gli scienziati. I media. I social. La pandemia ha assegnato a questi protagonisti un (bio)potere mai visto. L'assunto è stato: «In nome della salute e della vita limitiamo la vostra libertà individuale di nuocere a voi stessi e agli altri». E sarebbe umano, giusto e lungimirante; benché mai accaduto prima per infinite emergenze. Tuttavia, a guardare i risultati è lecito avanzare domande. Perché il problema non è che una parte privilegiata delle società non possa andare per il mondo su aerei low-cost, o allo stadio, al concerto, in palestra, dall'estetista, al ristorante, in discoteca o a sciare. C'è la necessità di riconvertire ciò che è consumistico. Ma è grave impedire la libertà di muoversi, perfino a piedi nel parco. Ed è grave l'impatto sociale, economico e psicologico di misure a tappeto, che colpiscono selettivamente i più deboli, i quali magari non hanno accesso a prebende e bonus.

Per lo stato di emergenza prorogato di continuo, con la parziale sospensione della Costituzione,⁽²⁹⁾ le istituzioni si trincerano dietro comitati e consigli scientifici. I quali ospitano di tutto: persone con enormi conflitti di interesse, consulenze e partecipazioni nel mondo farmaceutico e para-farmaceutico; soggetti arroganti che si insultano reciprocamente; litigiosi aspiranti oracoli incapaci di confessare errori; nuove star mediatiche ben pagate per le consulenze televisive... Ma la religione della scienza, la medicina come religione, impedisce ogni critica. Eppure, denuncia la «politicizzazione, corruzione e soppressione della scienza» perfino un editoriale del *British Medical Journal*: «I politici e i governi stanno sopprimendo la scienza. Dicono che lo fanno nel pubblico interesse, per accelerare la disponibilità di strumenti di diagnostica e trattamenti, per l'innovazione, per immettere prodotti sul mercato con grande rapidità. È plausibile, in parte. Ma in realtà la scienza viene soppressa per il guadagno politico e finanziario. Covid-19 ha scatenato una corruzione su ampia scala. Ha rivelato quanto il

complesso medico-politico possa essere manipolato in un'emergenza». E anche: «Spesso dicono che stanno seguendo la scienza, ma è una ultra-semplificazione. La scienza di rado è assoluta. Raramente si applica a ogni situazione e a ogni popolazione. Non ha senso seguirla ciecamente». Ma allora «come può la scienza essere salvaguardata in questi tempi eccezionali? Il primo passo è svelare i conflitti di interesse nella piena trasparenza sui meccanismi e processi decisionali nei quali sono coinvolti politici, scienziati, consulenti, commissari. E la responsabilità per i propri atti».⁽³⁰⁾ E gli interessi partono dall'alto. Si pensi agli studi pilotati che hanno bocciato o promosso questo o quel farmaco (*vedi Parte 2*). L'Organizzazione mondiale della sanità è finanziata dal settore privato, da filantropi e da alcuni Stati.

I media? Il web? Perfino i social dominanti? Come nelle migliori guerre di aggressione, fanno il loro lavoro dalla parte del potere, degli stereotipi e degli share di ascolto. Ma stavolta, il loro obiettivo non è demonizzare il nemico esterno di turno che veniva bombardato per portare democrazia e diritti umani. Il compito è istillare la paura. La trattazione mediatica del conflitto da parte dei media francofoni belgi è stata analizzata dal documentario *Ceci n'est pas un complot* di Bernard Crutzen (anni fa autore e regista di un film sull'artemisia, erba antimalaria boicottata da interessi e lobby). Passa in rassegna un anno di Covid visto dai media. Naturalmente con domande qui e là, sulla validità degli strumenti diagnostici, sulla complicità dei media nel semplificare la partita, sulle remunerazioni degli esperti governativi consultati al tempo stesso da media e governi.⁽³¹⁾ Ed è come se parlasse anche dell'Italia. La strategia della tensione («attenti o moriremo tutti»; sostituita poi da «ci salva il vaccino») va di pari passo con la censura praticata dagli oligarchi del web e con le accuse di terrapiattismo, negazionismo, egoismo godereccio nei confronti di chi, pur non negando affatto la malattia né credendola originata da un complotto, esprime opinioni discordanti sulle misure intraprese e sugli interessi in gioco. «Vai a vedere una terapia intensiva», è l'invito più gentile. Ma sullo sfondo, c'è – appositamente – l'accostamento con chi nega lo sterminio nazista degli ebrei. Ce n'è di che costringere tanti all'autocensura.⁽³²⁾

Sette categorie di misure anti-virus (più che anti-Covid?)

L'articolo 13 della Dichiarazione universale dei diritti umani stabilisce al comma 1 che ogni individuo ha diritto alla libertà di movimento e di residenza entro i confini di ogni Stato. La pandemia lo ha archiviato. Il virus Sars-CoV-2, altamente contagioso, con sostanziali esiti gravi o fatali in persone ad alto rischio, ha avuto la capacità di causare un enorme sconvolgimento sociale ed economico. Non Pharmaceutical Interventions (Npi), in italiano interventi non farmacologici sono

le misure messe in atto per contrastare la diffusione dell'epidemia. Un data base europeo⁽³³⁾ le classifica in sette categorie (e comprende i sistemi di cura): 1) distanziamento fisico (la più ampia: gli ordini o raccomandazioni di confinamento domestico, avvertenze circa gli incontri privati, restrizioni sugli eventi pubblici, chiusure di spazi e servizi - luoghi di lavoro, negozi, luoghi di intrattenimento -, chiusure o limitazioni dei trasporti pubblici, chiusura delle scuole di vari ordini e gradi); 2) misure di igiene e sicurezza: interventi per ridurre la portata infettiva dei contatti (per esempio l'uso di mascherine) e azioni riguardanti la disinfezione degli spazi pubblici e il miglioramento della sicurezza dell'aria (*sic*); 3) gestione dei casi e quarantena: relativa alla gestione dei casi di Covid-19 o meglio di persone positive al Sars-CoV-2 e ai loro contatti, dunque il tracciamento, l'isolamento dei casi, la quarantena per chi è stato a contatto con un caso infetto; 4) assicurare la capacità di trattamento e cura per i casi Covid e non Covid; 5) comunicazione alla popolazione, valutazione dei rischi, attivazione di team di emergenza; 6) restrizioni ai viaggi e alla mobilità interni; 7) restrizioni ai movimenti transfrontalieri, chiusura delle frontiere marittime, aree e terrestri. È stato il pacchetto di queste misure ad aver evitato decine di milioni di morti? Molti paesi hanno applicato solo alcune di queste misure, anche per brevi periodi e i loro risultati in termini di mortalità sono migliori di quelli dei paesi «rigorosi» (*vedi le Parti 2 e 3*).

Domande invano rivolte a chi dovrebbe rispondere

Il virus è un aspetto della questione. L'altro è come si diffonde e dove, e quindi come e se funzionano le misure di contenimento. L'altro è la reazione individuale al virus stesso, perché il contagio è una cosa, la malattia è un'altra - e dipende da fattori di rischio che vanno prevenuti. Infine, come e quando vengono curati i malati? Perché dopo un anno muoiono ancora 500 al giorno come all'inizio della crisi? Dove vivevano le persone decedute? Con familiari giovani? In Rsa? Da soli o con persone di pari età? E dove è avvenuto l'aggravarsi irreversibile del loro stato? Inoltre, come evidenzia uno studio su vari paesi europei che vede come autori fra gli altri l'epidemiologo John Ioannidis,⁽³⁴⁾ anche le misure efficaci possono ottenere solo una mitigazione temporanea e le ondate epidemiche possono tornare, quando le misure vengono alleggerite.

Asintomatici e contagio

È in buona parte la caccia all'asintomatico positivo (la persona nella quale, tramite appositi test, si rinviene la presenza del virus ma che non ha sintomi) a determinare le misure di lockdown, coprifuoco, scuole chiuse, limitazioni agli spostamenti. Nel mese di giugno 2020, Maria Van Kerkhove, capo del gruppo tecnico

Covid-19 dell'Oms, aveva suscitato perplessità sostenendo che la trasmissione del Sars-CoV-2 da parte degli asintomatici è molto rara; ha poi parzialmente rettificato spiegando che gli studi sono pochi. Comunque, in un massiccio programma di screening condotto in Cina su quasi dieci milioni di residenti a Wuhan, fra il 14 maggio e il primo giugno 2020, cioè in 2 settimane, test condotti su 1.174 contatti ravvicinati dei 300 casi di persone positive al Sars-CoV-2 e asintomatiche non hanno riscontrato nuovi positivi. Non ci sono prove che i casi positivi asintomatici identificati fossero infettivi, si legge nel documento.⁽³⁵⁾

Gli interventi cruciali sarebbero: a) tenere in sicurezza dalla circolazione silente del virus gli ospedali, le Rsa e le persone più fragili, e b) considerare che chi si ammala può essere curato se preso per tempo. Eppure, gli asintomatici o i pre-sintomatici continuano a essere il perno che induce a testare, tracciare e sorvegliare anche in Italia centinaia di migliaia di persone ogni giorno con gli appositi tamponi molecolari, sulla base dei quali vengono disposti l'isolamento del positivo (magari in una piccola e affollata casa) e la verifica dei suoi contatti. Un'operazione di contrasto, quella del tracciamento, molto difficile, come è stato riconosciuto più volte, quando il virus è molto diffuso. Il test per la diagnosi di infezione da coronavirus viene eseguito su un campione prelevato a livello naso/oro-faringeo, e quindi analizzato attraverso metodi molecolari di real-time Rtpcr (Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction) per l'amplificazione dei geni virali maggiormente espressi durante l'infezione. Il gruppo di «verificatori di notizie false» messo su dall'agenzia Reuters (fra gli altri) e sempre a caccia di «negazionisti della pandemia» si è occupato di una voce circolata sui social: Kary Mullis, l'inventore del procedimento Pcr, avrebbe detto che quest'ultimo non è adatto come strumento diagnostico. Alla fine il verdetto dei verificatori è:⁽³⁶⁾ l'affermazione di Mullis, anni fa (è morto nel 2019), «non significa che il test Pcr non sia capace di individuare la presenza di un virus; significa piuttosto che non può determinare se l'individuo testato sia infettivo». Ebbene, quello che conta è anche la capacità o meno di infettare da parte di un asintomatico, a distanza ravvicinata. Inoltre: è possibile che il virus rilevato dal tampone non sia vitale e infettivo, ma si tratti di frammenti di virus «morto»? È importante il livello dei cicli di amplificazione (Ct): quelli alti individuano anche la più piccola traccia di virus. Non solo: per attestare la positività si è stabilito fin dall'inizio della crisi che basta identificare uno solo dei tre geni caratterizzanti l'Rna del virus. Del resto la Food and Drug administration degli Usa (equivalente della nostra Aifa) ha ammesso a gennaio in via ufficiale⁽³⁷⁾ che i test Pcr danno troppi «falsi positivi». E poi ci sono i falsi negativi. Si leggono notizie come questa: mille passeggeri degli aerei Covid-free trovati positivi all'arrivo in Canada.

Oms: «i tamponi vanno interpretati»

«La maggior parte dei test Pcr sono indicati come un aiuto per la diagnosi, quindi gli operatori sanitari devono considerare altri aspetti, come la tempistica del campione, le osservazioni cliniche, la storia del paziente, lo stato confermato di eventuali contatti e le informazioni epidemiologiche». Lo suggeriscono le linee guida dell'Oms sui test molecolari per Sars-CoV-2, aggiornate al 20 gennaio 2021,⁽³⁸⁾ affermando che «è necessaria un'attenta interpretazione dei risultati positivi deboli». Chiarendo informazioni già fornite in dicembre, spiegano: «Il ciclo di amplificazioni che occorre per individuare il virus è inversamente proporzionale alla carica virale del paziente. Se il test non corrisponde alla presentazione clinica, è necessario rifarlo usando la stessa tecnologia o un'altra». In uno studio scientifico sono stati esaminati 3.790 campioni positivi con valori Ct noti per vedere se contenevano virus vitali. Si è scoperto che il 70% dei campioni con valori Ct di 25 o inferiori avrebbe potuto effettivamente replicarsi, rispetto a meno del 3% dei casi con valori CT superiori a 35.⁽³⁹⁾ Insomma, il test è solo uno degli aspetti da considerare. Eppure, finora è stato considerato centrale e ha condizionato tutto il resto. I tamponi, insieme al bollettino sui morti, sono il pilastro dell'allarme mondiale e della strategia ugualmente mondiale di contenimento e/o soppressione del virus Sars-CoV-2 e «dunque» della pandemia Covid-19. Il tampone positivo bolla come ammalati anche gli individui che non hanno, non avevano e non avranno il minimo sintomo di Covid. La presenza del virus individuata dal tampone ha determinato anche il divieto, in Occidente, delle cure domiciliari, con il conseguente affollamento degli ospedali...più morti, più infezioni...*Last but not least*, il tampone positivo in una persona deceduta diventa la prova del 9 per classificare il decesso come Covid-19.

Un altro limite del tampone? Fotografa la situazione di un istante (quello del prelievo), che potrebbe cambiare subito dopo, per via di un incontro o del passaggio del virus dall'incubazione all'infezione. Per questo a un certo punto si è arrivati a dire che per riaprire le scuole occorre fare otto milioni di tamponi al giorno...

Limitazioni, chiusure, controlli: in una parola, lockdown

I morti giornalieri e il tasso di occupazione delle terapie intensive sono considerati l'ovvia ricaduta dell'andamento dell'epidemia. Ma... più positivi uguale più morti? Non è così in molti contesti, nei quali le forme asintomatiche e lievi non vengono nemmeno testate per limitazioni economiche e logistiche (*vedi sopra*); e laddove si punta sugli interventi precoci. Aggiungiamo le incertezze sulla capacità dei tamponi di individuare la contagiosità del positivo. Eppure, quotidianamente, la narrazione è dominata dall'indice Rt che rappresenta il numero me-

dio delle infezioni prodotte da ciascun individuo infetto, accertato da tampone, dopo l'applicazione delle misure di contenimento dell'epidemia.

Ebbene in Italia alla fine di marzo 2021 la curva dei morti non calava malgrado le molte vaccinazioni di persone a rischio e le «zone rosse», caratterizzate da restrizioni di vario tipo. Si è espresso un esperto: «Le misure restrittive che utilizziamo da novembre non mostrano nessuna correlazione con la mortalità. C'è invece con i ricoverati e contagiati. Cosa significa questo? Che le restrizioni riducono la circolazione delle persone e la probabilità di contagio e di ricovero in terapia intensiva. Il decesso delle persone è influenzato da altri fattori, che in parte sono sicuramente epidemiologici; ricordo che l'Italia ha una fra le aspettative di vita più alte al mondo ma ha anche un altro dato che è meno noto; l'aspettativa di vita in buona salute dopo i 65 anni è fra le più basse dei paesi dell'Ocse, quindi significa che in Italia abbiamo soggetti che vivono a lungo ma invecchiano male; se beccano il virus hanno maggiori probabilità di decesso. Quanto poi ci siano problematiche legate alla presa in carico territoriale e alla gestione ospedaliera, sono analisi che non riusciamo a effettuare perché come sempre i dati sono erogati con il contagocce».⁽⁴⁰⁾ Molto chiaro. Ma allora, non sarebbe meglio concentrare le energie su interventi mirati a favore di chi rischia?

