

Dr. med Roberto Ostinelli

Medicina Interna Generale FMH
Via G. Rizzi 1A, CH-6850 Mendrisio
T: 091 646 2674 / qrenetwork@gmail.com
www.robertOstinelli.com

giovedì 17 dicembre 2020

RACCOMANDATA A:

Lodevole Consiglio di Stato Canton Ticino
Onorevoli parlamentari del CG Ticinese
Piazza del Governo 6
6500 Bellinzona

Petizione per una nuova e giustificata politica sanitaria adeguata alle conoscenze scientifiche emergenti in merito alla pandemia Covid19

Onorevoli Consiglieri di Stato,
Onorevoli Granconsiglieri,

con il presente scritto mi permetto di inoltrare le seguenti documentazioni scientifiche e le relative considerazioni per oggettivare attraverso questa petizione un cambiamento di strategia in merito alla gestione della crisi pandemica in Canton Ticino.

Considerato la fase primaverile di conoscenza del virus pandemico Sars-Cov2, che ha portato alla nomina di uno stato maggiore di condotta, e alla comprensibile decisione di contenimenti sanitari attraverso una politica difensiva e a un lockdown socioeconomico

Considerato la scomparsa del virus durante i mesi estivi, con numeri irrisori, frutto probabilmente di test PCR falsamente positivi, con assenza di malati e morti

Considerato la ripresa repentina dei contagi dal mese di ottobre, con numeri quasi triplicati rispetto a marzo-aprile, largamente anticipata dagli esperti nei mesi estivi

Considerato che la politica sanitaria di gestione della crisi Covid19 è continuata dal settembre 2020 solamente con un atteggiamento difensivo, allarmistico, di contenimento, isolamento e quarantene preventive, con una politica di *contact tracing* di difficilissima gestione visto i numeri, e il continuo impiego di un test PCR in modo indiscriminato su incitamento dell'OMS ("Test, Test, Test"...) non solo per indicazioni mediche, ma anche per richieste aziendali, scolastiche, personali che hanno creato un "mercato" diagnostico deplorabile

Considerato inoltre il fallimento del contenimento della curva epidemica dei mesi autunnali con le misure attuate sia a livello federale che cantonale

Considerato purtroppo che in modo poco etico e morale viene riversato spesso la causa del fallimento all'indisciplina del popolo ticinese (v. per es. il tenore e le velate minacce di ulteriori inasprimenti durante la conf. stampa del 7 dicembre 2020)

Chiedo che il Consiglio di Stato, assieme al GC Ticinese, e ev. all'ufficio del Medico Cantonale:

- analizzi con attenzione la documentazione scientifica che allego a questa petizione
- valuti l'appropriatezza e la possibilità di introdurre dei cambiamenti di politica sanitaria per modificare la strategia di contenzione, prevenzione e cura del Covid19, secondo i miei suggerimenti presenti nelle conclusioni
- prenda posizione ufficiale con una risposta al mio scritto, informando la mia persona, come rappresentante di tutti i colleghi medici che sottoscrivono tale documento, così come tutto il popolo ticinese che potrà sostenere online il lancio di questa petizione collettiva.
- trasmetta all'UFSP e al Consiglio Federale le ev. prese di posizione cantonali per la modifica della politica sanitaria federale

Vi ringrazio per la vostra attenzione, e colgo l'occasione per porgere i miei più cordiali saluti

Dr. med Roberto Ostinelli

Sottoscrizioni

SMAISI – Società di Medicina Anti-Invecchiamento della Svizzera Italiana

Dr. Fabrizio Alebardi, Bergamo, pediatra (pres. comitato scientifico)
Dr. Werner Nussbaumer, Gravesano, internista (presidente)
Dr Flavio Acquistapace, Lugano, cardiologo
Dr.ssa Gabriella Lesmo, Lugano, pediatra
Dr. Alberto Ugo Caddeo, Milano, internista

Dr. Dario Spinedi, Orselina, internista
Dr. Holger Malchow, Orselina, internista
Dr. Olaf Kuhnke, Roveredo, internista
Dr. Christian Cereghetti, anestesista
Dr.ssa Federica Tosi, Ascona, internista
Dr. Nicola Bianda, Locarno, internista

Associazione ALETHEIA – Medizin und Wissenschaft für Verhältnismässigkeit

Fabien Balli-Frantz, MSc. ETH Elec. & Pharmazie Student, Biel
Dr. med. Urs Guthauser, Bern
Dr. med. Andreas Heisler, Ebikon
Dr. Werner Michael Heller, Schüpfheim
Dr. Sc. Nat. ETH Barbara Müller, Ettenhausen
Dr. med. Björn Riggerbach, Neuchâtel
Dr. med. Rainer Schregel, Wattwil
Dr. med. Dieter Thommen, Thun
Dr. med. Ruke Wyler, Bern
... in totale 113 medici/accademici, 289 operatori sanitari

Introduzione critica analitica:

Il virus Sars-Cov-2 (Covid19) non è mai stato veramente isolato!

Lo riconoscono inequivocabilmente, sia la Commissione Europea che il CDC USA, l'organismo sanitario nazionale più importante del mondo.

