

Marco Mamone Capria

Appesi a un numero: il covid-19 e la scienza a porte chiuse*

Ringrazio l'onorevole Sara Cunial per l'invito a questa conferenza stampa. Penso che ci fosse un estremo bisogno di poter presentare in una sede ufficiale certi fatti e certi argomenti che invece negli scorsi mesi sono stati oggetto di una sistematica censura.

Come tutti sappiamo, il diffondersi del covid-19 e l'allarme creato intorno ad esso hanno portato in Italia al collasso numerose strutture ospedaliere, soprattutto nel Nord Italia tra marzo e aprile di quest'anno. Era ragionevole prendere misure che diminuissero la pressione sugli ospedali in certe aree. Tuttavia, prima di utilizzare descrizioni dell'accaduto adatte a una calamità naturale, non bisogna dimenticare che la capacità degli ospedali di affrontare situazioni di emergenza era stata ridotta drasticamente da più di 10 anni di irresponsabili tagli alla Sanità. È il periodo 2009-2019, in cui alla presidenza del consiglio si sono succeduti: Berlusconi, Monti, Letta, Renzi, Gentiloni, e infine Conte.

Ma torniamo alle misure prese. Le prime ad essere adottate, il 23 febbraio, sono state quelle utilizzate fin dal XIV secolo per affrontare le epidemie di peste o di tifo: l'igiene, l'isolamento dei malati, la quarantena per i possibili infetti, il divieto di accesso alle zone con focolai epidemici.

Due settimane dopo, l'8 marzo, il governo ha deciso invece di intervenire sull'intero territorio nazionale, come se fosse ormai sicuro che il covid-19 si sarebbe propagato a tutta la penisola e tutti, non solo i malati, dovessero essere trattati come potenziali trasmettitori dell'infezione. Così si è proceduto a chiudere le scuole, che non sono state più riaperte, anche se era chiaro fin da allora che bambini e ragazzi erano pochissimo presenti nelle statistiche del covid-19, sia come malati sia come agenti di contagio.

Le riunioni tra cittadini per qualsiasi scopo – feste, matrimoni, funerali, spettacoli, eventi sportivi, oppure anche manifestazioni politiche – sono state reinterpretate come pericolosi “assembramenti”, e come tali proibite; attualmente sono permesse solo a condizione che i partecipanti mantengano le distanze e si coprano naso e bocca con mascherine – mascherine la cui efficacia nelle normali condizioni della vita quotidiana, va sottolineato, non è mai stata adeguatamente provata. Invece, su basi storiche, si può certamente dire che isolare fisicamente le persone e renderle timorose le une delle altre, è stata una profilassi contro le ribellioni favorita dalle tirannidi di ogni epoca. Ma sarà solo una sfortunata coincidenza...

Aggiungo che per oltre due mesi, e con conseguenze tuttora importanti sulle liste d'attesa, molti ospedali hanno in gran parte sospeso le loro attività normali per riconvertire i reparti ad aree “covid-19” – così sono stati rimandati interventi chirurgici e visite che erano stati programmati anche da molti mesi.

Nel complesso, si è stimato che tutte queste misure abbiano fatto perdere il lavoro a mezzo milione di persone in Italia e provocato la maggiore crisi economica dal secondo dopoguerra.

Da queste pur rapide osservazioni dovrebbe essere evidente che il bilancio costi-benefici delle misure di confinamento e delle rovine economiche, sanitarie, sociali e psichiche che hanno lasciato

* Conferenza stampa presso Montecitorio, 29 luglio 2020, ore 14.00: “Coronavirus: emergenza sanitaria o democratica?”. Molti dei riferimenti omissi si trovano [qui](#).

dovrà valutare non solo l'ambiguo parametro "numero di morti per covid-19 da febbraio a giugno", ma anche e soprattutto quello, molto più solido, della mortalità per tutte le cause almeno fino alla fine del 2021.

Dico che si tratta di un parametro ambiguo, innanzitutto perché non esiste un canone aureo (una pietra di paragone) del covid-19, e tanto meno lo è il tampone rino-faringeo: in particolare, se una persona risulta positiva al test, questo non implica che abbia in corso un'infezione di SARS-CoV-2.