Uno studio dell'Università di Stanford coordinato dal noto epidemiologo John Ioannidis⁽⁴¹⁾ ha tracciato la crescita dei casi di malattia Covid-19 in 10 diversi paesi. I ricercatori hanno confrontato gli Stati che hanno imposto chiusure – Regno Unito, Francia, Germania, Iran, Italia, Olanda, Spagna e Stati Uniti – con la Corea del Sud e la Svezia che hanno agito altrimenti. E hanno scoperto che sulla diffusione della pandemia il confinamento generale potrebbe non avere un effetto maggiore rispetto ad altre misure meno restrittive, come il distanziamento sociale, il disincentivo e i controlli sui viaggi internazionali e nazionali, il divieto di grandi assembramenti. Misure alle quali accompagnare, ribadiamo, la protezione delle persone vulnerabili, le cure e ovviamente le misure proattive in grado di rendere una popolazione, anche in breve tempo, più resistente. Del resto i confinamenti a largo spettro possono essere non solo socialmente iniqui (in un certo senso, c'è chi se li può permettere e chi no, soprattutto nelle comunità povere dove diventano davvero insalubri e faticosi) ma anche, su questa base, meno applicabili e funzionanti. Un rianimatore dell'ospedale Lariboisière di Parigi lo ha spiegato in un'intervista, sottolineando lo scarso impatto che, in termini di riduzione dei ricoveri soprattutto in rianimazione, hanno misure introdotte in aree dove le persone non possono lavorare da casa e prendono i mezzi pubblici, vivono in spazi piccoli e affollati e in condizioni socioeconomiche sfavorevoli. Lo studio della Stanford succitato evoca infatti un punto essenziale: le misure più restrittive non riescono a proteggere le popolazioni vulnerabili. «Durante l'au-

tunno e inverno del 2020 molti paesi, soprattutto occidentali, hanno sperimentato un'ampia ondata di mobilità e mortalità da Covid-19, alla quale hanno reagito con misure restrittive. La diffusione delle infezioni in paesi che erano stati risparmiati dalla prima ondata come l'Austria e la Grecia (ma dovremmo mettere al primo posto la Repubblica Ceca, che è alle vette della mortalità per milione di abitanti) sottolinea le sfide e i limiti delle misure di restrizione nel controllare la diffusione di questo virus molto contagioso. (...) Talvolta, nei lockdown più restrittivi, le infezioni sono più frequenti in situazioni dove vivono le popolazioni più vulnerabili». Conclusioni: anche se non si possono escludere piccoli benefici, non se ne constata di significativi nelle misure più restrittive. Riduzioni dei casi di malattia possono essere ottenute con interventi meno rigidi.

Per un confronto, l'Oms in una serie di tweet del 13 ottobre 2020 (pre-vaccino) indicava: «Il lockdown non sono una soluzione sostenibile a causa dei loro rilevanti impatti sociali, economici e sulla salute. Comunque durante la pandemia ci sono stati periodi nei quali restrizioni erano necessarie e potrebbero essercene altri in futuro»; «L'Oms continua a suggerire di: trovare i casi; isolarli; testare e curare ogni caso; tracciare e mettere in quarantena ogni contatto; equipaggiare e formare il personale sanitario; educazione le comunità a proteggere se stesse e gli altri»; «Precauzioni suggerite: distanziamento fisico di almeno un metro; lavaggio delle mani; indossare una mascherina se il distanziamento non è possibile; tossire e starnutire lontano agli altri; evitare gli assembramenti; tenere aperte le finestre in caso di incontri al chiuso».

Drastico un primario, specialista di malattie infettive: «Allo stato attuale delle cose, con il virus ormai endemico, un lockdown funzionerebbe se ad esempio avvenisse nello stesso lasso temporale in tutto il mondo e si vaccinassero contestualmente le persone con un vaccino risolutivo. Siccome così non è, dobbiamo convivere, rispettare le misure prudenziali e, oserei dire, curare a casa».⁽⁴²⁾

Mascherine generaliste, talismano di quest'epoca

Agosto 2020, una foto da Beirut. Nel suo appartamento devastato dall'incredibile esplosione nel porto, una donna suona il pianoforte... indossando la mascherina. È la più surreale rappresentazione del «primo talismano usa e getta della storia» (la definizione è del gruppo Wu Ming). Mascherine chirurgiche e dispositivi di protezione individuale (Dpi) sono diventati onnipresenti al tempo di Covid-19. Non era mai successo per ragioni sanitarie: anche presso alcune popolazioni asiatiche, salvo in giornate di grande inquinamento la mascherina veniva indossata solo in caso di malattia. Ma adesso sono oggetto di diplomazia sanitaria, di propaganda politica, di panico da penuria, di speculazione sui prezzi, di svariate leggende metropolitane. Quasi uno *status symbol* del 2020.

Sono state indossate al di là degli obblighi anche all'aperto su strade deserte, nella solitudine di un'automobile, in regioni non molto colpite dal virus; magari spostandole spesso sulla testa, sul mento e sul braccio, o togliendole per parlare da vicino a tu per tu. Esibite dagli uni come prova di altruismo, subite dai più per paura (del virus o/e della multa), indossate per conformismo, sono invece mal digerite da una minoranza che, soprattutto all'aperto, le vive come un'umiliazione (e le usa e getta sono anche un'aberrazione antiecologica). La prospettiva è che non se ne andranno presto, visto che il National Institute for Occupational Safety and Health (Niosh) del governo statunitense ha lanciato il Mask Innovation Challenge, un appetitoso concorso per l'innovazione in materia di mascherine, per «ideare le mascherine di domani».

È chiara la differenza fra le «chirurgiche» e i Dispositivi di protezione individuale (Dpi) del tipo Ffp1, Ffp2, Ffp3, raccomandati agli operatori sanitari in presenza di pazienti ammalati. Ma fuori da questi ambienti, le mascherine generaliste, le cosiddette chirurgiche, potrebbero avere un impatto limitato nel prevenire la trasmissione di un virus eventualmente presente in chi le indossa – oltre al fatto che vengono usate in modo improprio. Un gruppo di ricercatori ha analizzato diversi studi epidemiologici, pubblicando una nota dettagliata.⁽⁴³⁾ Ecco le conclusioni: «L'evidenza scientifica disponibile *non* è sufficientemente forte per supportare un uso diffuso, spesso improprio, di maschere facciali come misura di protezione contro Covid-19 nella popolazione generale», soprattutto se si parla di «ambienti all'aperto e laddove è sempre possibile la messa in atto di una strategia controllata di distanziamento sociale». L'uso di mascherine chirurgiche (meglio se in tessuto lavabile e riciclabili) «in luoghi confinati con variabile entità di occupazione e difficilmente controllabili in termini di distanziamento fisico (mezzi di trasporto collettivo e luoghi pubblici soggetti ad assembramenti incontrollabili ecc.) può essere utile ai fini preventivi qualora siano presenti soggetti paucisintomatici che tossendo esalano coronavirus. Ribadiamo quindi la assoluta necessità dell'uso dei corretti Dpi negli ospedali, nelle Rsa e in ogni luogo in cui ci si prende cura di persone a rischio e in tutte le situazioni in cui a essere esposti e a rischio sono soggetti fragili». La nota chiede poi di considerare «l'impatto ambientale dell'uso indiscriminato di dispositivi di protezione individuale, affinché una crisi sanitaria, e poi sociale, non diventi anche crisi ambientale». Gli autori di «Pillole di ottimismo» richiamano anche l'articolo «Universal Masking in the Covid-19 Era» pubblicato sul *New England Journal*, secondo il quale la mascherina va usata quando le circostanze ci costringono ad una distanza di meno di due metri con un paziente Covid-19 sintomatico per un periodo di tempo prolungato. La raccomandazione sull'uso delle mascherine non si applica agli incontri di passaggio negli spazi pubblici, ma riguarda le interazioni ravvicinate

e prolungate all'interno di ambienti chiusi. La possibilità di contrarre Covid-19 a seguito di un'interazione di passaggio in uno spazio pubblico sarebbe quindi minima.

Interessante un trial randomizzato controllato a cura di ricercatori danesi⁽⁴⁴⁾ su un campione di oltre 6mila persone: alla metà del campione sono state fornite mascherine e istruzioni sul loro utilizzo corretto all'esterno delle loro abitazioni; l'altra metà, invece, non ha dovuto indossarle: in entrambi i gruppi, gli autori dello studio hanno riscontrato «simili tassi di contagio da Sars-CoV-2», come riferito dal principale autore dello studio, Henning Bundgaard, e dall'Università di Copenaghen.

All'aperto, a scuola

Nell'ottobre 2020, alla vigilia dell'imposizione governativa anche in Italia del porto di mascherina in spazi aperti, un gruppo di esperti scriveva una lettera alle istituzioni⁽⁴⁵⁾ (*vedi Parte 2*) sconsigliando «di norma l'uso di mascherine all'aperto, salvo per brevi periodi dove sia inevitabile restare a meno di un metro da altri per tempi non trascurabili» (intorno ai 15 minuti), ed evocando i rischi legati all'autoinalazione del virus. Quanto alla scuola, al 19 febbraio 2021 il Tribunale amministrativo regionale (Tar) del Lazio, su ricorso dell'associazione Vaccipiano, ha dichiarato illegittimo l'articolo 1, comma 9, lettera s del Dpcm del 3 novembre 2020 (reiterato tale e quale nei Dpcm successivi) che aveva imposto ai bambini di età superiore ai sei anni l'obbligo di indossare le mascherine durante le attività didattiche. Va ricordato però il boicottaggio – di fatto e a vari livelli – delle mascherine lavabili nelle scuole, malgrado la promessa istituzionale iniziale fatta alla vigilia della ripresa scolastica a mo' di «contentino» di fronte alle perplessità delle associazioni ambientaliste.

Il lavoro (faticoso) con mascherina

Qualcuno si è chiesto che cosa significhi indossare continuamente una mascherina quando si lavora al caldo e/o si fa fatica, qui e là nel mondo? Il problema è stato sollevato molto poco in Italia (timore di essere additati come no mask?) e di più in Francia, grazie all'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (Inrs). «Altiforni, fonderie, reparti saldatura, ma anche lavanderia... e all'esterno lavoratori agricoli, addetti al verde, muratori... oltre i 28 °C per un'attività che richiede sforzo fisico, e oltre i 30 °C per un'attività sedentaria, il caldo può essere un rischio per i lavoratori. (...) E portare la mascherina è un problema ulteriore: occorre ripensare l'organizzazione del lavoro, degli orari, delle pause e degli spazi, riservando poi l'uso della mascherina alle sole situazioni incompatibili con il

distanziamento fisico». Sulla base del parere, reso il 28 agosto, dell'Alto consiglio di salute pubblica, il protocollo nazionale francese precisa due deroghe possibili all'obbligo di maschera: «quando il salariato lavora solo; quando i lavoratori compiono lavori fisici più intensi della media, purché le condizioni di ventilazione siano conformi e il numero di persone presenti sia limitato, si rispetti la maggiore distanza possibile e si indossi una visiera». La visiera di plastica: dal punto di vista del comfort sul lavoro, è un cauterio su una gamba di legno, come avrebbe scritto Jack London ne *Il tallone di ferro* (detto più banalmente: la toppa è peggiore del buco).

Italia: già il Dpcm del 26 aprile 2020 (Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19) conteneva un protocollo (dal titolo che confondeva il virus con la malattia...) condiviso fra governo e parti sociali circa i luoghi di lavoro. Oltre a disporre il massimo incentivo a ferie, lavoro agile, sospensione delle attività non necessarie, misurazione della temperatura, riduzione dell'accesso agli spazi comuni, prevedeva le mascherine (ma, per carità, non quelle durevoli) «laddove non fosse possibile rispettare la distanza interpersonale di un metro come principale misura di contenimento, con adozione di strumenti di protezione individuale». Idem per i cantieri. Obbligo reiterato in seguito. Addirittura, in molti posti di lavoro la prassi è stata più rigida delle regole, con pregiudizio per il benessere dei lavoratori. In altri casi, i lavoratori hanno dovuto battersi da soli – senza l'aiuto degli stessi sindacati – contro presidi di protezione ingestibili. Nella fabbrica di elettrodomestici veneta Electrolux l'azienda aveva distribuito le maschere Ffp2/3, giudicate dai lavoratori intollerabili, viste le mansioni faticose e anche le alte temperature dello stabilimento. Dopo una prima richiesta di sostituzione dei presidi sanitari, a seguito di episodi di affaticamento respiratorio fra i dipendenti, l'8 maggio questi ultimi hanno incrociato le braccia per un'ora in segno di protesta. Stigmatizzati da quanti (evidentemente non dediti a lavori pesanti e usuranti) hanno parlato di «sciopero della mascherina». Alla fine l'azienda ha deciso di autoprodurre mascherine più adatte a chi fa fatica per otto ore.

Nell'afa di luglio, il Dipartimento salute e sicurezza della Fisac-Cgil sosteneva⁽⁴⁶⁾ infine la necessità di affrontare «un tema fin qui parzialmente sottovalutato ma che non può però essere ulteriormente trascurato: il disagio termico causato dai dispositivi di protezione delle vie respiratorie, che necessitano oggi di attenta valutazione dei rischi in particolare per i soggetti più sensibili»; si ricordava così appunto la distanza interpersonale di un metro che è il «presidio primario, e la mascherina come ultima ratio quando appunto la distanza adeguata sia impossibile».

4. TUTTO SARÀ DIMENTICATO? EFFETTI COLLATERALI SU SCALA PLANETARIA

La prima quarantena planetaria della storia umana è stata il primo degli stupefacenti effetti collaterali della crisi da coronavirus. Misure di contenimento nella quasi totalità degli Stati, spesso con azioni di accompagnamento insufficienti o inappropriate. Hanno colpito dovunque i ceti svantaggiati. Ma per molti popoli sono state quasi intollerabili. Hanno significato miseria ulteriore. Meno lavoro. Meno cibo. Più disagi.

Visto dal Sud del mondo: ancora più disuguaglianze

«In caso di dubbio o confusione pensa alla persona più vulnerabile che conosci e chiediti quali siano le misure che le recherebbero sollievo» (M.K. Gandhi). Scene dantesche, in particolare dall'India, a causa dell'imposizione brutale del confinamento a 1,3 miliardi di abitanti, sull'onda delle immagini che arrivavano dall'Europa e in primis dall'Italia. Era il 24 marzo 2020. «State a casa o moriremo tutti», terrorizzava i suoi sudditi il premier nazionalista indù Narendra Modi. Blocco della maggior parte delle attività. Il distanziamento nelle baraccopoli è surreale, impossibile. Eppure le strade si sono svuotate, spazzati via i mille lavori brulicanti. Silenzio al posto dei clacson, sceso il livello di particolato nelle città fra le più inquinate al mondo. Ma i cinque sensi dei poveri non hanno potuto gioirne: milioni di lavoratori manuali inurbati rimasti senza impiego e dunque senza mezzi per pagarsi cibo e alloggio si sono messi in cammino per tornare nei villaggi di origine, distanti magari centinaia di chilometri. E senza treni e pullman, bloccati anch'essi, sono partiti a piedi, fagotti in spalla. Agenti spruzzavano soluzioni clorate con gli idranti su gruppi di persone esauste e terrorizzate, per «fermare il contagio». Sulle loro storie, comprendenti casi di vittime per sfinimento o per la violenza istituzionalmente ordinata, la rivista socioambientalista *Down to Earth* e l'archivio Pari (People's Archives on Rural India) hanno pubblicato reportage da non dimenticare. A passarsela decentemente hanno potuto essere solo gli impiegati pubblici e privati, i funzionari, professionisti, accademici, l'élite urbana, messi a lavorare da casa. Ma per il resto «nel solo mese di aprile 122 milioni di persone in India hanno perso il lavoro secondo il Centre for Monitoring of Indian Economy di Mumbai. Di questi, oltre 91 milioni erano piccoli commercianti e lavoratori manuali, ma c'era anche un gran numero di lavoratori salariati (17,8 milioni) e di "auto occupati" (8,2 milioni). Poi il lavoro "informale", che sfugge ai conteggi anche se occupa circa due terzi della forza lavoro indiana. Vi rientrano ad esempio gli operai dei cantieri edili (reclutati alla giornata), venditori ambu-

lanti, manovali, addetti a raccogliere rifiuti».⁽⁴⁷⁾

In India come altrove, anche il più essenziale dei settori, l'agricoltura e i sistemi alimentari (300 milioni di addetti), benché non sottoposto a chiusure, è andato in parziale tilt da lockdown. Crisi di manodopera per la raccolta di ortofrutta (impossibili gli spostamenti), mezzi di trasporto che scarseggiavano, i prezzi scesi per la riduzione della domanda. Il 17 aprile 2020, per la giornata mondiale delle lotte contadine, un video del movimento internazionale La Via Campesina spiegava: «I contadini non possono più nutrire la popolazione mondiale perché i mercati sono chiusi. Il lockdown li danneggia in molti modi. La fame aumenterà in maniera esponenziale. (...) Si chiede la riapertura dei mercati locali con le dovute precauzioni. La solidarietà è la nostra forza. Coltiva localmente compra localmente». E forse non è stato estraneo a questa crisi l'epico sciopero dei contadini indiani avviato alla fine di novembre con l'assedio pacifico alla capitale (*vedi Parte 3*).