Partiamo dalla Commissione Europea, che nel suo documento del 16 Aprile scorso scrive:

"Since no virus isolates with a quantified amount of the SARS-CoV-2 are currently available..." (European Commission, Working Document of Commission Services, Current performance of COVID-19 test methods and devices and proposed performance criteria, April 16 2020, p.19).

Vediamo cosa scrive il CDC:

"Since no quantified virus isolates of the 2019-nCoV are currently available..." (Center for Disease Control and Prevention, Division of Viral Diseases, CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel, 13/07/2020, p.39).

Insomma, sia l'Europa che gli USA dicono la stessa cosa: chiamano "virus isolato" un materiale in cui il virus non è stato quantificato. Ma se non è stato quantificato, come fa ad essere un virus isolato? In qualsiasi lingua, isolato significa separato da qualsiasi altra sostanza, e dunque costituente l'isolato al 100%.

Questo prova che ciò che viene chiamato "virus isolato" è, come sostiene da diverso tempo il Dott. Stefano Scoglio Candidato al Nobel per la Medicina nel 2018, una matrice complessa di cui il virus costituirebbe solo una percentuale. Ma che percentuale: l'1%, il 5%, il 50%?

Il fatto che nessuno lo abbia quantificato, come ammettono sia la Commissione EU che il CDC, significa che il virus, oltre a non essere mai stato veramente isolato, non è mai stato neppure identificato, descritto e caratterizzato nella sua costituzione naturale, perché altrimenti lo si sarebbe potuto quantificare all'interno della matrice complessa.

Ciò implica che tutte le sequenze geniche che ci vengono presentate come il "virus isolato", non sono che costruzioni ipotetiche elaborate da un sequenziamento computazionale e che i 4 postulati di Koch (sono dei criteri destinati a stabilire la relazione di causa-effetto che lega un microrganismo a una malattia) non sono mai stati verificati. https://it.wikipedia.org/wiki/Postulati_di_Koch

Per altri famosi virus, per es. quello della SARS i 4 postulati furono verificati (vedi R. Fouchier *"Koch's postulates fulfilled for SARS virus"*, Nature 2003 <https://www.nature.com/articles/423240a>) Restiamo sempre in attesa di questa notizia per il Sars-Cov2... ma le moderne tecnologie basate su piattaforme di genetica sintetica consentono la ricostruzione dei virus in base alla loro sequenza genomica, senza la necessità di un isolato naturale... perché?

Senza dimenticare che l'origine chimerica da manipolazione genetica di laboratorio del Sars-Cov-2 è stata nuovamente avvalorata da un nuovo studio dell'istituto di microbiologia dell'università di Innsbruck, Segreto, R., & Deigin, Y. (2020). *The genetic structure of SARS-CoV-2 does not rule out a laboratory origin*. BioEssays 2020, <https://doi.org/10.1002/bies.202000240> così come in precedenza dichiarato in TV dal premio Nobel Luc Montagnier, e dimostrato da uno studio indiano

Sembrano dei dettagli, ma per avere certezze scientifiche tutte le verifiche del caso devono essere soddisfatte... altrimenti tacciare la mia persona come complottista, cospirazionista, negazionista non ha alcun valore etico, morale né scientifico.

Analisi dei dati mortalità Covid19 in Svizzera

(fonte Before Color, analisi dei dati da BFS/UST 10/2020)



Analisi dei dati COVID-19 dell'Ufficio federale di statistica (UST) e dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