Diversi giuristi ritengono che i decreti del presidente del consiglio dei ministri (DPCM) siano andati ben oltre i limiti permessi a questo dispositivo giuridico, che non avrebbe la facoltà di limitare, come invece è avvenuto, diritti costituzionali. Per quanto riguarda la conformità allo scopo delle loro prescrizioni, il governo si è rimesso a ciò che ha presentato come il "giudizio della scienza", e che in pratica consisteva nei pareri di comitati ristretti, come il Comitato tecnico-scientifico (CTS) e la Task Force. Ma quali sarebbero state le basi scientifiche della "chiusura a lucchetto" (lockdown) del paese? Sintetizzerò la questione in alcuni punti, senza pretese di completezza.

Il primo punto è una questione di metodo: la segretezza.

I lavori dei suddetti comitati ristretti non sono stati resi accessibili ai cittadini. Si badi bene che la [segretezza dei verbali del CTS](#) non è stata una dimenticanza, ma è stata mantenuta pervicacemente dal governo nonostante richieste di accesso provenienti da più parti. Solo pochi giorni fa la Fondazione Einaudi ha vinto il [ricorso al TAR del Lazio](#), che si è pronunciato il 22 luglio per l'accesso generalizzato alla documentazione.

Bisognerà vedere se il governo si appellerà al Consiglio di Stato, ma, anche qualora non lo facesse**, come è da augurarsi, ci sarebbe stato comunque un grave ritardo, che ha impedito che su decisioni di così vasta portata si tenesse un dibattito pubblico, con quelle opportunità di intervento e di critica che, per una scelta normativa che pretende di basarsi sulla scienza, non sono un lusso: sono l'essenza. Invece la scienza a porte chiuse, quella in cui un piccolo gruppo di consulenti ha un rapporto privilegiato e riservato con i decisori politici, è a forte rischio di collusione tra scienziati e politici, con pessimi auspici sia per l'integrità della scienza sia per la tutela degli interessi dei cittadini. Dovremo tornarci.

Personalmente trovo incredibile, anche soltanto per questa ragione, che la richiesta di rinnovo dello stato di emergenza sia stata accolta da rappresentanti del popolo.

Il secondo punto...

... è che per difendere le misure eccezionali prese o da prendere, si è fatto di tutto per far apparire il covid-19 una malattia senza precedenti e indecifrabile.

Dopo mesi di esperienza clinica e di ricerca sul covid-19, ancora si possono leggere titoli di giornale del seguente tenore:

«Avremo seconda ondata come in Spagna? "Virus imprevedibili. Prudenza in vacanza"».

Una nuova peste, insomma, e non a caso si è costantemente e stucchevolmente utilizzata, a sproposito, la metafora del «nemico invisibile» che gli storici della medicina avevano introdotto, opportunamente, per descrivere la situazione in cui si trovavano i magistrati della sanità nei comuni

** [Purtroppo il governo si è appellato, [a quanto si è letto due giorni dopo.](#)]

italiani alle prese con epidemie di peste tra Trecento e Seicento – molto prima, cioè, che la scienza avesse scoperto il mondo dei microrganismi.

A gennaio l'ISS aveva sconsigliato di effettuare i tamponi a tutti quelli che si presentavano con sintomi "suggestivi", per una ragione molto semplice e, tutto sommato, ragionevole: i sintomi del covid-19 erano poco specifici, cioè sostanzialmente indistinguibili da quelli delle altre similinfluenze. Citazione: «Data la poca specificità dei sintomi comuni dell'infezione da coronavirus è possibile effettuare test di laboratorio su campioni respiratori e/o siero soprattutto in caso di malattia grave». Ed ecco infatti come l'ISS descrive i sintomi delle infezioni da «coronavirus umani comuni»:

«I coronavirus umani comuni di solito causano malattie del tratto respiratorio superiore da lievi a moderate, come il comune raffreddore, che durano per un breve periodo di tempo. I sintomi possono includere: naso che cola; mal di testa; tosse; gola infiammata; febbre; una sensazione generale di malessere.»