Nel 2020, secondo l'Organizzazione internazionale del lavoro (Oil),⁽⁴⁸⁾ è stato perso l'8,8% delle ore di lavoro globali, se confrontato con il quarto trimestre del 2019. Ciò equivale a 255 milioni di impieghi. Circa 120 milioni di persone spinte nella povertà, secondo la Banca mondiale. E con le scuole chiuse, 370 milioni di bambini in tutto il mondo hanno perso in media il 40% dei vitali pasti scolastici.⁽⁴⁹⁾ Il Programma alimentare mondiale ha annunciato la più grande operazione della sua storia, aumentando il numero delle persone che assiste fino a 138 milioni, dal numero record di 97 milioni del 2019. L'Unicef riassume un anno di Covid nei paesi in via di sviluppo: la povertà infantile è aumentata di circa il 15%.

La crisi economica e sociale, soprattutto in aree del mondo già devastate da guerra, disuguaglianza estrema, cambiamenti climatici e un sistema alimentare distorto, che impoverisce milioni di piccoli produttori e lavoratori agricoli, è anche all'insegna della disuguaglianza, come ha spiegato l'organizzazione Oxfam: «Dall'inizio della pandemia il patrimonio dei primi 10 miliardari del mondo è aumentato di 540 miliardi di dollari complessivi. Le mille persone più ricche del mondo hanno recuperato in appena nove mesi tutte le perdite che avevano accumulato per l'emergenza Covid-19, mentre i più poveri per riprendersi dalle catastrofiche conseguenze economiche della pandemia potrebbero impiegare più di 10 anni. Per la prima volta in un secolo, si potrebbe registrare un aumento della disuguaglianza economica in quasi tutti i paesi contemporaneamente. In assenza di un'azione adeguata e coerente da parte dei governi, la Banca mondiale prevede inoltre che entro il 2030 oltre mezzo miliardo di persone in più vivranno in povertà, con un reddito inferiore a 5,50 dollari al giorno».⁽⁵⁰⁾

Si è stimato un calo delle entrate statali in Africa di 45 miliardi di dollari rispetto alle previsioni pre-Covid, e una diminuzione della spesa pubblica di 3,7

miliardi di dollari; proprio quando era più necessario compensare le perdite economiche dei cittadini (vedi i bonus e ristori, pur parziali, in Italia). E ricordiamo le molte altre... epidemie che affliggono in particolare il continente. Fra queste il terrorismo, d'importazione grazie alle guerre occidentali. La siccità e le altre calamità climatiche. Perfino le cavallette.

Fra privilegiati ed essenziali, fra ricchi e poveri

E nel Nord? La sostanziale riduzione della libertà di movimento e una vita sempre più digitale sono stati una novità comune a tutti i ceti e fasce di età. Intanto ci si è accorti dell'essenzialità dei lavoratori invisibili. Impossibile per loro barricarsi in casa. Per questo si è scritto che i lockdown non eliminano il virus, trasferiscono semplicemente il fardello su parte della classe lavoratrice, quella impegnata in attività vitali e quella che interessi industriali hanno indotto a lavorare comunque. Finalmente un po' visibili, si mobilitano il 21 maggio 2020 i braccianti stranieri senza permesso di soggiorno: «Non sono le braccia a mancare nei campi, sono i diritti!». Come ha sottolineato l'Associazione rurale italiana (Ari), «quando l'emergenza avrà fine, non saranno le "immissioni di liquidità" a determinare la ripresa, ma la capacità, la volontà, la resistenza e l'autonomia produttiva di contadini, artigiani, piccole e medie aziende che operano a livello locale, la vera struttura portante dell'economia nazionale». Ma i rapporti di forza fra gli essenziali e i privilegiati scopertisi un po' superflui non cambiano per un virus. E così, ad esempio, per non dimenticare, nei mesi di lockdown erano chiusi i mercati contadini di diverse parti d'Italia e i negozi di riparazione di biciclette, ma aperti i produttori di gomma e giocattoli e la vendita di tabacchi. E discoteche ed estetiste avevano riaperto prima delle scuole. Il calcio anche senza pubblico ha continuato a macinare miliardi. Anzi, se possibile le occupazioni effimere e virtuali hanno fruttato più soldi.

Due digressioni sull'impatto diversificato delle misure anti-Covid. Pasqua 2021. È vietato a chi vive in zona rossa (lockdown regionale) andare a fare un *merendino* magari a piedi nel bosco vicino a casa, portando borraccia e gavetta, zero costo ambientale e probabilmente zero incontri con non-congiunti. È permesso invece (anzi incentivato dalle costrizioni di prossimità) partire armi e bagagli per una vacanza ai tropici a migliaia di chilometri di volo. Eppure le regole della giustizia anche ecologica premierebbero il primo comportamento e imporrebbero quantomeno tasse rilevanti sul secondo. Altra digressione. La mascherina è imposta anche in fabbrica, in fonderia, forse in miniera, ai mercati generali, nel trasporto pesi sotto il sole. «Confindustria ha ottenuto in poco tempo ciò che voleva: un "lockdown selettivo" in cui si esce per andare a lavorare e poi a casa, mentre gli operai che scioperavano – lo diciamo con dispiacere –

hanno conquistato solo condizioni di lavoro più alienanti: mascherine, distanze, paranoia (chiediamoci tra l'altro cosa vuol dire svolgere lavori pesanti con un pezzo di plastica in faccia)». ⁽⁵¹⁾ Per celebrare i 50 anni dall'approvazione dello Statuto dei lavoratori nel 1970, il vignettista Bucchi rivisitava l'evocativo quadro *Il Quarto Stato*, di Giuseppe Pellizza da Volpedo: uomini e donne distanziati, tutti mascherati...

Secondo un'analisi del centro studi di Unimpresa (agli inizi del 2021) sull'area di disagio sociale, il totale della platea di soggetti in difficoltà contempla oltre 10 milioni di persone; ai 4 milioni di disoccupati vanno aggiunti 6,3 milioni di occupati ma in situazioni instabili o economicamente deboli; erano 9,2 milioni nel 2015. Secondo l'Istat, ⁽⁵²⁾ oltre 5,6 milioni di individui si trovano in condizione di povertà assoluta in Italia, con un'incidenza media pari al 9,4%, dal 7,7% del 2019: si tratta dei valori più elevati dal 2005. Si parla di crisi economica da pandemia; in realtà da misure anti-pandemiche. A dicembre 2020, il Censis ⁽⁵³⁾ riassume la condizione degli italiani come segue. Intanto, la divisione fra garantiti e non garantiti: «Per l'85,8% degli italiani la crisi sanitaria ha confermato che la vera divisione sociale è tra chi ha la sicurezza del posto di lavoro e del reddito e chi no. Su tutti, i garantiti assoluti, i 3,2 milioni di dipendenti pubblici. A cui si aggiungono i 16 milioni di percettori di una pensione – una larga parte dei quali ha fornito un aiuto economico a figli e nipoti in difficoltà: un “silver welfare” informale. Poi si entra nelle sabbie mobili: il settore privato senza casematte protettive». Così si triplicano i pacchi alimentari e le code alle mense gratuite. Anche a Milano.

Poi la *bonus economy*, ovvero i mille volti dei sussidi ad personam, continua il Censis: «A ottobre i sussidi erogati dall'Inps coinvolgevano una platea di oltre 14 milioni di beneficiari, con una spesa superiore a 26 miliardi di euro. È come se a un quarto della popolazione italiana fossero stati trasferiti in media quasi 2mila euro a testa. La valutazione positiva dei bonus è molto alta tra i giovani (83,9%), più che tra gli anziani (65,7%). Per questi ultimi è un meccanismo che può generare dipendenza (25,1%) e rischia di mandare fuori controllo il debito pubblico (18,1%). E solo il 17,6% dei titolari di impresa ritiene che le misure di sostegno saranno sufficienti a contrastare le conseguenze economiche dell'emergenza». Ma agli aspetti materiali della crisi si abbina – e non solo in Italia – una specie di mutazione antropologica di persone improvvisamente ligie agli ordini e sempre più diffidenti degli altri; fino alla delazione. Sempre più disposte ad accettare limiti alle libertà costituzionali. Perfino quella di muoversi.

«Meglio sudditi che morti». I frutti avvelenati della paura

Inquietano titolo e copertina di un libro best-seller mondiale scritto da Michael Osterholm (epidemiologo consulente in capo del presidente statunitense Joseph Biden) e da Mark Olshaker (saggista che collabora spesso con gli agenti dell'intelligence per scrivere libri sulla psicologia criminale). In inglese il titolo è *Deadliest enemy* (Il nemico più mortale); in italiano *Il peggior nemico*. In copertina il disegno di un gruppo di persone (anche piuttosto distanziate) fra le quali appare un omino praticamente «radioattivo»: il portatore del virus. È lui, il peggior nemico. L'altro dal quale guardarsi, perché a causa sua potremmo finire nella lista quotidiana dei decessi o degli intubati. Un fanatismo di nuovo conio provoca cacce all'untore. Già nella primavera 2020 erano spuntati come funghi, rapidissimi, saggi e racconti che recavano il «contagio» già nel titolo. Il governo è diventato salvatore, medico, dispensatore di bonus, giudice e poliziotto. E se dall'alto si impongono misure anche arbitrarie e caotiche, dal basso si aderisce, le persone indotte a credere che si diventa eroi a buon prezzo, stando sul divano; lo suggerisce un evocativo e cliccatissimo video del governo tedesco. In Italia si levano i canti dai balconi, in un'inflazione di bandiere italiane e di striscioni andrà tutto bene. Ma dentro le case, come hanno evidenziato diversi rapporti, aumento delle violenze, femminicidi, vendite di psicofarmaci, disturbi alimentari, dipendenza da Internet, ludopatia.

Il risultato di un'informazione ansiogena da parte di media, social, governo ed esperti, con una quotidiana conta dei morti viene sintetizzato dal Censis così: «Meglio sudditi che morti... le vite a sovranità limitata degli italiani e le scorie dell'epidemia. Spaventata, dolente, indecisa tra risentimento e speranza: ecco l'Italia nell'anno della paura nera. Il 73,4% degli italiani indica nella paura dell'ignoto e nell'ansia conseguente il sentimento prevalente. Che porta alla dicotomia ultimativa: “meglio sudditi che morti”. La tensione securizzatrice ha prodotto una relazionalità amputata e un crollo verticale del “Pil della socialità”. Lo Stato è il salvagente a cui aggrapparsi nel massimo pericolo. Il 57,8% degli italiani è disposto a rinunciare alle libertà personali in nome della tutela della salute collettiva, lasciando al governo le decisioni su quando e come uscire di casa, su cosa è autorizzato e cosa non lo è, sulle persone che si possono incontrare, sulle limitazioni alla mobilità personale. Il 38,5% è pronto a rinunciare ai propri diritti civili per un maggiore benessere economico, accettando limiti al diritto di sciopero, alla libertà di opinione e di iscriversi a sindacati e associazioni. Il 77,1% chiede pene severe per chi non indossa le mascherine di protezione delle vie respiratorie, non rispetta il distanziamento sociale o i divieti di assembramento. Il 76,9% è convinto che chi ha sbagliato nell'emergenza, che siano politici, dirigenti della sanità o altri, deve pagare per gli errori commessi. Il 56,6% chiede

addirittura il carcere per i contagiati che non rispettano rigorosamente le regole della quarantena. Il 31,2% non vuole che vengano curati (o vuole che vengano curati solo dopo, in coda agli altri) coloro che, a causa dei loro comportamenti irresponsabili, si sono ammalati. E per il 49,3% dei giovani è giusto che gli anziani vengano assistiti solo dopo di loro. Oltre al ciclopico debito pubblico, le scorie dell'epidemia saranno molte. Tra antichi risentimenti e nuove inquietudini e malcontenti, persino una misura indicibile per la società italiana come la pena di morte torna nella sfera del praticabile: a sorpresa, quasi la metà degli italiani (il 43,7%) è favorevole alla sua introduzione nel nostro ordinamento (e il dato sale al 44,7% tra i giovani)». Nel mese di aprile 2020, un documento di 700 psichiatri e psicologi indirizzato alle istituzioni e alla popolazione attirava l'attenzione sui danni psicologici legati alla gestione del confinamento. Danni transitati fino all'epoca delle zone colorate rosse arancioni gialle che nell'autunno della «seconda ondata» hanno sostituito il lockdown generale.

I vecchi, i giovani e la distopia

Giovanni Battista aveva 106 anni e mezzo. È morto in un casa di riposo di Incisa Scapaccino (Asti) nell'aprile 2020. Il suo caso è estremo. «Lucido, ma incapace di sostenere la lontananza dalla famiglia dovuta alle regole di distanziamento sociale, si è lasciato morire di crepacuore», malgrado le videocchiamate.⁽⁵⁴⁾ Davvero non c'è altro modo per proteggere le persone che isolarle per mesi, molti mesi, dai loro affetti? In Francia, ugualmente, 600mila residenti in Rsa (residenze sanitarie assistenziali) «sono sottoposti a rigide regole sanitarie senza che gli aspetti etici siano tenuti presenti, di fronte all'obiettivo securitario. Alcuni operatori sanitari denunciano un "principio di precauzione spinto all'estremo". Confinati prima degli altri, deconfinati dopo e solo parzialmente, a seconda degli istituti sono ancora relegati nelle stanze». Tanto che per esempio Pierre, fra gli altri, ha... rimpatriato a casa la madre Janine di 91 anni.⁽⁵⁵⁾

All'estremo opposto, i giovani ai quali è dedicato il miliardario piano europeo Next Generation Europe, detto anche Recovery Plan. «Scrivi bene senza fretta ogni giorno una paginetta. Scrivi parole diritte e chiare: amore, lottare, lavorare»: Gianni Rodari e Maria Montessori, due riferimenti imprescindibili nella storia e nella pratica dell'educazione, nacquero rispettivamente 100 e 150 anni prima del 2020. Un anniversario che ha visto i minori di tutto il mondo immersi in una situazione mai sperimentata, emergenziale nelle aree più povere e presso le classi sociali più sfavorite, problematica in tutti gli altri casi. Dipinti spesso come untori dei nonni sono stati condannati prima alla reclusione domestica, poi alla scuola virtuale, la Didattica a distanza (Dad). Come ha rilevato il già citato rapporto Censis, «solo l'11,2% degli oltre 2.800 dirigenti scolastici intervistati

ha confermato di essere riuscito a coinvolgere nella didattica tutti gli studenti. Nel 18% degli istituti ad aprile mancava all'appello più del 10% degli studenti. Il 53,6% dei presidi sostiene che con la didattica a distanza non si riesce a coinvolgere pienamente gli studenti con bisogni educativi speciali. Il 37,4% teme di non poter realizzare progetti per il contrasto alla povertà educativa e per la prevenzione della dispersione scolastica». Del resto il documento di un gruppo di pediatri già nel maggio 2020 evidenziava le criticità della situazione.⁽⁵⁶⁾ Un allarme tuttora valido, visto che l'Italia è stato il paese dove le scuole sono rimaste chiuse molto più che in altri paesi. Una situazione che ricade sulle famiglie più modeste. E che dire poi del fatto che intere famiglie sono in quarantena per una innocua positività dei figli? Si è molto parlato di questi temi. Ma il programma *Lockdown Tv* di UnHerd curato da Freddy Sayers⁽⁵⁷⁾ ha affrontato con i suoi ospiti un altro aspetto preoccupante. Pare che la «generazione Z» (i nati nel XXI secolo) sia più disposta ad accettare limitazioni tecnologiche alla libertà, l'intensificarsi di controlli, un atteggiamento più autoritario a parte dei governi (purché magari li lascino liberi di far feste). E come mai? Perché praticano un certo disinteresse: *I just don't care*. La Dad non può certo aiutare un loro atteggiamento più partecipe.