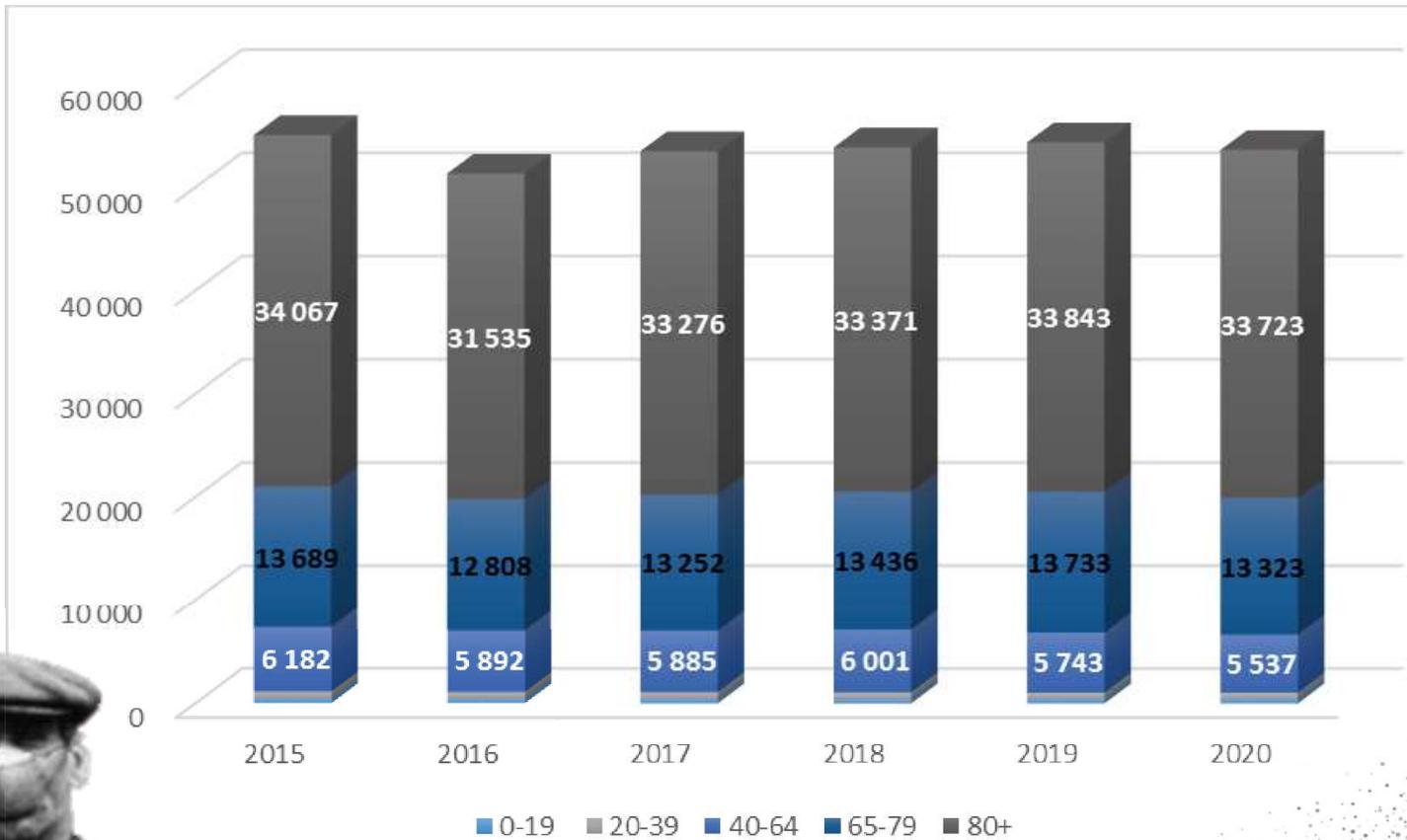
31.10.2020 A cura di Anna, per la redazione di Before Color.

Quest'analisi della situazione in Svizzera si basa su dati ufficiali e vuole portare chiarezza nella moltitudine di informazioni confuse e contraddittorie che riceviamo giornalmente. I numeri sui contagi, sui ricoveri e sui decessi volano nell'aria senza una meta precisa e ognuno si sente legittimato ad afferrarli e a usarli a proprio piacimento. La modalità mediatica e politica in atto non aiuta a sviluppare un proprio pensiero critico, speriamo che il seguente ragionamento analitico accompagnato da una presentazione visiva dei dati possa offrire al lettore una chiave per completare e contestualizzare le informazioni ricevute. Una prima parte descrittiva accompagna il lettore a delle considerazioni finali, sorte in base all'interrogativo sulla proporzionalità delle misure di contenimento adottate quest'anno, sono spunti di riflessione da approfondire.

Tutti i grafici presenti in questo lavoro sono un'elaborazioni dell'autrice a partire dai dati ufficiali comunicati dall'Ufficio federale di statistica (UST) e dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

La conta dei morti

Grafico 1 – Numero di decessi secondo le classi d'età anni 2015-2020 (fino settimana 42)¹



Il grafico 1 mostra il numero di decessi secondo le classi d'età delle persone residenti permanenti in Svizzera dell'anno corrente e degli ultimi cinque anni fino alla settimana 42 (dal 1° gennaio al 18 ottobre). Comunicare quante persone sono morte in un certo periodo e confrontarlo con gli anni precedenti risulta molto riduttivo in quanto bisogna considerare i movimenti demografici della popolazione (naturali e migratori): il dato va messo quindi in relazione alla popolazione residente dello stesso periodo. Si parla in questo caso di tasso di mortalità (decessi/popolazione permanente*1000 abitanti).

¹ UST. (2020). *Decessi secondo le classi d'età, la settimana e per Cantone (Periodo contemplato: 29.12.2014-18.10.2020)*, stato al 27.10.2020.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/popolazione/nascite-decessi/decessi.assetdetail.14838545.html>



Tasso di mortalità

Grafico 2 - Tasso di mortalità per mille abitanti secondo le classi d'età 2015-2020 (fino settimana 42) ²