Naturalmente ognuna delle sindromi con questi sintomi (non a caso sono dette similinfluenze), quale che ne sia l'agente patogeno (se ne contano due-trecento!) può essere accompagnata da complicanze più o meno gravi secondo le condizioni fisiche del paziente. C'è un fatto che non capita mai di vedere esposto in programmi di informazione televisivi: e cioè che durante la cosiddetta stagione influenzale chi non si ammala di influenza, ma di una delle tante altre similinfluenze, non è l'eccezione ma la regola: fa parte di una larga maggioranza – più del doppio dei malati di influenza propriamente detta.

Si potrebbe supporre che la mortalità attribuibile alle similinfluenze sia molto inferiore a quella del covid-19. Prendiamo allora uno studio dell'ISS [per il riferimento e i numeri si veda [qui](#)] che riguarda le 4 stagioni influenzali dal 2013 al 2017. Secondo tale studio, la media stagionale dei decessi attribuibili alle similinfluenze e alle loro complicanze è stata 34.171 con un minimo di 24.791 e un massimo di 43.366. Per un confronto, si può osservare che i decessi da covid-19 fino al 22 luglio sono stati 34.142

Poiché la stampa alimenta ancora il mito della radicale novità del SARS-CoV-2, vorrei citare almeno un [articolo](#) del 10 giugno, dove l'ex direttore dell'Istituto di immunologia dell'Università di Berna, il prof. Beda Stadler, ha scritto:

«questo cosiddetto nuovo virus è collegato molto fortemente al Sars-1 così come ad altri beta-coronavirus, che ogni anno ci fanno venire il raffreddore [sono i coronavirus della precedente citazione dell'ISS (NdR)]. [...] SARS-CoV-2 non è così nuovo, ma è semplicemente un virus stagionale del raffreddore, che muta e sparisce durante l'estate, come fanno tutti i virus del raffreddore – che è ciò che stiamo osservando globalmente proprio adesso.»

La polarizzazione tra influenza o le mai nominate similinfluenze da una parte, e covid-19 dall'altra non ha quindi mai avuto un fondamento clinico reale, ma è nata con finalità propagandistiche: destabilizzare l'opinione pubblica comunicandole che era in circolazione un agente virale di cui non si sapeva nulla tranne che era molto più pericoloso dell'influenza e che ogni nuova decretazione al riguardo era questione di vita o di morte.

Quando poi si è visto, a due riprese, il ministero della Salute sconsigliare i medici dall'effettuare autopsie sui deceduti da covid-19, è stato chiaro che le nostre massime autorità sanitarie si stavano mettendo d'impegno a infittire il mistero attorno al SARS-CoV-2.

A tale proposito considererò due aspetti cruciali.

Il primo è che, per i virus che si trasmettono attraverso i fluidi delle alte vie respiratorie, l'infezione asintomatica è molto difficile che possa essere contagiosa. Anche senza mascherina, se non starnutisce e non tossisce, e magari ha anche la sana abitudine di respirare con il naso anziché con la bocca, come fa a trasmettere il virus in misura tale da infettare un ignaro passante che ha avuto la sola colpa di passargli per pochi secondi a meno di un metro? Eppure quando l'8 giugno la dottoressa Maria Van Kerkhove, non l'ultimo venuto, ma il «capo del team tecnico anti-Covid-19 dell'OMS», ha dichiarato: «È molto raro che una persona asintomatica possa trasmettere il coronavirus», è stata attaccata e insultata, soprattutto in Italia. Come mai? La ragione è che dichiarare pericolosi gli asintomatici (compresi quelli che, proprio perché privi di sintomi, non si sono mai sottoposti al tampone) garantisce il perdurare a tempo indefinito della paura della malattia – perché anche una persona che gode di ottima salute diventa un potenziale “asintomatico contagioso”.

L'altro aspetto cruciale è l'evoluzione dell'epidemia. Diversi medici e scienziati (si ricordi ad esempio la citazione di Stadler) avevano previsto quello che è ormai sotto gli occhi di tutti nonostante gli sforzi, degni di miglior causa, per negarlo da parte dei principali media: e cioè che il covid-19 si sarebbe comportato come gli altri agenti similinfluenzali, che in Italia sono caratterizzati da una pronunciata stagionalità – la loro attività comincia pressappoco a ottobre e torna al livello basale all'inizio di maggio.