Insieme ai grandi interessi soprattutto da parte del nuovo capitalismo, farmaceutico e digitale, intorno al virus c'è un grande esperimento sociale in atto, ha scritto il sociologo dei media Andrea Miconi nel suo libro *Epidemie e controllo sociale*.⁽⁵⁸⁾ «Leggendolo, abbiamo ritrovato in sequenza tutte le storture ideologiche e comunicative, le strategie di deresponsabilizzazione adottate dalla classe dirigente di fronte alla pandemia, le disastrose confusioni – un bell'esempio di made in Italy, per fortuna imitato in pochi altri paesi – tra lockdown e arresti domiciliari di massa, i capri espiatori, le sanzioni assurde, gli orrori giuridici, amministrativi e mediatici, le deprimenti capitolazioni della "sinistra", e i meccanismi che hanno cooptato i virologi nella politica-spettacolo trasformandoli in guitti che litigano tra loro nei talk-show». E la cittadinanza ha dato il proprio consenso acritico a nuove restrizioni anche surreali, finendo per «concedere allo Stato quello che non accetteremmo da nessuno, e in nessun altro campo dell'esistenza: giustificare una mancanza con le proprie precedenti mancanze». Con la pandemia le tendenze dell'ideologia italiana – familismo, confusione fra comunità e società, paternalismo, astuzie sono arrivate all'apice. Insieme all'indifferenza per il resto del mondo.

Ambiente, fra il bene e il male

«Questo ti voglio dire/ci dovevamo fermare./Lo sapevamo. Lo sentivamo tutti/ch'era troppo furioso/il nostro fare. /Stare dentro le cose. /Tutti fuori di noi. /Agitare ogni ora – farla fruttare. /Ci dovevamo fermare/ e non ci riuscivamo. /Andava fatto insieme. /Rallentare la corsa. /Ma non ci riuscivamo./ Non c'era sforzo umano/che ci potesse bloccare» (Mariangela Gualtieri, *Ci dovevamo fermare*, marzo 2020). È andata proprio così?

Quanti primati in pochi mesi. Per un po', con miliardi di esseri umani più o meno rintanati in casa, «quel magico suono che chiamiamo silenzio» (da una poesia di Marco Cinque) è stato udito per la prima volta nella loro vita anche dai poveri domiciliati nelle strade trafficatissime del Sud del mondo; alzando gli occhi, il miracolo di un cielo azzurro che regalava aria pulita. Cose mai viste da tanti umani. Le superpetroliere stazionavano al largo non di Orione ma delle coste terrestri, l'oro nero intasava i centri di stoccaggio. Per questo si chiudevano pozzi e raffinerie. Il 21 aprile 2020, per la prima volta nella storia dei combustibili fossili, il Brent è crollato a valori negativi, tanto che perfino *l'Economist* analizzando la crisi petrolifera concludeva: le aziende petrolifere faranno bene a prenderla come esempio di quello che verrà. A distanza di mesi, le prospettive per il petrolio continuavano a essere nere per la debolezza della domanda e l'abbondanza delle scorte da smaltire, anche di fronte al lento tasso di ripresa economica fra i paesi emergenti, principali motori della crescita della domanda di petrolio. Una vignetta delle tante circolanti mostrava un virus che ringhiava agli umani ma sorrideva agli animali e agli alberi. Video a perdita d'occhio sembravano dipingere un nuovo mondo. Gli aerei volavano di meno, e quasi vuoti (inquinando per niente pur di non perdere le rotte assegnate). Il lavoro a distanza evitava traversate automobilistiche (e le conferenze digitali collegavano mezzo mondo senza onerosi spostamenti accessibili a pochi).

Ma il lockdown (quasi) planetario, se ha ripulito l'aria, non ha avuto altrettanto potere con le emissioni di gas serra. Quasi a simboleggiare la difficoltà di fermare il caos climatico, in Russia per lo scioglimento del permafrost è sprofondata una piattaforma estrattiva. Le concentrazioni di anidride carbonica in atmosfera continuano ad aumentare nonostante il calo delle emissioni. Cosa dobbiamo fare per limitare l'aumento delle temperature globali entro 1.5 °C? Le attuali insostenibili 418.2 parti di CO₂ per milione (ppm) sono il risultato dell'accumulo in atmosfera di oltre 1000 miliardi di tonnellate di biossido di carbonio immesse dall'era preindustriale ad oggi. Anche aggiungendone un po' meno, per un solo anno cambia poco. Intanto Greenpeace ha avvertito che la crisi climatica in Africa è fuori controllo.

Ci sono stati segnali di eco-cambiamento dal basso? Alcuni. Dopo anni nei centri commerciali è tornata la spesa al negozio sotto casa e perfino, complice la cucina casalinga e il maggior tempo a disposizione, si è manifestata una maggiore sensibilità contro lo spreco e per l'autoproduzione. Durerà? Il momentaneo stop a consumi superflui come i viaggi compulsivi mordi e fuggi, la moda (lusso o fast fashion poco importa), il calcio, l'estetica esasperata ha alimentato la propensione al risparmio, evidenziando al tempo stesso la necessità di una riconversione produttiva, se si vuol prendere sul serio l'idea del cambiamento e della sostenibilità. Perché in effetti, molte merci, servizi e abitudini andrebbero sottoposti a lockdown.

Ma dopo qualche tempo sono ri-usciti tutti, con mascherine, guanti, usa e getta, igienizzanti, distanziati sui mezzi pubblici, certo più bici e anche più automobili (con gli esperti del settore a sostenere che «l'auto guiderà la rinnovata libertà sociale»), e perfino il rinvio di una sacrosanta *plastic tax* – tanto che la stessa Banca mondiale se ne è allarmata. La gestione delle misure anti-pandemia si è rivelata amica e nemica dell'ambiente al tempo stesso. Nemmeno la riduzione dei trasporti e dei viaggi grazie al lavoro e allo studio da casa è così indolore. Funziona grazie a migliaia di *data centers* o *data farms* sparsi per il mondo, immensi server di dati i cui sistemi di alimentazione e raffreddamento generavano già pre-pandemia il 2% del totale delle emissioni di gas serra. Inoltre gli strumenti elettronici sempre più indispensabili richiedono l'estrazione di metalli rari e, rapidamente obsoletti, si trasformano ogni anno in 50 milioni di tonnellate di rifiuti elettronici.⁽⁵⁹⁾

Il trionfo degli usa e getta

A proposito di rifiuti: gli usa e getta hanno trionfato nella pandemia. Da sola, la Cina (dati forniti da Li Kuiwen dell'amministrazione delle dogane e riferiti da *Bloomberg*) dichiara di aver esportato fra marzo e dicembre 2020 una grande quantità di attrezzature sanitarie di protezione e soprattutto ben 224 miliardi di mascherine monouso (per 43 miliardi di dollari), per la sua popolazione e per l'export. Senza considerare i dispositivi prodotti in ciascuno dei paesi fruitori. E le mascherine di stoffa lavabili, autoprodotte?⁽⁶⁰⁾ Pur ammesse dal Dpcm (Decreto della presidenza del consiglio dei ministri) successivo alla riapertura, nel maggio 2020, sono state relegate in pratica alle sole passeggiate, tollerate sui mezzi di trasporto, vietate di fatto (con contraddizioni) sui luoghi di lavoro e a scuola. E per lunghi mesi abbiamo dovuto rincrescerci per lo stupido trionfo dei guanti usa getta, che continuava grazie al combinato disposto di cittadini e istituzioni - per esempio le Ferrovie dello Stato li raccomandavano malgrado la stessa Oms li considerasse dannosi (al di fuori degli ambienti prettamente ospedalieri).

Ma le misure «anti-Covid» disposte dalle autorità o decise da ligi terrorizzati cittadini sono andate ben oltre guanti e mascherine e forse ben oltre la legalità. Rottamazione di tre milioni di banchi scolastici. Tentativo di costruire ex novo migliaia di centri di vaccinazione usa e getta - le «primule» - fiorito nella mente di un commissario all'emergenza (ora ex) e di un archistar, in un paese pieno di edifici vuoti. Schermi in plexiglas dappertutto. Termoscanner con scarsissime probabilità di individuare «infezioni» e molte di più di diventare presto l'ennesimo rifiuto elettronico. Abbandono della preferenza per gli acquisti di oggetti usati. Maggiore propensione per i generi alimentari in imballaggi e contenitori usa e getta; effetto acquisti online e cibo da asporto, ma anche effetto paura. Tanto che, grazie a Greenpeace, 100 esperti di salute pubblica e ricercatori di diciotto paesi fra i quali l'Italia hanno dovuto sottoscrivere una «dichiarazione indirizzata a consumatori, rivenditori, aziende e classe politica sostenendo che i contenitori riutilizzabili sono alternative sicure per la salute durante l'emergenza Covid-19, respingendo così i proclami dell'industria della plastica in tutto il mondo».⁽⁶¹⁾ Ancora prima del Coronavirus, gli italiani erano il popolo europeo che consumava il maggior quantitativo di disinfettanti (e non è un vanto), il virus ha fatto schizzare ancora più in alto il consumo di questi prodotti. Risultato: il Centro antiveleni dell'Ospedale Niguarda (Milano), il 24 marzo avvertiva: «Dall'inizio dell'emergenza, infatti, le richieste di consulenza per intossicazione da disinfettanti sono aumentate del 65%, e fino al 135% nella fascia di età inferiore ai 5 anni». Per non parlare degli effetti negativi dell'eccesso di disinfettanti sul povero sistema immunitario.

Non è affatto detto che la pioggia di denaro europeo, sulla base della quale è spuntato in Italia il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) andrà nel senso di una riconversione all'insegna della giustizia ecologica e sociale, presupposto anche per la salute, come propongono le numerose associazioni italiane che fanno parte della Società della cura.⁽⁶²⁾ Oppure gli Stati sovvenzioneranno gigantesche opere nel campo dell'energia rinnovabile ma non decentrata (magari rilanciando il dubbio sogno della fusione nucleare), metodi estremi di estrazione delle risorse naturali, un'economia verde robotizzata dove perfino le api, in via di estinzione, saranno sostituite da droni impollinatori? Tutto questo non è escluso. Se si darà retta al Forum economico mondiale.

Cui prodest?

Non è necessario credere a un complotto, a una plandemia, per pensare che c'è chi dalla situazione inusitata trae vantaggi, scriveva Guillaume Swing sul bollettino *Dis-leur!* del gennaio 2021. In prima fila fra gli avvantaggiati? Le industrie farmaceutiche (con il colossale affare dei vaccini) e le aziende che ruotano intor-

no al mondo del digitale, industria tecnologica e servizi. Per gli Stati uniti, l'Institute for Policy Studies ha calcolato che, mentre decine di milioni solo negli Stati uniti perdevano il lavoro, la ricchezza combinata dei 657 miliardari è aumentata di 1.300 miliardi di dollari, ovvero del 44,6% al lockdown di primavera 2020 in avanti. Ai primissimi posti: Jeff Bezos boss di Amazon (e-commerce), Mark Zuckerberg patron di Facebook, Elon Musk fondatore e chief di Tesla.⁽⁶³⁾ Non c'è nulla di complottista nell'affermare che in tanti approfittano del coronavirus per delineare la loro società futura, biomedicalizzata e digitalizzata, dove il filantropo-capitalismo ha grande spazio. In prima fila le multinazionali della farmaceutica privata: i colossi di Big Pharma che pur avendo mercificato la salute, sono considerati la soluzione anziché il problema; e gli oligarchi del digitale anche detti Gafam (Google, Apple, Facebook Amazon Microsoft - ma potremmo aggiungere Netflix e Twitter) ormai in possesso delle vite di tanti, sempre più digitalmente connessi e sempre più fisicamente scollegati dal prossimo. Su tutto troneggia l'economia finanziaria. E per carità, nessun addio alle armi!

Per il mondo post-Covid, il Forum economico mondiale (Wef), la fondazione che ogni anno organizza a Davos (Svizzera) un incontro fra gli esponenti principali della politica e dell'economia mondiale, ha un'idea precisa, messa al centro della riunione virtuale di fine gennaio 2021: il «Great Reset» o grande resettaggio, «una ripresa dalla pandemia più sana, più equa, più prospera», secondo il fondatore del Wef, Klaus Schwab.⁽⁶⁴⁾ Nel 2019, il boss del Wef ha scritto il libro *Shaping the Future of the Fourth Industrial Revolution* (Plasmare la quarta rivoluzione industriale). Supercomputer portatili e disponibili ovunque. Robot intelligenti e automazione e riduzione dei posti di lavoro. Veicoli autonomi. Minore consumo (forse) di combustibili fossili (ma non minore estrattivismo). Accento tecnologico. Aumento delle capacità cerebrali grazie alla neuro-tecnologia. Scrittura del codice genetico. La quarta rivoluzione industriale modificherà radicalmente il modo in cui viviamo, lavoriamo e ci relazioniamo. E il resettaggio reso necessario da Covid-19 sembra un'opportunità da cogliere per passare a quella fase. Che comprenderà, Schwab *dixit*, una «fusione della nostra identità fisica, digitale e biologica». Come non essere preoccupati?⁽⁶⁵⁾

Marilyn Langlois, attivista di Transcend Usa e dell'*Haiti Action Committee*, spiega⁽⁶⁶⁾ che «due sono gli scenari offerti. Lo scenario Global Power Elite, orientato a proteggere il diritto dei super-ricchi ad accumulare sempre più ricchezze, mentre esercitano un'enorme influenza sulla nostra vita quotidiana, spesso senza che ne siamo consapevoli. L'altro è lo scenario One Earth Family, volto a garantire che ogni essere umano possa vivere in dignità e armonia con la Terra». E questo è nelle mani di tutti.

5. DOMANDE SULLA VACCINAZIONE UNIVERSALE ANTI-COVID PER 7,8 MILIARDI DI PERSONE (O ALMENO IL 70%) DA RIPETERSI OGNI ANNO O PIÙ

È proprio l'esclusione dell'idea di cura a reggere tutta l'impalcatura

Un amico di Winston Smith

Il mondo ruota intorno a un nuovo Sole, la cui luce permetterà di «tornare a vivere», come promesso da autorità ed esperti. Per chi non teme di essere enfatico, il vaccino anti-Covid è «il futuro dell'umanità», e anche «il nuovo nome del socialismo». Un dovere morale nei confronti delle popolazioni impoverite e delle classi lavoratrici modeste, le quali non hanno accesso al lusso del telelavoro né dei sussidi a pioggia e hanno bisogno di tornare alla normalità, magari meno brutta di quella di prima. La vaccinazione è certo anche un gigantesco affare, perno di una sorta di nuova economia. Certo, esperti e governi avvertono che non basterà a uscire dall'emergenza e occorrerà convivere con le mascherine, il distanziamento e con il virus per via delle sue presenti e future varianti. Nonché con gli altri che arriveranno. Non è la bacchetta magica.

I vaccini del passato sono stati una maratona. Quello anti-Covid, 100 metri piani. Sono state investite somme di denaro pubblico infinitamente maggiori di quelle riservate alla cura e alla medicina del territorio per lo stesso Covid – per non parlare delle altre e neglette malattie. Sono stati compressi i tempi della sperimentazione. Sono state date autorizzazioni commerciali d'emergenza. Ed eccoci alla vaccinazione universale offerta ai popoli. Quelli stremati dalle restrizioni e quelli spaventati dalla malattia.