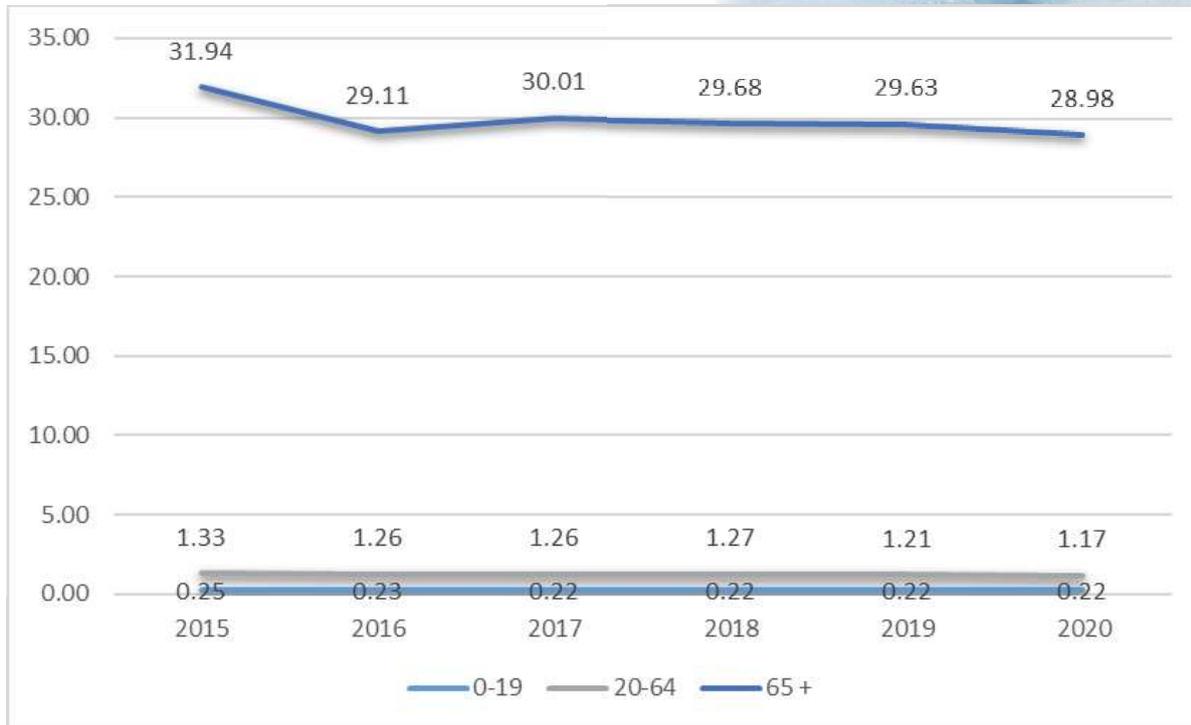
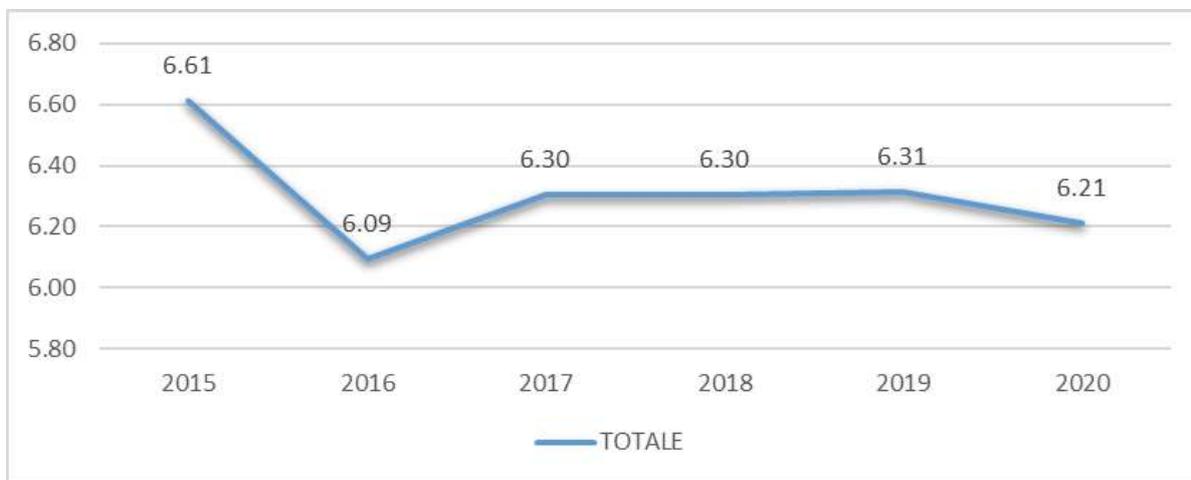


Grafico 3 - Tasso di mortalità per mille abitanti per il totale della popolazione 2015-2020 (fino settimana 42)



Da questi due grafici si può notare come nonostante la “pandemia” quest’anno il tasso di mortalità degli over 65 risulta più basso rispetto a quello degli ultimi cinque anni e quello del totale della popolazione risulta più basso degli anni 2015, 2017, 2018 e 2019. Ricordiamo che ci sono comunque delle differenze cantonali importanti che si potrebbero approfondire tenendo sempre in considerazione alcune variabili fra cui l’indice di anzianità di ogni Cantone che può incidere sul maggior o minor numero di decessi.



² Fonti grafici 2, 3, 4 e 5: UST. (2020).

Decessi secondo le classi d'età, la settimana e per Cantone (Periodo contemplato: 29.12.2014-18.10.2020), stato al 27.10.2020.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/popolazione/nascite-decessi/decessi.assetdetail.14838545.html>

UST. (2020). Popolazione residente permanente per categoria di nazionalità, età e Cantone, alla fine del secondo trimestre 2020. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/popolazione.assetdetail.14027791.html>