È un fatto, questo, così ufficialmente riconosciuto, che i mesi da me indicati, o più precisamente il periodo dalla 42ma settimana di un anno alla 17ma dell'anno successivo, definiscono la stagione influenzale ai fini della sorveglianza sanitaria sulle similinfluenze. Ebbene, all'improvviso questa nozione così radicata è sparita dalla visuale dei principali media, che tuttora insistono a segnalare quotidianamente focolai, anche minuscoli, di covid-19, con notiziari che rassomigliano, come è stato giustamente detto, a notiziari di guerra.

Ma – si dirà – non si può negare che continuano ad esserci focolai di covid-19.

Qui dobbiamo tornare alla questione delle misure di confinamento. Qual era esattamente il loro scopo? Come abbiamo detto, esse dovevano impedire il sovraffollamento degli ospedali, e in particolare dei reparti di terapia intensiva. Lo scopo non era mai stato di azzerare i contagi. E chi la pensa diversamente si dovrebbe chiedere: sarebbe stato uno scopo realizzabile?

Consideriamo le similinfluenze. Alla 17ma settimana di ogni anno la loro incidenza scende di solito sotto un caso di similinfluenza ogni 1000 assistiti, ma certamente non arriva a zero. Anche al di fuori della stagione influenzale, è bene precisarlo per dare un piccolo aiuto a quelli che profetizzano «seconde ondate», capita che scoppino epidemie similinfluenzali che mettono a letto decine di migliaia di italiani. Per esempio nel settembre 2017 si poteva leggere la notizia: «80mila italiani a letto con la febbre». Ma in questa come in altre simili occasioni i telegiornali non ci informavano quotidianamente del decorso di tali malattie, e tanto meno dell'incidenza delle complicanze. Le rare volte che si trovavano articoli di giornale al proposito erano per avvertire il lettore che “questa non è ancora l'influenza – quindi temete il peggio!”.

Nella 17ma settimana di quest'anno i [casi di similinfluenza](#) sono stati 42 ogni 100.000 assistiti. Nel 2019 erano 95 e nel 2018 erano 64. Sto parlando, lo ripeto, dell'ultima settimana di sorveglianza

delle similinfluenze, cioè quando il fenomeno sanitario è ufficialmente ritenuto residuale, e come tale indegno di far proseguire l'indagine epidemiologica. Davvero nessuno si era mai sognato di invocare lo stato di emergenza finché non si fosse arrivati a zero!

Invece con il covid-19 la strategia sanitaria è cambiata radicalmente. Il fatto che oggi i reparti di terapia intensiva siano pressoché vuoti e che i casi trovati positivi al SARS-CoV-2 siano ormai rarissimi sembra non avere alcuna importanza. Per farci un'idea dell'ordine di grandezza, dal 13 al 19 luglio, l'incidenza di casi positivi è stata di [2,22 ogni 100.000 abitanti](#), cioè 1341 casi in tutto il Paese: è circa un ventesimo dei casi di similinfluenza nella 17ma settimana, che sono stati più di 25.000. Dei casi positivi tra il 13 e il 19 luglio, per giunta, la stragrande maggioranza (il 78%) sono stati diagnosticati in Lombardia (N = 395), Emilia Romagna (N = 247), Veneto (N=251), Liguria (N= 71) e Lazio (N= 88). Anche considerando insieme le due settimane dal 6 al 19 luglio, l'incidenza di casi positivi arriva soltanto a 4,55 su 100.000. Questi sono tutti dati ufficiali: non mi sto inventando niente, né attingendo a fonti speciali.

Sarebbero evidentemente dati molto rassicuranti, ma non per l'ISS, che ammonisce:

«L'attuale andamento dell'epidemia richiama ad un atteggiamento di massima prudenza in questa fase di transizione. È fondamentale, infatti, mantenere comportamenti individuali corretti per limitare il rischio di un aumento del numero di casi e decessi nel breve termine.»

In altre parole, il fenomeno covid-19 è diventato residuale, lo dicono i dati ufficiali, ed è largamente limitato a un quarto delle regioni italiane, ma questo non deve tranquillizzare i cittadini: anzi, «richiama ad un atteggiamento di massima prudenza»! Perché l'ISS non ha mai fatto lo stesso “richiamo” alla 17ma settimana della sorveglianza similinfluenzale, nonostante ci fossero 25.000 persone ammalate, come quest'anno, o 57.000 come l'anno scorso? (No, non un misero 1341: un bel po' di più). Sembra chiaro che lo scopo del monito è di suggerire che la diminuzione dei casi la si debba solo alle misure di confinamento, non alla stagionalità del fenomeno epidemiologico e all'esistenza di una ampia classe di individui immuni.