Un paragone storico improprio: il vaiolo eradicato

Vaccino: ovvero, in parole semplicissime, insegnare al sistema immunitario a riconoscere il potenziale pericolo predisponendo le difese necessarie in caso di reale attacco. Quindi, immunizzazione attiva. Nella storia hanno permesso all'organismo umano di difendersi contro numerosi temibili patogeni. Anche se poi nella lotta contro le malattie infettive concorrono altri fattori. Ma i vaccini possono risolvere davvero *ogni* malattia? Per esempio Covid-19? Le aspettative sono ormai messianiche. E se l'epidemia in corso veniva paragonata all'infernale Spagnola di un secolo fa, per il vaccino si cambia registro e il confronto si fa con il percorso che portò a eradicare il vaiolo, un flagello devastante durato secoli e

che solo nel secolo XX mieteva ogni anno milioni di morti. Nel 1958 il ministro della sanità dell'Urss chiese all'Assemblea mondiale della sanità dell'Oms un'iniziativa finalizzata a eradicare la malattia. La proposta fu accettata nel 1959. Grazie alla campagna di vaccinazione condotta fra il 1967 e il 1979, il vaiolo è diventato l'unica malattia del tutto scomparsa nella popolazione umana (l'ultimo caso nel 1979). Furono vaccinate – soprattutto nei paesi endemici – 500 milioni di persone. Ma il paragone fra Covid-19 e vaiolo è completamente improprio per varie ragioni e anche perché nel caso del secondo (come per la poliomielite o la tubercolosi, non ancora eradicate) un vaccino è per sempre, mentre nel caso del primo, occorrerà ripetere la vaccinazione di continuo come per l'influenza.⁽⁶⁷⁾

Si prospetta l'avventura di una vaccinazione annuale per l'insieme della popolazione mondiale: arrivare, come ha detto enfaticamente a un programma televisivo la funzionaria di una importante organizzazione non governativa internazionale, «all'ultima persona nell'ultimo villaggio». Raggiungere almeno il 70% degli abitanti del pianeta, affinché sviluppino gli anticorpi e si crei la cosiddetta «immunità di gregge» o, come sarebbe meglio dire, l'immunità collettiva, una barriera alla circolazione del virus. Sono almeno 5 miliardi di persone, da inoculare però in un breve lasso di tempo. Eppure, le forme gravi riguardano una piccolissima parte dei casi e si possono quasi sempre curare purché tempestivamente (*vedi Parte 2*). E la questione dell'accesso universale, in sé più che legittima, non può prescindere dalla risposta ad alcune domande circa l'efficacia, la sicurezza, gli obiettivi e i limiti dei vaccini anti-Covid.

In ginocchio da te, Big Pharma

È la vaccinazione di massa più di massa della storia. Per forza dunque al di là degli aspetti sanitari, si intrecciano affari privati, geopolitica, relazioni fra Stati, veri egoismi e presunti altruismi, dichiarazioni enfatiche e corse scomposte all'accaparramento delle dosi, l'idea di equità finalmente tirata in ballo come per nient'altro. Intanto, in un sistema nel quale anche la produzione farmaceutica – soprattutto nel mondo settentrional-atlantico-capitalistico –, è in mani private e protetta da brevetti oltre ad aver sempre goduto di benefici, esenzioni, appoggi, intrecci e lobby, la più grande e accelerata operazione sanitaria della storia non può che essere anche un business stellare. Considerando i prezzi praticati e la dimensione della domanda globale (stimata in 10-14 miliardi di dosi), il ricavo per il 2021 potrebbe superare i 100 miliardi di dollari; più l'aumento dei loro titoli in borsa. E l'acquisizione di un potere gigantesco nei confronti degli Stati, a parte di soggetti dalla dubbia moralità. Si pensi alla storia di Pfizer, il primo colosso di Big Pharma ad aver presentato in società, lo scorso novembre a mezzo stampa (insieme al partner BioNTech), il proprio candidato vaccino, poi promos-

so dalle agenzie di certificazione. Un passato malfamato: esperimenti in Africa che hanno lasciato bambini disabili, cause legali legate agli effetti indesiderati dei farmaci, intrecci sfrenati con la politica, inquinamento.⁽⁶⁸⁾

I termini dei contratti per i vaccini anti-Covid che l'Unione Europea ha firmato con i gruppi farmaceutici sono stati pudicamente celati, ma la clausola di esclusione dalla responsabilità per danni eventuali è cosa certa. Dunque, la Commissione europea - fra gli altri - con denaro pubblico a) ha finanziato a fondo perduto lo sviluppo dei vaccini anti-Covid, b) acquista le dosi senza bloccare i brevetti, c) pagherà per i cocci eventualmente rotti. Malgrado ritardi nelle consegne - dovuti a millantate capacità produttive -, che scatenano umilianti accaparramenti, l'Europa non ha grandi margini di manovra perché i contratti sono stati imposti da Big Pharma così da garantirsi il più possibile da reclami in caso di mancato rispetto del cronoprogramma, oltre che per le reazioni avverse. Del resto il potentissimo settore, strettamente avvinghiato a una selva oscura di investitori finanziari,⁽⁶⁹⁾ si fa beffe anche delle multe, visti i guadagni stratosferici (oltre 150 miliardi di dollari nel solo 2017). Se questi giganti fossero una nazione, sarebbero ai primi posti al mondo per Prodotto interno lordo (Pil).

Gli intrecci di interessi fra Big Pharma e i politici sono eterni; nell'oggi, molti li vedono, finalmente. Invano i pacifisti lanciavano inviti al boicottaggio delle multinazionali farmaceutiche occidentali contro le varie guerre di aggressione, dall'Iraq nel 1991 in poi (ricordiamo la campagna Boycott Bush nel 2003). Ma non è solo una questione di yankee bellicosi: l'Agenzia europea del farmaco (Ema), preposta alle autorizzazioni di messa in commercio dei prodotti, è supportata all'80% dall'industria farmaceutica anziché dal bilancio dell'Ue, che invece potrebbe finanziarla direttamente rendendola più libera, e in compenso riscuotere tasse da Big Pharma. I paesi produttori delle dosi anti-Covid sono molti, anche grazie ad aziende statali. Ma qui interviene la geopolitica. Non a caso si parla di atlantismo sanitario da parte dell'Ue, di una sorta di Nato sanitaria, cercando finché possibile di escludere i vaccini prodotti nel resto del mondo bollando inoltre come affarismo la disponibilità di paesi come Russia, Cina, Cuba, India a offrire a prezzo di costo i loro prodotti a realtà del Sud globale.

Qual è l'efficacia protettiva?

L'avanzare della primavera verso l'estate, poi, aiuta, come avvenuto nel 2020 - in epoca pre-vaccinale - , a ridurre notevolmente la portata dell'epidemia, in termini di morti e ricoverati, nei paesi del Nord. Per un (ancora imprecisato) periodo lungo qualche mese, i vaccini proteggono chi li assume, prevenendo le forme gravi della malattia, quindi ricoveri e decessi. Ma è lo stesso effetto che fanno le cure preventive e poco costose. Quanto alle concomitanti vaccinazioni

in corso, insieme al principio di precauzione conta il calcolo rischi-benefici. Diamo per scontato che il calcolo penda sul lato dei benefici, insomma che i vaccini seppur approvati in tempo record siano sufficientemente sicuri (*primum non nocere*) e che quindi gli effetti collaterali siano numericamente irrilevanti rispetto alla totalità dei vaccinati (che, ripetiamo, si vorrebbe far coincidere con la quasi totalità dei terrestri umani).

La campagna a tappeto da parte di Israele, iniziata il 21 dicembre sotto lockdown e portata avanti con metodi decisi, è considerata un successo visti i dati comunicati dalle autorità: grande riduzione dei decessi e dei ricoveri attribuiti a Covid-19. C'è un fatto apparentemente curioso, rilevabile molto semplicemente dalle statistiche ufficiali a livello mondiale: nel periodo pre-vaccinazione (nove mesi di epidemia) in tutto i morti per Covid-19 nel paese erano stati 3111, mentre nei soli primi tre mesi di vaccinazione, iniziata a fine dicembre 2020 (e comprensiva di un duro lockdown, misura non attuata in precedenza), sono stati 3043.⁽⁷⁰⁾ Non fra i vaccinati però, sostengono le autorità sanitarie.

E quali le reazioni avverse nel breve e lungo termine?

Le autorizzazioni di emergenza per la messa in commercio sono state accordate sulla base di pochi mesi di raccolta dati; c'è chi parla di esperimento globale su umani. Comunque, atteniamoci ai fatti. È molto in difficoltà il prodotto Astra Zeneca (Vaxzevria), per settimane sospeso da diversi Stati a causa di sospetti casi di trombosi, tanto che è stato cambiato anche il «bugiardino». A seconda dei paesi e delle settimane, il vaccino è stato inoculato a fasce di età diversificate e cangianti. Le autorità sanitarie britanniche hanno ricevuto centinaia di notizie (con lo strumento della Yellow Card)⁽⁷¹⁾ di morti e malattie sospette dopo l'inoculazione sia di Astra Zeneca che di Pfizer (il suo Corminaty usa la tecnologia sperimentale dell'Rna messaggero, con tutti gli allarmi suscitati circa possibili effetti genici, che comunque sono esclusi dalla maggior arte degli esperti; inoltre all'inizio richiedeva un'impossibile catena del freddo degna della Jacuzia, meno 70 °C, poi per ovvie ragioni commerciali è sceso anzi salito a -25 °C/-15 °C) .

Naturalmente, la versione ufficiale è che gli incidenti non sono effetti avversi: «Si sarebbero verificati lo stesso». Casualità, non causalità. Infatti, «si trattava di persone anziane o con patologie preesistenti» (come la quasi totalità delle persone che muoiono positive al virus Sars-CoV-2). Si avanzano spiegazioni extra-vaccinali anche per gli eventi letali in caso di persone giovani e in salute; anche se finalmente, agli inizi di aprile 2021, anche l'Ema ha ammesso che qualche collegamento ci può essere ma non si sa come mai. Molti casi sospetti sono citati, con le fonti, in una rassegna di Mariano Amici, medico che aveva vinto il ricorso contro l'obbligatorietà della vaccinazione antinfluenzale per gli over 65 e

per il personale sanitario nel Lazio⁽⁷²⁾ Tutto da verificare, ovviamente. C'è un altro aspetto: l'assenza di un sistema di vigilanza farmacologica attiva, sulle reazioni avverse, andandole proprio a cercare. Ci si limita a ricevere le segnalazioni.⁽⁷³⁾

Sugli effetti collaterali nel medio e lungo periodo, è impossibile azzardare previsioni. E chi paghebbe? In un dettagliato ragionamento del presidente di Medicina Democratica si legge fra l'altro:⁽⁷⁴⁾ «Molti rimangono perplessi ed esitanti quando leggono al punto 10 del Consenso informato che “non è possibile al momento prevedere danni a lunga distanza”. La domanda è: nel caso che si verificino danni da vaccino, chi paga? Vale la legge nazionale n.210 del 1992 che prevede un “indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati”?»

Un altro rischio collegato alla vaccinazione avanzato da più parti è che vaccinando massicciamente in piena epidemia, il virus reagirà mutando, producendo varianti e sarà sempre più veloce di noi, a meno di riuscire a fare vaccini capaci di affrontare anche le varianti. Cuba e Cina hanno annunciato un lavoro in questa direzione.

In ogni caso il ragionamento *tranchant* riguarda il rapporto rischi-benefici: insomma sono molte di più le vite che si salvano fra i vaccinati, nel breve periodo, rispetto agli effetti avversi e alle incognite sul futuro. Ma allora, sorge un'altra domanda: se l'obiettivo della vaccinazione è evitare lo sviluppo in forma grave della malattia, perché non vaccinare i soggetti a rischio?

Perché non concentrare le vaccinazioni sui soggetti a rischio?

Il primo grande obiettivo della campagna vaccinale è ridurre morti e ricoveri proteggendo le persone vulnerabili. Così affermano tutti i responsabili sanitari. In Italia agli inizi di aprile, dopo mesi di vaccinazioni, metà della popolazione italiana a rischio per età o fragilità non era stata vaccinata, mentre furbetti del quartierino e corporazioni varie avevano elemosinato e ottenuto le due fiale. Perché non mettere in sicurezza quelli che rischiano l'ospedale o peggio?

Ma allora perché le multinazionali sperimentano il loro vaccino sui bambini, anche piccolissimi, negli Usa, in Israele, in Gran Bretagna e in Italia così da estendere un futuro il bacino di beneficiari? A differenza di molte altre malattie infettive, di Covid-19 i bambini e i giovanissimi non si ammalano ma...«vaccinarli può portarci a un'immunità di gregge», ha affermato Oliver Geffen, epidemiologo israeliano che ha lavorato per l'Imperial College di Londra e per la Public Health England.⁽⁷⁵⁾ Per immunità di gregge, o immunità di gruppo, leggiamo sul sito della Fondazione Veronesi, «si intende quel fenomeno per cui, una volta raggiunto un livello di copertura vaccinale (per una determinata infezione)

considerato sufficiente all'interno della popolazione, si possono considerare al sicuro anche le persone non vaccinate. Il motivo è chiaro. Essere circondati da individui vaccinati e dunque non in grado di trasmettere la malattia è determinante per arrestare la diffusione di una malattia infettiva». Già, ma la speranza di raggiungere una immunità di gregge che faccia scomparire il Sars-CoV-2 è difficile da coltivare: «Neanche se, centuplicando gli sforzi, si arrivasse a una campagna vaccinale che coinvolgesse tutta la popolazione in una settimana. (...) Una definitiva immunità non è stata finora garantita nemmeno in persone che apparivano guarite dal virus risultando negative al tampone e che avevano sviluppato anticorpi. Non poche di queste persone, infatti, si sono reinfeziate nel giro di qualche mese o settimana. E, si badi bene, stiamo parlando di una immunità naturale che, generalmente, ha una durata più lunga di quella prodotta dai vaccini».⁽⁷⁶⁾ In effetti appare difficile raggiungere e in tempi rapidi la soglia del 55% o addirittura del 67% di vaccinati al mondo, con uno sforzo inaudito da parte dei paesi meno privilegiati (che sono anche i meno toccati ma che nel 2020 pre-vaccino hanno dovuto distrarsi da ogni altro impellente bisogno).

I vaccinati possono trasmettere l'infezione?

Si sostiene: i vaccini sono un vantaggio per la collettività perché nella maggior parte dei casi chi si vaccina non trasmette le malattie e inoltre vaccinando un'alta percentuale di individui vengono protetti anche i soggetti più deboli (neonati, donne in gravidanza, individui immunodepressi) che non possono vaccinarsi. Ma è così? Aprile 2021, Francia. Arriva dal Consiglio di Stato (allineato con il ministero della salute) il verdetto, in risposta al ricorso di un cittadino 83enne: no, un vaccinato non può assolutamente circolare libero, senza le restrizioni di spazio e abbigliamento alle quali sono sottoposti gli altri. Infatti le persone vaccinate possono essere portatrici del virus e contribuire a diffonderlo in proporzioni tuttora ancora sconosciute. Nella perizia del ministero della salute d'Oltralpe, si aggiunge che le varianti sudafricana e brasiliana possono determinare una reinfezione.⁽⁷⁷⁾

Ma allora la necessità di una vaccinazione di massa e non selettiva diventa ancora più dubbia, insieme alla possibilità di raggiungere l'immunità collettiva. Tanto più se l'immunità acquisita da parte del vaccinato non dura a lungo. Del resto, responsabili sanitari italiani (*vedi nota 53, Parte 3*) spiegavano a metà marzo 2021 che «si sta vaccinando per proteggere la popolazione a rischio e rendere gli ospedali Covid-free, non per l'immunità comunitaria, perché non si sa quanto dura l'immunità vaccinale e non si sa che i vaccini bloccano la trasmissione del virus». Anzi... secondo altri «non la prevengono se non in minimissima parte» (*vedi nota 54, Parte 3*). Le disposizioni dell'Istituto superiore di sanità (Iss),

spiegano:⁽⁷⁸⁾ «È noto che i vaccini anti-Covid-19 riducono significativamente la probabilità di sviluppare la malattia clinicamente sintomatica. D'altro canto, si ribadisce che nessun vaccino anti-Covid-19 conferisce un livello di protezione del 100%, la durata della protezione vaccinale non è ancora stata stabilita, la risposta protettiva al vaccino può variare da individuo a individuo e, al momento, non è noto se i vaccini impediscano completamente la trasmissione di Sars-CoV-2».