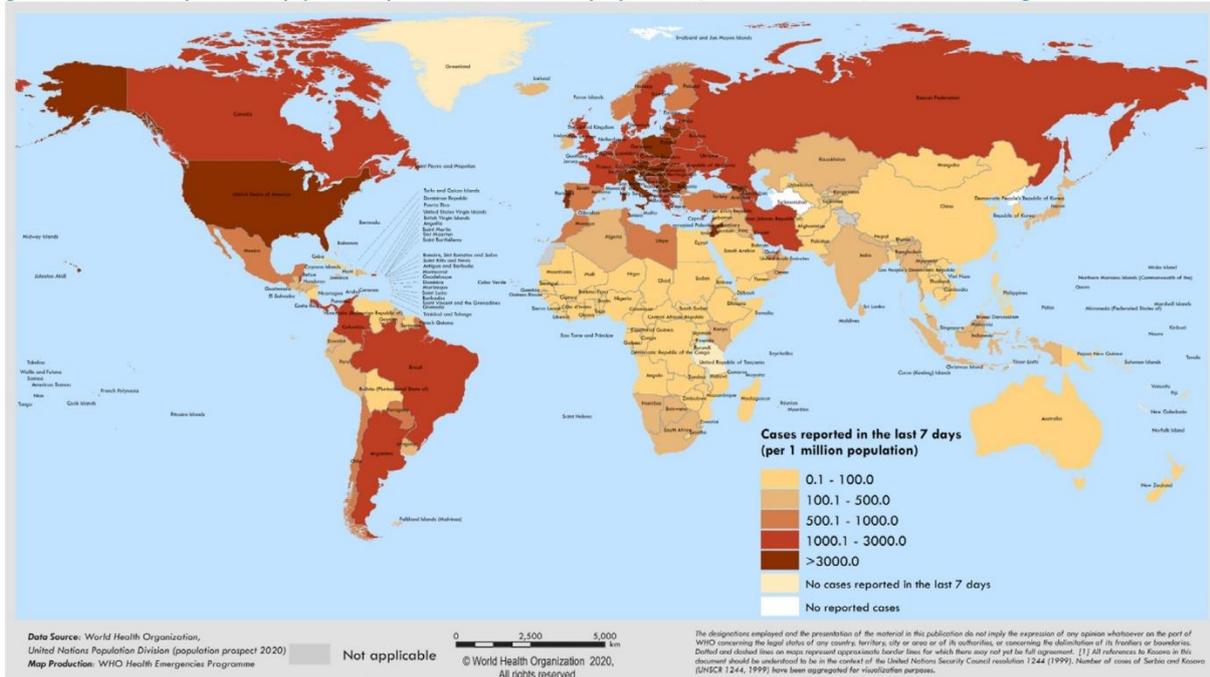
UST. (2020). Struttura della popolazione residente permanente per Cantone, 1999-2019.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/popolazione.assetdetail.13707207.html>



Analisi dei dati globali mondiali

Figure 2. COVID-19 cases per 1 million population reported in the last seven days by countries, territories and areas, 23 November through 29 November 2020**

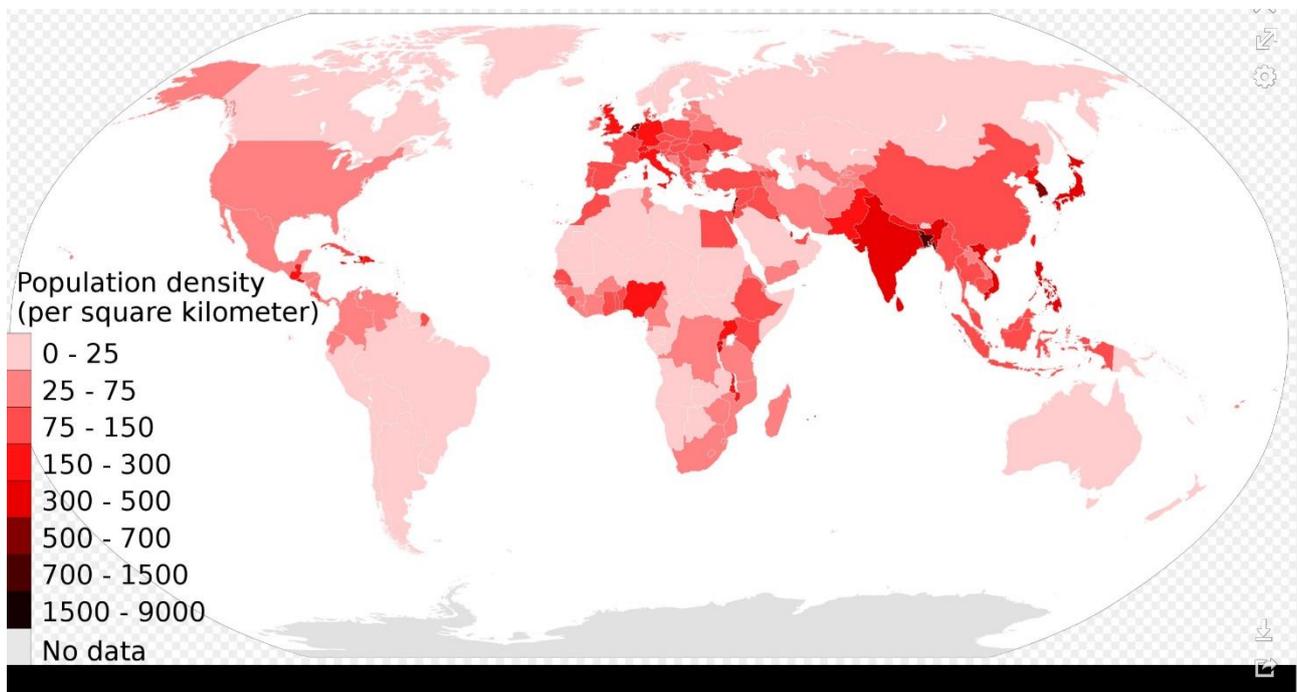


Impatto visivo della situazione epidemica mondiale alla fine di novembre.