L'ISS va capito. Poiché è stato il principale consigliere del “lockdown”, e poiché la gravità delle conseguenze economiche e sociali di tale misura draconiana sono evidenti a tutti, non c'è da stupirsi se poi preferisca dare per scontato che il lockdown nazionale sia stata una scelta inevitabile.

Un modo per affermarlo è farne incombere la minaccia sulla popolazione alla minima fluttuazione del parametro Rt. Senza entrare nel merito della diversità delle metodiche con cui si può tentare di dargli un valore numerico, mi limito a dire che non si può prendere seriamente come base normativa un parametro che, come ammette lo stesso ISS, può superare la soglia critica (= 1) anche sulla base di pochissimi nuovi casi se i casi di partenza erano già pochi. Insomma: l'ideale per creare allarmi infondati anche in regioni appena sfiorate dal covid-19.

Un altro modo di difendere il lockdown è appoggiare la scelta del nostro governo di dilapidare centinaia di milioni di euro dei contribuenti per acquistare a scatola chiusa un vaccino privo di garanzie di efficacia e di sicurezza, ma presentato come la sola possibilità per liberarci del distanziamento sociale e delle mascherine. Neanche una parola sui progressi terapeutici e quello che è stato fatto e che ci ha permesso di lasciarci alle spalle il quadro desolante delle prime settimane.

L'opera di diffondere paure da parte dell'ISS non si è fermata qui.

Una delle caratteristiche più note delle persone decedute “con covid-19” è il fatto di essere in larghissima maggioranza affette da altre gravi patologie. Ma ecco che cosa ne dice il [rapporto congiunto ISS-ISTAT](#) del 16 luglio – un matrimonio di convenienza non molto bello:

«COVID-19 è una malattia che può rivelarsi fatale anche in assenza di concause. Non ci sono infatti concause di morte preesistenti a COVID-19 nel 28,2% dei decessi analizzati, percentuale simile nei due sessi e nelle diverse classi di età. Solo nella classe di età 0-49 anni la percentuale di decessi senza concause è più bassa, pari al 18%.»

28,2%? 18%? Se si va a consultare il documento proprio dell'ISS “[Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia](#)”, di appena una settimana prima, il 9 luglio 2020, basato sull'analisi di cartelle cliniche, e non di certificati di morte come il rapporto ISS-ISTAT, si scopre che la percentuale dei deceduti senza patologie preesistenti è il 4% (e l'80% ne ha più di una). «Complessivamente, 153 pazienti (4,0% del campione [di 3952 cartelle cliniche]) presentavano 0 patologie [...]». Non c'è niente di anomalo in questa valutazione, che è sostanzialmente sovrapponibile a quelle che l'ISS ha diffuso per quattro mesi. Com'è allora possibile che si sia saliti a ben sette volte tanto (il 28,2%)? Ho analizzato in dettaglio la questione in un mio [articolo](#), ma in sintesi si può dire che questa nuova e sconcertante stima dimostra in buona parte il successo riscosso dalle autorità sanitarie nell'indurre i medici certificatori a inserire “covid-19” anche dove c'entrava molto poco, e a non sforzarsi di leggere attentamente le cartelle cliniche dei deceduti.

Ma ISS e ISTAT non si sono accontentati.

Nello stesso spirito, chiamiamolo così, di “tranquillizzazione del pubblico”, l'ISS e l'ISTAT hanno pubblicato una conclusione clamorosa che è stata immediatamente ripresa da organi di stampa e siti di informazione:

«COVID-19 è nove volte su 10 la causa di decesso

In base all'analisi condotta sulle schede di decesso, COVID-19 è la causa direttamente responsabile della morte, ossia è la causa iniziale, nell'89% [notate la precisione! (NdC)] dei decessi di persone positive al test SARS-CoV-2 (Figura 1). In questi casi, la morte è quindi causata direttamente da COVID-19, seppure spesso sovrapposto ad altre malattie preesistenti, e dalle sue complicanze. In altri termini è presumibile che il decesso non si sarebbe verificato se l'infezione da SARS-CoV-2 non fosse intervenuta.»