Tutti citano il successo della vaccinazione di massa in Israele, dove però si parla di quasi azzeramento dei contagi *sintomatici*. Non dimentichiamo che, nei luoghi e nei periodi in cui, in giro per il mondo, sono stati sottoposti a test solo i sintomatici, i contagi sembravano bassissimi, perché il 90% di chi incontra il virus rimane asintomatico e non individuato. Cosa accade ora in Israele? Oltretutto nei mesi iniziali del 2021 vari Stati pure arrancanti quanto a vaccinazioni (Portogallo, Irlanda, Canada, Sudafrica) hanno visto una riduzione dell'epidemia. Come nei paesi che invece vaccinano molto: Israele, Regno Unito e Stati Uniti... Del resto la vaccinazione non dà garanzie sull'immunizzazione duratura. L'Istituto zooprofilattico di Brescia monitora una percentuale anche di operatori sanitari che si reinfettano o non si immunizzano, da variante o non variante.⁽⁷⁹⁾ In una casa di riposo di Fiano Romano, il 70% degli ospiti sono stati scoperti positivi dopo aver ricevuto due dosi del vaccino. E in una casa di riposo nel leccese, 46 positivi fra addetti e ricoverati, tutti positivi dopo aver ricevuto due dosi di Pfizer. Idem per una struttura in provincia di Cremona. Il vaccinato non si ammala gravemente, sostengono gli esperti. Ma può infettarsi e infettare altri.

Malgrado queste incertezze, la colpevolizzazione di chi esprime cautela ha assunto le sembianze di una caccia all'untore, egoista ed edonista. Perfino nella caotica fase in cui non sono disponibili vaccini nemmeno per una quota delle persone vulnerabili. Il fondo è stato toccato in questa frase comparsa in un articolo on-line: «Se vuoi la libertà di rifiutare la vaccinazione, fregandotene dei possibili effetti su chi incontri, allora devi riconoscere anche la mia libertà di spararti a vista per non essere contagiato». Certo, un rapporto del Consiglio d'Europa (non va confuso con il consiglio dei ministri Ue; è un'organizzazione internazionale il cui scopo è promuovere democrazia e diritti umani e cercare soluzioni ai problemi sociali in Europa; nato nel 1949, conta 47 membri) ha chiesto a Ue e Stati membri di informare i cittadini che la vaccinazione anti-Covid non è obbligatoria e nessuno può essere discriminato se sceglie di non farsi vaccinare.⁽⁸⁰⁾ L'art. 32 della Costituzione stabilisce che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge». Tuttavia la prospettiva potrebbe essere una limitazione alla libertà di movimento e perfino di lavoro per chi dice no (senza essere peraltro un no vax).

Obbligo di vaccinazione: una questione politica... e sanitaria

Con i passaporti vaccinali o *green cards*, si prospetta una situazione di arresti domiciliari de facto? L'organizzazione britannica Big Brother Watch per le libertà civili e la privacy insiste sul pericolo di una società sempre più autoritaria, quando oltretutto i vulnerabili sono i primi a essere vaccinati e quindi sarebbero protetti dalle forme gravi di Covid. E quando d'altra parte non c'è sicurezza che il vaccinato non si infetti e non trasmetta l'infezione. Si comincia con il personale sanitario. Prima in Italia, a marzo la sentenza di un giudice di Belluno – seguita ad analoghi provvedimenti in Israele – ha confermato la sospensione senza remunerazione dal lavoro per dieci operatori sanitari in una Rsa, motivandola con l'obbligo del datore di lavoro di mettere in sicurezza assistiti e dipendenti. L'utilità dell'obbligo di vaccinazione per gli operatori sanitari, introdotto dall'art. 4 del decreto legge n. 44 del 1 aprile 2021, è contestata da più parti.

Vaccinarci in eterno a causa delle varianti

La vaccinazione antipolio è per sempre. Quella contro l'influenza va rifatta ogni anno. E quella anti-Covid? Spiega il ministero della Salute: «I dati provenienti dalle sperimentazioni indicano che i vaccini inducono una protezione che dura alcuni mesi. Solo dopo la somministrazione del vaccino sarà possibile avere certezza dei tempi di durata e sapere se sarà necessario o meno effettuare dei richiami come accade per altre vaccinazioni». I vaccini antinfluenzali vengono somministrati, ogni anno, solo a una minoranza selezionata (e con risultati ritenuti parziali). Invece contro il coronavirus si ambisce alla copertura dell'intera popolazione. Ed entrano in gioco anche le numerose varianti del virus. Quale impatto sul vaccino e dunque sulla sua efficacia nel tempo? Di fatto si usa un prodotto basato sul virus che circolava tempo fa. Per questo si hanno varie segnalazioni di reinfezione, anche se più blanda.

Dichiarazioni di esperti e politici si moltiplicano, inequivocabili. Il presidente del Consiglio italiano Mario Draghi ha dichiarato: «Dovremo continuare a vaccinarci per gli anni a venire, perché ci saranno delle varianti». Nella sua ultima campagna elettorale (marzo 2021), il premier israeliano uscente Benjamin Netanyahu ha promesso ai sei milioni di cittadini: «Compreremo 36 milioni di vaccini l'anno prossimo. Dobbiamo prepararci allo scenario peggiore, la vaccinazione *di tutti* ogni sei mesi». Del resto, il passaporto verde, ideato dal governo di Tel Aviv e che attesta l'avvenuta vaccinazione necessaria per la libertà di movimento (dentro il paese), ha una validità di sei mesi. E il responsabile Covid del paese, professor Ash, ha dichiarato alla stampa: «Nessuno sa quanto a lungo sarà efficace. Nessuno sa come Covid-19 evolverà nel prossimo futuro. Nel breve periodo è efficace nel proteggere chi lo assume».⁽⁸¹⁾ «Dobbiamo prepararci

a una situazione in cui dovremo vaccinarci per anni a causa delle varianti del Covid-19», ha detto la cancelliera tedesca Angela Merkel. Idem un diplomatico senior dell'Ue: «È possibile che dovremo vaccinare ogni anno o anche più volte all'anno a causa delle varianti, ma nessuno lo sa».⁽⁸²⁾ Sharon Peacock, a capo di Covid-19 Genomics Uk (Cog-Uk) che ha sequenziato la metà di tutti i nuovi genomi del coronavirus finora mappati a livello globale (*vedi nota 56, Parte 3*) ha spiegato che il nuovo coronavirus muta abbastanza da richiedere modifiche ai vaccini: «Li stiamo già modificando per affrontare ciò che il virus sta facendo in termini di evoluzione - quindi ci sono varianti che stanno sorgendo che hanno una combinazione di maggiore trasmissibilità e una capacità di eludere parzialmente la nostra risposta immunitaria». Ogni anno potranno essere sviluppati e distribuiti richiami capaci di bloccare le nuove varianti del virus che sorgeranno, così come avviene per l'influenza. Tra le diverse varianti individuate, inglese (nota come B.1.1.7), brasiliana (nota come P1) e sudafricana (nota come B.1.351); ed è spuntata la giapponese... La vaccinazione annuale mondiale è ribadita come orizzonte imprescindibile anche da dirigenti della multinazionale Pfizer. Il Chief Financial Officer dell'azienda, Frank D'Amelio, durante la Global Healthcare Conference indetta dalla Barclays Bank, non ha nascosto gli entusiasmi sul futuro, dichiarando che, finito il clima di emergenza, il prezzo del vaccino dovrebbe aumentare ed è molto probabile che la vaccinazione anti-Covid diventi una pratica annuale, grazie anche alle periodiche varianti.

Il direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri ha spiegato all'agenzia Adn Kronos: «L'immunità naturale dura 9 mesi. Quanto duri quella del vaccino lo sapremo più avanti. Potrebbe essere necessario cambiare il vaccino man mano che compaiono e cambiano le varianti responsabili del contagio. Abbiamo avuto un primo esempio con la variante cosiddetta sudafricana che non è sensibile al vaccino Astra Zeneca. Dobbiamo essere preparati all'ipotesi che ci sia bisogno di fare i vaccini anti-Covid ogni anno, come accade per l'influenza». Insomma quella che pareva una soluzione, la futura natura endemica e più benigna del virus, diventa una condanna eterna al vaccino annuale per 7,8 miliardi di persone (o quantomeno il 70%). C'è chi si porta avanti con il lavoro. La biotech americana Moderna ha messo a punto un vaccino contro la variante sudafricana. Saranno testate varie opzioni: un richiamo con il vaccino aggiornato contro la variante, o un richiamo con un mix del vaccino tradizionale e di quello aggiornato, o una terza dose con il vaccino tradizionale. Per chi deve ancora ricevere l'iniezione, si deciderà in base al ceppo che circola di più nella zona.

Sono dubbi evocati perfino in trasmissioni televisive di grande ascolto, ma a quanto pare invano. In una di queste, è stato chiesto agli «esperti»: «Una volta raggiunta l'immunità di gregge – se la raggiungeremo – quanto dura? Diverse

variabili potrebbero inficiare il raggiungimento e poi bisogna mantenerla. Quante volte ci dovremo vaccinare da qui ai prossimi anni?». La risposta: «Probabilmente l'immunità di gregge la raggiungiamo *filo-filo* e quindi occorreranno altre misure: tenere le mascherine, differenziare vaccinati da non vaccinati, cercare vaccini anche per i ragazzi. Poi varare un sistema di tracciamento e controllo delle sequenze. Poi rimane il problema che ogni mese dobbiamo rivaccinare le persone che hanno perso l'immunità. C'è una zona grigia...non sappiamo quanto dura l'immunità».⁽⁸³⁾

Pianeta Terra: *one size fits all*? E attenti al Covax...

Equità, etica. Mai forse si sono usate parole così alte contro l'Everest di ingiustizie, privilegi e rapine che da sempre deforma il pianeta Terra. L'attenzione ai paesi impoveriti rende la vaccinazione universale una questione di giustizia, umanità ed equità, pur di riuscire a tenere a freno la rapace Big Pharma. Dunque: occorre un «vaccino del popolo» contro l'«apartheid vaccinale» e contro l'«arrampicata diseguale ai vaccini» (per usare le parole della rivista *Nature*); «senza solidarietà il mondo rischia di fallire». «L'iniquità nell'accesso ai vaccini per Covid-19 diventa ogni giorno più grottesca, un fallimento morale catastrofico», ha sentenziato il direttore generale dell'Oms.⁽⁸⁴⁾ Su questa base, migliaia di persone e soprattutto centinaia di organizzazioni hanno firmato la «Dichiarazione per l'equità vaccinale» promossa dall'Oms.⁽⁸⁵⁾ Già prima dell'annuncio del primo vaccino (Pfizer-BioNTech, novembre 2020), India e Sudafrica avevano inviato all'Organizzazione mondiale del commercio (Omc) la richiesta di una deroga ai brevetti e agli altri diritti di proprietà intellettuale in relazione a farmaci, vaccini, materiale diagnostico, dispositivi di protezione personale, e le altre tecnologie medicali per tutta la durata della pandemia, fintantoché non sia stata raggiunta l'immunità.

L'iniziativa Covax (Covid-19 Vaccines Global Access), coordinata da Cepi (Coalizione internazionale per le innovazioni in materia di preparazione alla lotta contro le epidemie), Gavi Alliance (creata nel 2000, alleanza vaccinale della Gates Foundation, la quale ha molte quote nell'industria farmaceutica) e Oms, con il braccio operativo dell'Unicef, prevede di acquistare (a prezzi scontati, da Big Pharma e si spera da produttori non profit) e rendere disponibili gratis entro il 2021 le dosi necessarie a vaccinare la prima volta il 20% della popolazione nei 92 paesi a reddito basso e medio (Amc). Più di trenta paesi otterranno anche le siringhe. Le organizzazioni in questione, insieme alla Banca mondiale hanno stimato il costo dell'operazione in 3,70 dollari a persona, considerando anche gli sprechi.⁽⁸⁶⁾ I singoli paesi devono poi coprire il costo della distribuzione e della vaccinazione. Ma dovranno finanziare i costi di acquisto di ulteriori vaccini. Il Centro africano

per il controllo delle malattie ha stimato che vaccinare il 60% della popolazione del continente costerà 12 miliardi di dollari (a parte lo sforzo logistico).

In un perfetto meccanismo circolare, paesi ricchi e molto toccati dalla pandemia e paesi impoveriti ma poco toccati si giocano lo slogan «nessuno può proteggersi da solo» e «se non sarà vaccinata l'Africa non si bloccheranno le varianti che riducono l'efficacia dei vaccini» (parola di un'immunologa).⁽⁸⁷⁾ Rincorrere le varianti vaccinando continuamente e qualunque categoria di età e salute sembra essere la condizione per salvare dal punto di vista sanitario l'Occidente devastato e dal punto di vista economico i paesi immiseriti dalle restrizioni anti-Covid che sono pur sempre inseriti nella globalizzazione. Per questo sono tutti coinvolti e i punti in discussione riguardano solo i brevetti. Non si può essere esclusi, tagliati fuori.

Per i suoi protagonisti, per come viene finanziato, per come funziona da «meccanismo globale di governance che ha incorporato il sistema Oms»,⁽⁸⁸⁾ Covax è più «una banca commerciale o un'istituzione finanziaria internazionale che un'organizzazione che si occupa di cure sanitarie». E naturalmente «sceglie quali aziende otterranno i contratti più lucrosi e quali saranno invitate al comitato decisionale». E «riduce la risposta sanitaria alla capacità di acquistare, in questo caso, vaccini». E comunque saranno una fatica di Sisifo e graveranno soprattutto sui paesi «beneficiari» le campagne planetarie annuali per produrre, comprare, distribuire, somministrare ai quattro angoli del pianeta il vaccino, non già a una frazione fragile della popolazione di ogni paese – anche laddove ci sono stati zero morti – bensì al 70% del totale. Ma è necessario su quella scala, per un virus contagioso sì ma che non fa danni al 90-95% di chi incontra? Che può essere curato bene se tempestivamente? Non è una fatica inutile visto che i tempi saranno lunghi e nel frattempo il Sars-CoV-2 avrà fatto la sua strada diventando endemico? È possibile ripetere ogni anno una simile operazione? Non rischia di sottrarre energie e risorse da altri sforzi importanti? Non ci sono alternative mirate?

Sei rischi di «iniquità»

Quali potrebbero essere i rischi collaterali più grandi (e trascurati)? Eccoli, non in ordine di importanza. Il primo, ovvio, ha a che fare con l'aritmetica. Allargando a una platea di miliardi di persone un trattamento – ripetuto – con farmaci quasi sperimentali visto il breve lasso di tempo per il loro sviluppo, ovviamente i casi di eventi funesti sono destinati a moltiplicarsi in proporzione; senza ottenere granché, fra l'altro, visto il possibile effetto delle varianti sull'efficacia vaccinale. Si vedrà solo vivendo. Il secondo rischio è quasi un'evidenza. Una campagna gigantesca come questa (anche superati i brevetti e anche con le varie donazioni), nei

paesi a reddito basso o medio-basso e in preda ad altre difficili emergenze avrà lo stesso effetto sanitario negativo di molte delle misure messe in atto durante la pandemia: sottrarrà denaro, tempo e risorse umane ad altri impellenti interventi sanitari e sociali. Il terzo rischio è che dai fondi internazionali per lo sviluppo (meglio parlare di «restituzione internazionale del maltolto»), i paesi ricchi e i donatori privati sottraggano i costi dell'operazione vaccinale (anche quando semplicemente si sbarazzeranno dei vaccini accaparrati in eccedenza spedendoli in Africa come da consolidata tradizione.⁽⁸⁹⁾ Il quarto rischio è un impatto azzerante sulle possibilità di ricerca nei seguenti ambiti: fonti e meccanismi del contagio; prevenzione delle malattie infettive (a partire da Covid-19); resistenza naturale ai patogeni...Il quinto rischio è indebolire ulteriormente (*vedi Parte 2*) l'essenziale, risolutiva attenzione alle cure precoci; ed efficaci. Il sesto rischio è che non serva: a meno di vaccinare in un mese l'intera popolazione mondiale, le mutazioni sorgeranno.

Per concludere (senza concludere...): le variabili su scala planetaria sono enormi. Demografiche, economiche, sociali, climatiche, genetiche (sia del virus che degli umani). Ci scrive la dottoressa Marie Candide Horace, che in Madagascar è referente del movimento Ippocrateorg per le terapie precoci (*vedi Parte 2*): «Ci rendiamo conto che fra i diversi ceppi del virus non c'è immunità crociata oppure è di brevissima durata perché abbiamo pazienti che si sono ammalati tre volte, due delle quali nel 2021. La domanda è: come si fa a vaccinare velocemente tutte le persone per tutti i ceppi esistenti, e quanto tempo durerà l'immunità?».