In casi per 1 milione di abitanti.

È molto evidente il risparmio del continente africano e asiatico ! Per quale motivo ?

La prima ipotesi potrebbe essere legata alla densità di popolazione :



Densità di popolazione (abitanti per km²) per paese

Ma come possiamo chiaramente vedere le mappe non coincidono...

Per cui possiamo davvero dire che i più ricchi, i più industrializzati soffrono di più di Covid19 ?

Table 2. COVID-19 confirmed cases and deaths reported in the last seven days by countries, territories and areas, and WHO Region, as of 29 November 2020**

Reporting Country/Territory/Area	New cases in last 7 days	Cumulative cases	Cumulative cases per 1 million population	New deaths in last 7 days	Cumulative deaths	Cumulative deaths per 1 million population	Transmission classification
Africa	48 483	1 494 524	1 332	974	33 512	30	
South Africa	19 730	785 139	13 238	594	21 439	361	Community transmission
Algeria	7 438	81 212	1 852	135	2 393	55	Community transmission
Kenya	6 201	82 605	1 536	79	1 445	27	Community transmission
Ethiopia	3 578	108 930	948	59	1 695	15	Community transmission
Uganda	2 277	19 944	436	33	201	4	Community transmission
Nigeria	1 102	67 330	327	5	1 171	6	Community transmission

→ Africa: Differenza tra più civilizzati!

Americas	1 652 915	26 216 515	25 633	22 488	720 228	704	
United States of America	1 150 654	12 939 666	39 092	10 276	262 736	794	Community transmission
Brazil	218 186	6 238 350	29 349	3 361	171 974	809	Community transmission
Mexico	64 706	1 090 675	8 459	4 050	104 873	813	Community transmission
Colombia	57 066	1 290 510	25 362	1 285	36 214	712	Community transmission
Argentina	48 235	1 407 277	31 137	1 426	38 216	846	Community transmission
Europe	1 573 354	18 495 511	19 815	35 321	412 362	442	
Italy	184 001	1 564 532	25 876	5 102	54 363	899	Clusters of cases
Russian Federation	179 987	2 269 316	15 550	3 348	39 527	271	Clusters of cases
Poland	130 118	973 593	25 725	3 458	16 746	442	Community transmission
Germany	124 431	1 042 700	12 445	2 101	16 123	192	Clusters of cases
The United Kingdom	111 789	1 605 176	23 645	3 404	58 030	855	Community transmission
Ukraine	97 935	722 679	16 525	1 262	12 213	279	Community transmission
France	80 458	2 169 811	33 242	3 597	51 767	793	Community transmission
Switzerland	24 305	317 017	36 630	598	4 236	489	Community transmission
Azerbaijan	24 127	114 025	11 246	216	1 323	130	Clusters of cases
Sweden	23 505	243 129	24 074	83	6 681	662	Community transmission

→ Notate la politica diverse ITA/UK/FR vs. Svezia (senza mascherine né Lockdown)

→ E il dubbio Germania ...

→ E la politica Russa...

South-East Asia	371 180	10 738 733	5 313	4 888	163 454	81	
India	297 113	9 392 919	6 806	3 469	136 696	99	Clusters of cases
Indonesia	34 691	527 999	1 930	872	16 646	61	Community transmission
Bangladesh	15 338	460 619	2 797	230	6 580	40	Community transmission
Nepal	12 084	230 723	7 919	149	1 454	50	Clusters of cases
Myanmar	8 785	86 633	1 592	143	1 865	34	Clusters of cases
Sri Lanka	2 730	22 501	1 051	24	107	5	Clusters of cases
Western Pacific	40 489	874 705	445	445	17 261	9	
Japan	14 474	144 653	1 144	132	2 106	17	Clusters of cases
Philippines	10 945	427 797	3 904	253	8 333	76	Community transmission
Malaysia	9 497	63 176	1 952	22	354	11	Clusters of cases
Republic of Korea	3 030	33 763	659	18	523	10	Clusters of cases
China	681	93 329	63	1	4 750	3	Clusters of cases
Global	3 935 330	61 866 635	7 937	69 916	1 448 990	186	

→ Qualcosa davvero non mi torna nei paesi più civilizzati si muore di più!!

Forse perché più mass-media, più accessibilità a test, a medici, a ospedali... vuol dire più morti ?

→ E la Cina?? Origine di tutto ... come mai possibile ... ?

L'analisi dei dati mondiali evidenzia davvero che la curva epidemica è salita soprattutto nei paesi industrializzati, globalizzati e con sistemi sanitari efficienti, e di rapido accesso. Mentre nei territori più poveri, in cui tante gravi epidemie sanitarie prosperano i casi Covid19 sono incredibilmente molto più rari...

Se esaminiamo da vicino la realtà del **Canton Ticino**, al picco della curva epidemica di metà novembre trovavamo ca. 450 nuovi casi d'infezione al giorno, su 350'000 abitanti: tasso **1:770** !