Secondo la stessa logica, se una persona cade e viene ricoverata in ospedale per una sospetta frattura al femore, e se il reparto ortopedico di quell'ospedale è colonizzato da ceppi batterici antibiotico-resistenti che infettano la persona e la fanno morire, la «causa direttamente responsabile» della morte è stata... la caduta. Parafrasando il testo del rapporto si può infatti dire, del tutto correttamente: «è presumibile che il decesso non si sarebbe verificato se [la caduta] non fosse intervenuta». Al posto della caduta si può inserire qualsiasi causa che abbia portato al ricovero (con i mutamenti necessari per quanto riguarda il reparto ospedaliero). In particolare anche l'esito positivo del tampone, esito che potrebbe essere stato un falso positivo, può diventare «la causa direttamente responsabile della morte»: anche nel caso di una persona anziana e sofferente di diabete di tipo 2 e di cardiopatie ischemiche. Per chi pensasse che l'esempio che ho fatto sia

esagerato, ricordo che una ricerca dell'Osservatorio nazionale sulla salute (OSN) pubblicata nel 2019 ha trovato che la «mortalità causata dalle infezioni ospedaliere» è passata «dai 18.668 decessi del 2003 a 49.301 del 2016», e che «L'Italia conta il 30% di tutte le morti per sepsi nei 28 Paesi UE». Per mettere in prospettiva questi numeri, ricordo di nuovo che i decessi da covid-19 al 22 luglio erano 34.142.

Oppure si consideri una persona ricoverata e sottoposta a terapie sbagliate, in seguito alle quali muore. Ricordo che l'errore medico è la terza causa di morte negli Stati Uniti – ma non c'è ragione di pensare che in Italia occupi un posto diverso (e utilizzando la stima fatta per gli USA, che ha una popolazione 5,5 volte quella italiana, si otterrebbe una media di circa 45.000 morti all'anno per errore medico in Italia). È chiaro che se quella persona non avesse chiesto una visita medica o un ricovero, non avrebbe nemmeno corso il rischio di morire per una terapia sbagliata. Ma come si fa a concludere che il disturbo che la ha indotta a chiedere un consulto medico sia «la causa direttamente responsabile della morte»? La questione è lungi dall'essere accademica, ora che si sa che le terapie sbagliate sono state responsabili di una gran parte dei decessi attribuiti al covid-19.

Concludo.

Un autorevole biostatistico statunitense, Irwin Bross, uomo di grande coraggio civile, ebbe a scrivere nel 1987 a proposito del governo e della classe dirigente medica e scientifica le seguenti parole:

«Quando dicono che qualcosa è sicuro o buono per te, ciò che questo significa veramente è che è sicuro o buono per loro. A loro non importa quello che succede a te. [...] Se c'è qualcuno che proteggerà la tua vita e sicurezza, quel qualcuno non potrai essere che tu.»

È una citazione che mi è tornata in mente spesso durante gli ultimi tre anni, ma soprattutto in questo 2020.

Negli ultimi mesi abbiamo visto il governo italiano prendere misure di contenimento del contagio da SARS-Cov-2, gli effetti immediati e indubitabili delle quali sono stati la degradazione della vita sociale, l'offesa ai diritti civili, la chiusura delle scuole e in prospettiva uno stravolgimento dell'intera esperienza della scuola dell'obbligo, e da un punto di vista economico due miliardi di ore di cassa integrazione tra aprile e giugno e la disoccupazione per mezzo milione di cittadini. Nonostante l'entusiasmo del governo per il successo della trattativa con l'UE, è chiaro che il “finanziamento per la ripresa” (Recovery Fund) ci è costato un'ulteriore cessione di sovranità nazionale.

Si sente dire che la colpa per questa catastrofe è stata del coronavirus. Troppo comodo. La responsabilità è di una risposta politica basata su una visione angusta e distorta dell'evidenza scientifica, sull'arruolamento di organismi scientifici come agenzie di propaganda governativa, e sul sostanziale disprezzo per i valori democratici.