- (1) Marinella Correggia, «Rispettate la storia. La “Tregua di Natale” era quella del 1914», L'Antidiplomatico, 24 novembre 2020 e Marinella Correggia, «Caro virologo televisivo, giù le mani dagli innocenti fucilati nella prima guerra mondiale», L'Antidiplomatico, 31 marzo 2021
- (2) Guy Van Stratten, «Inaccettabile una nuova retorica del “siamo in guerra”», www.sinistrainrete.info, 2 aprile 2021
- (3) Who, «Coronavirus disease (Covid-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update» (aggiornamenti settimanali); e <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- (4) worldometers.info/coronavirus
- (5) «Estimating mortality from Covid-19», who.int, 4 agosto 2020
- (6) John Ioannidis, «Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of Covid-19: an overview of systematic evaluations», *European Journal of Clinical Investigation*, 26 marzo 2021
- (7) M.C. Amoretti, E. Lalumera, «Covid-19 come causa di morte: una nozione tra fatti e valori», *Questione giustizia*, 2/2020
- (8) «Polemica sui numeri del Coronavirus, Bonsignore: “Non ci sono più morti per altre patologie”», primocanale.it, 27 aprile 2020
- (9) «Morti Covid. Nel Parlamento irlandese una prima importante ammissione», L'Antidiplomatico, 29 gennaio 2021
- (10) Istat, «Covid. Indicazioni per la compilazione della scheda di morte», istat.it
- (11) Quarto rapporto congiunto Istat-Iss, «L'impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale nel periodo gennaio-novembre», istat.it, 3 dicembre 2020
- (12) «Pourquoi meurt-on du Covid-19?», Ihu, YouTube, 10 novembre 2020; cfr. anche Inserm, «Covid-19 : 15 % des formes graves de la maladie s'expliquent par des anomalies génétiques et immunologiques», press.inserm.fr, 24 settembre 2020
- (13) Quinto rapporto congiunto Istat-Iss, «L'impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente – anno 2020», istat.it, 5 marzo 2021
- (14) Il testo dell'«Esposto per epidemia colposa» del 28 maggio 2020 si trova qui sul sito blog.comicost.it
- (15) Cataldo Ciccolella, Giulio Valesini, «La consapevole foglia di fico», *Report*, 30 novembre 2020.
- (16) Giulio Tarro (con Francesco Santoianni), «Emergenza Covid», L'Antidiplomatico, 2021
- (17) Luca Carra, «Perché si muore sempre meno di Covid», www.scienzainrete.it, 25 maggio 2020
- (18) Adn Kronos. Covid, «30mila morti per altre malattie trascurate», 6 febbraio 2021
- (19) «Covid-19 e infarto. Primo studio in Italia: triplicata la mortalità. Sic: “Tornati indietro di venti anni”», *Quotidiano sanità*, 10 maggio 2021
- (20) Uday Narayan Yadav, «A Syndemic Perspective on the Management of Non-communicable Diseases Amid the Covid-19 Pandemic in Low- and Middle-Income Countries», *Frontiers in Public Health*, settembre 2020
- (21) Who, «Malaria. Key facts», aprile 2021
- (22) Owen, Dyer, «African malaria deaths set to dwarf Covid-19 fatalities as pandemic hits control efforts, Who warns», *The British Medical Journal*, 2 dicembre 2020
- (23) Marinella Correggia, «Africa resiliente al Covid ma la sanità è in lockdown», il manifesto, 6 novembre 2020
- (24) Nita Bhalla, «Africa: Covid-19 could cause a million excess deaths from these 3 diseases» *Wef-Reuters*, 13 gennaio 2021
- (25) Kim Harrisberg, «Africa's miners face new TB threat as pandemic disrupts treatment», *Reuters*, 26 ottobre 2020

- (26) World Health Organization, «Global Action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013-2020»
- (27) Ferguson et al., «Estimating the human health risk from possible Bse infection of the British sheep flock», *Nature*, 24 gennaio 2002; James Sturcke, «Burning issue», *The Guardian*, 22 agosto 2005; Epicentro-Iss, «Influenza aviaria, casi e decessi nell'uomo»; «Case-fatality rates for pandemic influenza A H1N1 infection and population mortality rates by age in England from June 26, 2009, to March 22, 2010», *The Lancet*; Who, «Cumulative number of confirmed human cases for avian influenza A(H5N1) reported to Who, 2003-2020»; Uk Parliament, «Scientific advice and evidence in emergencies - Science and Technology Committee»; «Hpa Weekly National Influenza Report 08 January 2010 (Week 01)», National Archives Uk.
- (28) Uso della mascherina, Conte chiama e Fedez risponde, Sputnik, 19 ottobre 2020
- (29) Comitato per la difesa della Costituzione, comicost.it
- (30) Kamar Abbasi, «Covid-19: politicisation, "corruption," and suppression of science», *The British Medical Journal*, 13 novembre 2020
- (31) Bernard Crutzen, *Ceci n'est pas un complot*, gennaio 2021, documentario visibile gratuitamente su Vimeo
- (32) Wu Ming, «A cosa serve l'epiteto "negazionista" e quale realtà contribuisce a nascondere», 15 novembre 2020
- (33) Network bibliotecario sanitario toscano, «Gli interventi non farmacologici contro la trasmissione del coronavirus in 30 paesi Europei», 21 gennaio 2021 e European Commission, «Response measures database»
- (34) V. Chin, J. Ioannidis et al., «Effect Estimates of Covid-19 Non-Pharmaceutical Interventions are Non-Robust and Highly Model-Dependent», *Journal of Clinical Epidemiology*, 26 marzo 2021
- (35) Shihy Cao et al., «Post-lockdown Sars-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China», *Nature*, 20 novembre 2020
- (36) «Fact check: Inventor of method used to test for Covid-19 didn't say it can't be used in virus detection», Reuters, 13 novembre 2020
- (37) Il semplicissimus, «Cambio di narrazione? Fda scende in campo contro i tamponi», 6 gennaio 2021
- (38) «Who Information Notice for IVD Users 2020/05», Oms, 20 gennaio 2021
- (39) Rita Jaafar, Bernard La Scola et al., Correlation Between 3790 Quantitative Polymerase Chain Reaction-Positives Samples and Positive Cell Cultures, Including 1941 Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Isolates, *Clinical Infectious Diseases*, 28 settembre 2020
- (40) Piazza pulita, «Covid, perché non scende la curva dei decessi?» (Nino Cartabellotta, Gimbe), 1 aprile 2021
- (41) J. Ioannidis et al., et al., «Assessing mandatory stay-at-home and business closure effects on the spread of Covid-19», *European Journal of Clinical Investigation*, gennaio 2021
- (42) Monica Camozzi, «Covid, Garavelli: "Vaccino? Così non è risolutivo e il lockdown ora è inutile"», Affari italiani, 20 marzo 2021
- (43) Gandini, Cavallo, Cecconi, Scorrano, Lucchesi, Baglivo e Greco, «L'uso indiscriminato di mascherine chirurgiche non riduce in maniera significativa il rischio di trasmissione di Sars-CoV-2», Pillole di ottimismo (pagina Facebook), 29 giugno 2020
- (44) «Effectiveness of Adding a Mask Recommendation to Other Public Health Measures to Prevent SARS-CoV-2 Infection in Danish Mask Wearers. A Randomized Controlled Trial», *Annals of Internal Medicine*, 18 novembre 2020

- (45) Donzelli, Greco *et al.*, «Mascherine obbligatorie all'aperto? Non ci sono presupposti scientifici», *Quotidiano sanità*, 6 ottobre 2020
- (46) Dipartimento salute e sicurezza, «La prevenzione del disagio termico causato dai dispositivi di protezione individuale delle vie respiratorie», Fisac-Cgil
- (47) Marina Forti, «In India la quarantena ha reso visibili gli ultimi. E il contro-esodo non è terminato», *Altreconomia*, 28 maggio 2020
- (48) «Ilo Monitor Covid-19 and the world of work. Seventh edition», 25 gennaio 2021
- (49) «Covid-19: Missing More Than a Classroom – 2021», rapporto Unicef-Wfp, gennaio 2021
- (50) «Il virus della disuguaglianza», Oxfam briefing paper, gennaio 2021
- (51) Un amico di Winston Smith, «L'affare Covid. Tra emergenza spettacolare ed epidemia dolosa», www.sinistrainrete.info
- (52) Istat, «Stime preliminari povertà assoluta e delle spese per consumi», marzo 2021
- (53) «La società italiana al 2020», capitolo del 54° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese, dicembre 2020
- (54) Selma Chiosso, «Addio a Giovanni Battista Calvi morto di crepacuore a 106 anni per non potere abbracciare la sua famiglia», Lastampa.it/asti, 12 aprile 2020
- (55) Pryska Ducoeurjoly Ils sortent leurs proches de l'Ehpad – témoignages, *France Soir*, 26 marzo 2021.
- (56) Associazione culturale pediatri, «Bambini e coronavirus: la doverosa ricerca di un equilibrio fra i presunti rischi e i documentati danni collaterali», www.acp.it, 28 maggio 2020.
- (57) «Tim Pool on Joe Biden, Occupy and Big Tech», *LockdownTv from UnHerd*, YouTube, 29 marzo 2021
- (58) Wu Ming, «*Epidemie e controllo sociale* di Andrea Miconi è un libro importante, togliamolo dal cono d'ombra e dall'oblio», Wu Ming Foundation.com, 29 ottobre 2020
- (59) Reynold Wonder, «Digital economy's environmental footprint is threatening the planet», Queesu.ca, 9 dicembre 2019
- (60) Marinella Correggia, «Coprivirus: l'altra faccia dell'usa e getta», *il manifesto/Extraterrestre*, 7 maggio 2020
- (61) «Oltre 100 esperti difendono la sicurezza dei contenitori riutilizzabili durante l'emergenza Covid-19», www.greenpeace.org, 22 giugno 2021
- (62) «Manifesto società della cura», societadellacura.blogspot.com
- (63) Chuck Collins, «10 Biggest Pandemic Profiteers», www.commondreams.org, 24 marzo 2021
- (64) «The Great Reset», www.weforum.org
- (65) Sonia Savioli, *Il giallo del coronavirus*, Arianna editrice, luglio 2020
- (66) Marilyn Langlois, «Siamo nel 2020 l'anno del coronavirus. Che cosa vorresti fare?», www.serenoregis.org, 18 dicembre 2020
- (67) Sarah Rigby, «Coronavirus not "going to be a disease like smallpox which could be eradicated by vaccination», *Science Focus*, 24 agosto 2020
- (68) «*Inventori di Malattie*, documentario Rai di Silvestro Montanaro (scomparso dalle teche Rai)», www.infopal.it, 25 gennaio 2021; e Marinella Correggia, «Tutto quello che dovete sapere e non vi dicono sulla Pfizer», *L'Antidiplomatico*, 10 novembre 2020
- (69) Francesco Mercadante, «Cos'hanno in comune Pfizer, Black Rock, Facebook e le banche?», *Il sole 24 ore*, 2 febbraio 2021
- (70) «Vaccini, effetto paradosso», Il semplicissimus2.com, 26 marzo 2021
- (71) Mhra, «Coronavirus vaccine – eekly summary of yellow card reporting», www.gov.uk, aggiornato ogni settimana

- (72) «Documentazione Scientifica», www.marianoamici.com
- (73) Francesco Bordino, «Michele Serra e l'amaca sanitaria», *La cura*, 29 marzo 2021
- (74) Marco Caldiroli, «Obbligatorietà dei vaccini anti-Covid per ni lavoratori: considerazioni di medicina democratica», www.medicinademocratica.org, 12 gennaio 2021
- (75) Agata Iacono, «Covid, l'Italia dica no almeno alle sperimentazioni di Big Pharma sui bambini», *L'Antidiplomatico*, 22 marzo 2021
- (76) Giulio Tarro, *Emergenza Covid*, *op. cit.*
- (77) Conseil d'Etat, «Les restrictions de déplacement des personnes vaccinées sont justifiées», Décision contentieuse, 2 aprile 2021
- (78) Gruppo di lavoro Iss prevenzione e controllo delle infezioni, «Indicazioni ad interim sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni da Sars-CoV-2 in tema di varianti e vaccinazione anti-Covid-19», versione del 13 marzo 2021
- (79) «Istituto Zooprofilattico, Brescia: "vaccinati e contagiosi, nuovo pericolo"», Telecolor Green Team, YouTube, aprile 2021
- (80) Assemblea parlamentare, «Covid-19 vaccines: ethical, legal and practical considerations», www.pace.coe.int, gennaio 2021
- (81) Gilad Atzmon, «The Vaxi-Nation – People like no one else», www.gilad.online.com, 4 marzo 2021
- (82) Angela Mauro, «Un bifronte con le Big Pharma», *Hunffington Post*, 24 febbraio 2021
- (83) *Piazza Pulita* de La7, 25 marzo 2021
- (84) «Inequity of Covid-19 vaccines grows 'more grotesque every day' – Who chief», 22 marzo 2021, news.un.org
- (85) «World Waking Up To Vaccine Equity», Oms, 19 febbraio 2021
- (86) «Cost of delivering Covid-19 vaccines in 92 Covax countries», *Immunization Economics*, 10 febbraio 2021
- (87) Elena Dusi, «"Vacciniamo i paesi poveri, o da lì arriveranno varianti che metteranno a rischio anche noi"», www.repubblica.it, 4 febbraio 2021
- (88) Harris Gleckgman, per Tni e Foei. «Covax: A global multistakeholder group that poses political and health risks to developing countries and multilateralism», www.longreads.tni.org, aprile 2021
- (89) Aude Le Gentil, «Vaccins contre le Covid-9: l'Ong One lance un appel aux pays riches au nom de "l'équité" et "l'efficacité"», *Le Journal du dimanche*, 24 marzo 2021

Libri di Gaia*

CONSERVA LA CARTA, SALVA UN ALBERO

Vita della carta e altre risorse.

di Michele Boato e Mario Breda. 1984, 96 pp, € 10

DENTRO IL CIBO 56 esperienze didattiche sul tema alimentazione.

A cura di Sandro Zucchetti. 1985, 96 pp € 10

MEGLIO LA BICICLETTA

Quasi un manuale per "quelli della bici"

a cura di Stefano Gerosa, con Sandro Lauzzana, Franco Rigosi e Massimo Romano. 1985, 96 pp. € 10

RIFIUTI SOLIDI URBANI

Esperienze di riciclo in Europa e in Italia.

A cura di Mario Breda. 1986, 94 pp. € 10

DOPO CERNOBYL

Dall'incubo nucleare alle energie dolci

A cura di Angelo Fodde e Michele Boato

testi di Gianni Mattioli, Massimo Scalia e Giuseppe Magistrali. 1987, pp.80 € 10

ECOLOGIA A SCUOLA

L'ecologia si può insegnare? Demografia, deforestazione, rifiuti, energia. A cura di Michele Boato. 1988, 96 pp. € 10

ADRIATICO. CATASTROFE ANNUNCIATA

Ciclo dell'acqua, inquinamento, eutrofizzazione, fito-depurazione. Fare un laboratorio per scoprire gli inquinanti. A cura di Michele Boato e Giovanni Damiani. 1989, 132 pp, € 10

CAMMINARE, PEDALARE, GUIDARE, MUOVERSI SICURI

Dossier sulla moderazione del traffico. Di Antonio Dalla Venezia, Marco Passigato, Nadia Zanoni e altri. 1990, 40 pp. € 10

DA RIFIUTI A RISORSE Manuale per la riduzione e il recupero dei rifiuti frutto di 10 anni del Forum Rifiuti. Allegati: regolamento comunale-tipo, appalto-tipo di raccolta, riciclo e stazione ecologica. Di Attilio Tornavacca e Michele Boato. 1998, 200 pp. € 10

LA FORESTA SEGRETA DEL REGNO SOTTERRANEO

Favola in Consiglio di Toio de Savorgnani, disegni di M. Cutrona. 1998, 64 pp. € 10

QUASI FOSGENE. APPUNTI IN VERSI

64 poesie su Terra, acqua, alberi, Marghera e le altre, telefonomania e nonviolenza. Di Michele Boato. 2006, 48 pp. € 5

NONVIOLENZA OGGI

Gandhi, M. L. King, Solidarnosc, la caduta del Muro, Tian An Men, il Dalai Lama. Di Michele Boato. 2007, 24 pp. € 5

C'ERA UN RAGAZZO

Il '68 a Venezia e dintorni

Spettacolo storico-musicale di Michele Boato. 2008, 28 pp. € 5

OLTRE UN SECOLO

Spettacolo multimediale per guardare oltre inutili stragi e buffi cavalieri.