Casi positivi giorno per giorno in Ticino



Aggiornato al 08.12.2020

Grafico: RSINews • Fonte: Ufficio medico cantonale

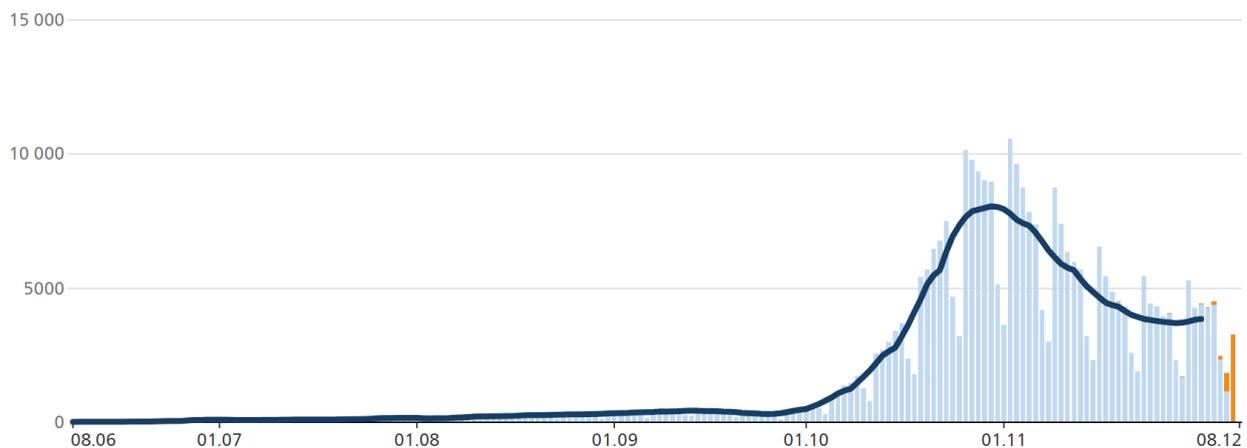
RSI NEWS

In **Svizzera** il picco del 6 novembre abbiamo ca. 10'000 casi al giorno su 8.5 mio : **1:850** !



■ Casi dichiarati ■ Nuove segnalazioni ■ Media su 7 giorni

Casi



[Scarica l'immagine](#) [Condividi](#)

Fonte: UFSP – Stato al: 08.12.2020, 08.01h

Confrontiamo i dati Svizzeri con alcuni valori internazionali al picco della curva di contagio:

Stati Uniti:	229'000 Infezioni al di (4 dicembre)	Pop. 328 Mio	Tasso: 1:1'430
Italia:	37'250 infezioni al di (13 novembre)	Pop. 60 Mio	Tasso: 1:1'620
Germania:	23'650 infezioni al di (20 novembre)	Pop. 83 Mio	Tasso: 1:3'500
Austria:	9'580 Infezioni al di (13 novembre)	Pop. 8,8 Mio	Tasso: 1:925
Svezia:	7'620 infezioni al di (19 novembre)	Pop. 10.2 Mio	Tasso: 1:1'340
Spagna:	25'595 infezioni al di (30 ottobre)	Pop. 47 Mio	Tasso: 1:1'830
Russia:	29'000 infezioni al di (29 novembre)	Pop. 144 Mio	Tasso: 1:4'980
Brasile	69'000 infezioni al di (29 luglio)	Pop. 209 Mio	Tasso: 1:3'030
Sud Africa	13'940 infezioni al di (24 luglio)	Pop. 57,8 Mio	Tasso: 1:4'140
Giappone:	2'585 infezioni al di (29 novembre)	Pop. 126 Mio	Tasso: 1:48'700
India:	97'890 infezioni al di (17 settembre)	Pop. 1'353 Mio	Tasso: 1:13'820

Guardando questi dati vien da pensare a un disastro per la politica sanitaria del nostro cantone! Il picco del contagio, ciononostante misure contenitive, obbligo mascherine, parziali chiusure, isolamenti e quarantene ha raggiunto il tasso di contagio di 1:770 abitanti !

Credo che le autorità ticinesi, ma anche quelle svizzere, dovrebbero riflettere su questo dato, perché responsabili non solo del contagio elevatissimo, ma soprattutto per le conseguenze psicosociali alle persone (e soprattutto ai bambini e ragazzi per obbligo di mascherine!) e i danni socioeconomici recati con questa politica.

Non curanti del fallimento si stanno stringendo ancora di più le maglie della limitazione della libertà e delle ordinanze comportamentali, dando la colpa ai comportamenti sbagliati delle persone, tipico atteggiamento deresponsabilizzante e autoritario.

Ma è davvero così ? È colpa del cantone ? Dei nostri politici che siedono al governo ?

Purtroppo questa infelice situazione cantonale e federale è colpa della politica medico sanitaria difensiva, che ha creato solamente un terrorismo mediatico, e che non è riuscita a proteggere la popolazione attraverso comunicazioni coerenti, precise, e soprattutto non ha approfittato delle conoscenze scientifiche emerse che permettevano di tranquillizzare la popolazione sulla capacità preventiva e curativa accresciuta da parte di medici e ospedali.