Di Michele Boato. 2011, 32 pp. € 5

CANSIGLIO MONTAGNA DA VIVERE

La lunga battaglia per la difesa di un patrimonio dell'umanità. Di Toio de Savorgani, Michele Boato e altri. 2012, 82 pp. € 10

EPPURE SOFFIA

Spifferi e tempeste ecologiche in Veneto. Dal Vajont a P. Marghera, passando per cave, elettrodotti e allagamenti.

Di Michele Boato. 2013, 82 pp. € 10

ECOLOGIA FEMMINILE PLURALE

Donne venete per l'ambiente

16 ritratti di donne impegnate nei comitati, nell'informazione, nella ricerca e nella difesa degli ambienti naturali.

Di Valentina Baiamonte e Michele Boato. 2013, 118 pp. € 10

MARIO STEFANI E VENEZIA

Cronache di un grande amore

Un omaggio al più amato poeta veneziano, amico della Laguna e degli animali e difensore di Venezia dall'invasione della banalità. di Flavio Cogo, prefazione di Alberto Toso Fei. 2014, 108 pp. € 10

SUCCEDE DOMANI (o forse sta già succedendo). Sogni ed incubi ad occhi aperti sul futuro di nostra Madre Terra. Di Michele Boato. 2015, 40 pp. € 5

CONSUMARE CARNE Problematiche ambientali, sociali, salutistiche Di Marco Ciot. 2016, 158 pp. € 10

QUELLI DELLE CAUSE VINTE Manuale di difesa dei beni comuni Ottanta storie di vittorie, in tutta Italia, per la difesa dell'ambiente, della salute, dei diritti. Di Michele Boato, prefazione di Marinella Correggia. 2017, 252 pp. € 10

SI PUÒ FARE Guida al Veneto sostenibile Duecento piccole-grandi opere da scoprire. Bioedilizia, energie dolci, fitodepurazione, agricoltura biologica, restauro di ambienti ed edifici. Di Michele Boato, prefazione di Sergio Los. 2018, 194 pp. € 10

LA LOTTA CONTINUA da Giustizia e Libertà ai Cristiani di base. Dal '68 veneziano alle barricate di Marghera '70. Di Michele Boato. 2019, 200 pp. € 10

ARCIPELAGO VERDE dal '68 all'ecologia il passo è breve. Di Michele Boato. 2020, 256 pp. € 10

*Acquistabili con le modalità indicate per l'abbonamento a Gaia (pg. 207)

Tam Tam Libri**

INVECE DELLA TV, RINVERDIRE LA SCUOLA
a cura di Michele Boato e Marco Scacchetti

ECONOMIA ED ECOLOGIA, CAMBIARE ROTTA
di Michele Boato, Ignazio Musu, Nanni Salio, Rossana Corrao e Bruno Salvador

ERRE MAGICA, RIPARARE, RIUSARE, RICICLARE
a cura di Angelo Favalli e Michele Boato

IN LAGUNA, TRA ISOLE, VALLI DA PESCA, BARENE, LIDI
a cura di Marina Stevanato e Michele Boato

PIOVAESSÒL, MINIVERSI, ECOSENSI, CUORI PERSI Poesie di Sandro Boato

LA RACCOLTA DIFFERENZIATA PORTA A PORTA L'esperienza del Consorzio PD nord

ALLA RICERCA DI UN'ITALIA SOSTENIBILE di Giorgio Nebbia

VERDI TRA GOVERNO E OPPOSIZIONE
a cura di Michele Boato e Giovanna Ricoveri

NONVIOLENZA PERCORSI DI LETTURA di Peppe Sini

CITTÀ, AMBIENTE, DEMOCRAZIA
di Corrado Poli

MARGHERA IERI, OGGI, DOMANI
di Franco Rigosi

LA VIOLENZA DELLE MERCI
di Giorgio Nebbia

ELETTROSMOG STOP a cura di Francesco Bortolotto e Adriana Giuliobello

MARGARIA, FRAMMENTI DI APOCALISSE URBANA
di Antonella Barina

MORTEDISON (TUTTI ASSOLTI)
Poesie di Antonella Barina, Ferruccio Brugnaro, Michele Boato, Jack Hirschman, Anna Lombardo

ALBEROPOESIA Poesie di 31 poeti, raccolte da Antonella Barina

**Acquistabili con le modalità indicate per l'abbonamento a Gaia (pg. 207) a 10 euro a copia



Un regalo intelligente: l'abbonamento a Gaia

un anno € 20 (4 Gaia + 5 Tera e Aqua) due anni € 35

Gaia è una rivista concreta e senza compromessi, pubblicità e finanziamenti: ci sostengono gli abbonati. Da vent'anni parla di ecologia, nonviolenza e tecnologie appropriate, vivendo di rapporti diretti, di cerchi sempre più larghi.

- 1 conto corrente postale 29119880
Ecoistituto del Veneto Alex Langer - Viale Venezia, 7 - 30171 Mestre
- 2 bonifico bancario Banca Etica
IBAN: IT96 J050 1812 1010 0001 6692 519
(Importante: scrivere, nella causale, l'indirizzo di destinazione COMPLETO)
- 3 paypal su info@ecoistituto.veneto.it

VI PROPONIAMO QUESTI VANTAGGIOSI ABBONAMENTI CUMULATIVI

Gaia + Altreconomia (11 numeri) € 55 anziché 60
Gaia + Azione Nonviolenta (10 numeri) € 42 anziché 52
Gaia + Missione Oggi (10 numeri) € 40 anziché 50 (€ 30 con MO on-line)

ALLARGATE LA CERCHIA, REGALATE UN ABBONAMENTO ALLE PERSONE AMICHE

Segnalatelo come "regalo" e metteremo un biglietto a vostro nome; per voi IN REGALO UN LIBRO, a scelta tra:

- Nonviolenza oggi - di Michele Boato
- La violenza delle merci - di Giorgio Nebbia
- Le piazze dei giochi e dei diritti di bimbi e bimbe - di Gianfranco Zavalloni
- Energia: nuova, pulita, rinnovabile - Beati i costruttori di pace
- Proteggere la Terra dagli umani? - di Sandro Boato
- Consumo critico, biologico, locale, etico, sobrio - di Mara Lorenzini
- Dalla parte dei consumatori. Storia del movimento consumerista - di Michele Boato

Presidente: Michele Boato

Consiglieri: Anna Ciaperoni, Marinella Correggia, Emanuele Gosamo, Giulio Labbro Francia

Fondazione ICU fornisce alle associazioni dei consumatori, attive su scala nazionale e locale, strumenti culturali per diffondere diritti e interessi di consumatori e utenti. A questo scopo sostiene varie ricerche e presenta i risultati in convegni e conferenze; ha pubblicato, dal 1998 al 2005, i Quaderni ICU e pubblica, dal 2002, i Libri dei Consumatori. Promuove inoltre, dal 2004, il Premio per tesi di laurea "Consumo Sostenibile".

www.fondazioneicu.org info@fondazioneicu.org micheleboato14@gmail.com

segreteria: Via Dante 9/A, 30171 Mestre VE

Tel e Fax 041.935666 ore 17-18 feriali

QUADERNI ICU

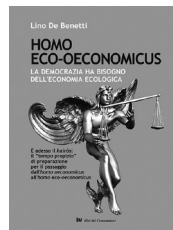
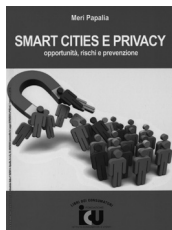
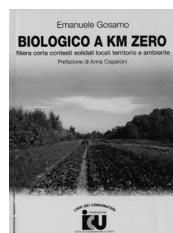
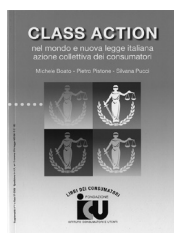
- 1 Ugo Ruffolo - BIOTECNOLOGIE. STRUMENTI DI TUTELA DEL CONSUMATORE, 1998
- 2 Antonio Casella, Rodolfo Tosetti - RISORSE IDRICHE. INTERESSI DEI CONSUMATORI, 1999
- 3 Pietro Maria Putti - R.C. AUTO, CLAUSOLE ABUSIVE, 1999
- 4 Rosaria Garozzo, Ugo Ruffolo - PUBBLICITÀ INGANNEVOLE. COME DIFENDERSI, 2000
- 5 Paolo Stevanato - PUBBLICITÀ INGANNEVOLE. IL GARANTE DELLA CONCORRENZA, 2001
- 6 Anna Ciaperoni - GUIDA AL CONSUMO CONSAPEVOLE, 2002
- 7 Giovanna Falco - ACQUE MINERALI POTABILI. TRA QUALITÀ E BUSINESS, 2003
- 8 Aldo Carra - INFLAZIONE. COME CAMBIA PER FAMIGLIE POVERE E RICCHE, 2003
- 9 Aldo Carra - MODELLI DI CONSUMO. IMPATTO DELL'INFLAZIONE SUI REDDITI, 2004
- 10 Aldo Carra - TUTTI ALLE BANCARELLE? PREZZI, SPESA E REDDITI, 2005
- 11 Susanna Lando - TRASPARENZA BANCARIA, 2005

LIBRI DEI CONSUMATORI

- 1 Marco Marini, Domenico Romito - NUOVA DISCIPLINA DI DIRITTI DEI CONSUMATORI, 2002
- 2 Anna Ciaperoni, Vincenza Di Malta – BIOLOGICO SICURO, 2006
- 3 Simone Biliato - ACQUISTI VERDI. Pubbliche amministrazioni per l'ambiente, 2006
- 4 Francesco Ridolfi, Antonio Segre - CIBO SOLIDALE. Mercato dell'ultimo minuto, 2007
- 5 Michele Boato, Pietro Pistone, Silvana Pucci - CLASS ACTION nel mondo. Legge italiana, 2008
- 6 Mara Lorenzini - CONSUMO CRITICO - Biologico, locale, etico, sobrio, in gruppo d'acquisto, 2009
- 7 Valeria Bugni - FARMERS' MARKETS - Mercati contadini. La filiera corta e consumatori, 2010
- 8 Rita Adornati - TUTELA DEL CONSUMATORE NELL'ERA DIGITALE - eCommerce, eBanking, Firma digitale, 2011
- 9 Emanuele Gosamo - BIOLOGICO A KM ZERO. Filiera corta, contesti solidali locali, 2012
- 10 Meri Papalia - SMART CITIES E PRIVACY. Opportunità, rischi e prevenzione, 2014
- 11 Michele Boato - DALLA PARTE DEI CONSUMATORI. Storia del movimento consumerista in Italia, 2015
- 12 Marco Ciot - CONSUMARE CARNE - Problematiche ambientali, sociali, salutistiche, 2016
- 13 Michele Boato - MADRE TERRA Manuale di difesa dei beni comuni, 2017
- 14 Lino De Benetti - HOMO ECO-ECONOMICUS. La democrazia ha bisogno dell'economia ecologica, 2018

Quaderni ICU e Libri dei Consumatori si possono richiedere con un contributo di 3 euro per spese di spedizione alla Fondazione ICU di Mestre IBAN IT88 F058 5661 5402 0957 0001 272

I quaderni 1, 2, 3, 6 e 7 sono esauriti



www.fondazioneicu.org

il sito della Fondazione Istituto Consumatori e Utenti

Quaderni e i Libri editi dalla Fondazione, liberamente scaricabili in pdf
Bandi, vincitori e archivio delle tesi del concorso per tesi di laurea ICU-Conti
Notizie e informazioni sui temi del consumerismo

Fondazione ICU
ISTITUTO CONSUMATORI E UTENTI

info@fondazioneicu.org | Tel. e fax 041.935666

[Home](#) [Libri ICU](#) [Quaderni ICU](#) [Vincitori Tesi](#) [Ricerca Tesi](#) [Chi siamo](#) [Links](#) [News](#) [Contatti](#)



Cerca

To search type and hit enter

Archivio Tesi Online



Un vasto archivio consultabile gratuitamente di tutte le tesi pervenute dal 2004 ad oggi attraverso il Premio Laura Conti -

Tutto sarà dimenticato? Questo dossier percorre a volo di rondine la gigantesca portata di una crisi sanitaria diventata molto altro. Dagli inizi dell'anno 2020, il virus Sars-CoV-2 e la malattia Covid-19, con i loro misteri, sono stati una cartina di tornasole. Hanno rivelato, come il bambino nella fiaba di Andersen, gli abiti nuovi dell'imperatore: debolezze (diciamo così) nascoste negli individui, negli organismi sociali, nelle varie forme di potere, compresa la scienza.

Il sortilegio ha coinvolto ogni ambito, ben al di là della virologia e dell'epidemiologia. Errori nella politica e nella sanità. Improvvise conversioni al «bene di tutti». Lutti diretti e danni indiretti. Affarismi dolosi. Terrore alimentato. Nuove, accettate sudditanze. Benché sia sbagliato parlare enfaticamente di «guerra», si sono imposte cattiverie belliche ed egoismi geopolitici. È arrivata una «nuova normalità», ancora più disuguale. E per il pianeta, per i rapporti fra homo sapiens e il resto dei viventi? Un sollievo parziale e solo temporaneo, finora.

Capitolo dopo capitolo, se la storia deve esserci maestra, si chiede di ricordare.

1) Le saggezze nascoste nella vera prevenzione e la salvezza delle cure tempestive e semplici, ignorate. 2) Le domande sulle morti e sul perché, sull'efficacia e sull'impatto delle misure anti-Covid, sugli effetti collaterali della crisi a livello locale e globale, su chi decide e chi esegue. 3) Le origini ambientali delle zoonosi ben oltre il coronavirus, e delle malattie ben oltre i virus. 4) Le variegate strategie messe in atto fuori da un Occidente che a dispetto dei risultati pretende di indicare soluzioni uniche con i propri politici, organizzazioni, esperti e media. Il paesaggio distopico non è stato lo stesso in ogni nazione, presso tutti i popoli, presso tutte le persone. Per tanti motivi, virus e misure hanno mostrato facce diverse. Una parte del mondo si è chiusa nel distanziamento sociale, un'altra non ha potuto o non ha voluto farlo. Sono arrivate da luoghi lontani immagini sbalorditive perché sembravano appartenere al mondo di prima (per dire: del 2019!); o forse, a quello di dopo.

Ci voleva davvero un inconsapevole virus per il cambiamento? E in quale direzione? Per chi ragiona in una prospettiva eco-equo-pax (mai realizzata), l'attuale mantra è: «Niente dovrà essere più come prima». Rimane davvero da capire quale sarà la direzione di marcia. Ma attenzione al Gattopardo (cambiare tutto per non cambiare niente). Meglio parlare di cammino.

Marinella Correggia, originaria di Rocca d'Arazzo (Asti), da decenni si occupa a titolo volontario di campagne contro le guerre e di azioni per la riconversione ecologica e il rispetto dei viventi. Sostiene progetti nel campo della restituzione internazionale e dei bisogni fondamentali. Come pacifista ha partecipato a delegazioni internazionali in paesi sottoposti ad aggressioni. Si occupa di autoproduzione sostenibile e di formazione e fa parte della Fondazione ICU - Istituto Consumatori e Utenti. Collabora con giornali, riviste e siti italiani e stranieri. Ha scritto svariati libri su temi dell'ambiente, dei rapporti Nord-Sud e dell'ecologia quotidiana. Fra questi: *Si ferma una bomba in volo?* (Cart'armata, Premio Diario del presente), *La rivoluzione dei dettagli* (Feltrinelli), *Diventare come balsami* (Sonda), *El presidente de la paz* (Sankara, premio Trisol del Alba). Ha sceneggiato alcuni documentari, fra i quali *Tutto sarà dimenticato?*