Il tam tam mass mediatico quotidiano ha provocato attraverso l'amplificazione costante dei numeri e delle situazioni negative ad instaurare un regime di terrore nella popolazione, che è rimasta in balia del frame mediatici che esaltano le notizie negative in modo voyeuristico.

Purtroppo la politica medico sanitaria svizzera e ticinese è rimasta vittima di due gravi errori procedurali: l'obbligo dell'uso di mascherine e l'accesso sanitario facilitato, ricco e capillarizzato che abbiamo con la nostra medicina di prossimità, favorendo l'accesso rapido al tampone nasale PCR, che è altamente fuorviante per gravi errori analitici, che nessuno a livello istituzionale a voluto ancora guardare ! Ma che a livello scientifico globale è messo fortemente sotto inchiesta.

Tanto che un consorzio internazionale di esperti medici, virologi e ricercatori ha pubblicato il 27 nov. scorso un documento scientifico molto complesso (<https://cormandrostenreview.com/report/>) che ha inviato al board editoriale dell'EuroSurveillance per ottenere il ritiro a seguito di gravi errori metodologici della pubblicazione dello studio di Corman, Drosten et al. basato sui criteri analitici del test PCR nel febbraio 2020 !

Borger, Pieter, Malhotra, Rajesh Kumar, Yeadon, Michael, Craig, Clare, McKernan, Kevin, Steger, Klaus, ... Kämmer, Ulrike. (2020). External peer review of the RTPCR test to detect SARS-CoV-2 reveals 10 major scientific flaws at the molecular and methodological level: consequences for false positive results. <http://doi.org/10.5281/zenodo.4298004>

Ma andiamo con ordine ... prima mascherine e quindi tamponi nasali PCR...

Uso Mascherine, controverso, e forse dannoso ?

Finora, la maggior parte degli studi ha trovato poca o nessuna prova dell'efficacia delle maschere facciali in tessuto nella popolazione generale, né come equipaggiamento protettivo personale né come controllo della fonte.

Un meta-studio del maggio 2020 sull'influenza pandemica pubblicato dal CDC degli Stati Uniti ha rilevato che le maschere per il viso non hanno avuto alcun effetto, né come dispositivo di protezione personale né come controllo della fonte infettiva, soprattutto per il grave rischio manipolatorio sbagliato che la popolazione ha con la mascherina (1)

L'unico studio controllato randomizzato danese con 6000 partecipanti, pubblicato su Annals of Internal Medicine nel novembre 2020, non ha rilevato alcun effetto statisticamente significativo delle maschere mediche di alta qualità contro l'infezione da SARS-CoV-2 in un contesto comunitario. (2)

Una revisione del luglio 2020 dell'Oxford Centre for Evidence-Based Medicine ha rilevato che non ci sono prove dell'efficacia delle maschere di stoffa contro l'infezione o la trasmissione di virus (3)

Uno studio condotto nel maggio 2020 dall'Università dell'East Anglia (preprint) ha rilevato che il requisito della maschera non era di alcun beneficio e poteva persino aumentare il rischio di infezione. (4) Una revisione dell'aprile 2020 di due professori statunitensi in malattie respiratorie e infettive dell'Università dell'Illinois ha concluso che le maschere per il viso non hanno alcun effetto nella vita di tutti i giorni, né come autoprotezione né per proteggere terzi (il cosiddetto controllo della fonte). (5)

Un articolo del New England Journal of Medicine del maggio 2020 è giunto alla conclusione che le maschere facciali in tessuto offrono poca o nessuna protezione nella vita di tutti i giorni. (6)

Una revisione Cochrane dell'aprile 2020 (preprint) ha rilevato che le maschere per il viso non hanno ridotto i casi di malattia simil-influenzale (ILI), né nella popolazione generale né negli operatori sanitari. (7) mentre uno studio del 2015 sul British Medical Journal BMJ Open ha rilevato che le maschere di tessuto sono state penetrate dal 97% delle particelle e possono aumentare il rischio di infezione trattenendo l'umidità o un uso ripetuto. (8)

Una revisione dell'agosto 2020 di un professore tedesco di virologia, epidemiologia e igiene ha rilevato che non ci sono prove dell'efficacia delle maschere facciali in tessuto e che l'uso quotidiano improprio delle maschere da parte del pubblico può infatti portare ad un aumento delle infezioni. (9)

(1) Xiao J, Shiu E, et al. Nonpharmaceutical Measures for Pandemic Influenza in Nonhealthcare Settings—Personal Protective and Environmental Measures. Emerg Infect Dis. 2020;26(5):967-975.
<https://dx.doi.org/10.3201/eid2605.190994>

(2) Bundgaard H, Bundgaard JS, 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. Ann Intern Med. 2020 Nov 18:M20-6817. doi: 10.7326/M20-6817

(3) <https://www.cebm.net/covid-19/masking-lack-of-evidence-with-politics/>

(4) Paul Raymond Hunter, Felipe Colon-Gonzalez; Impact of non-pharmaceutical interventions against COVID-19 in Europe: a quasi-experimental study; medRxiv 2020.05.01.20088260; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.01.20088260>

(5) <https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/04/commentary-masks-all-covid-19-not-based-sound-data>

(6) Michael Klompas, M.D; Universal Masking in Hospitals in the Covid-19 Era; N Engl J Med 2020; DOI: 10.1056/NEJMp2006372; <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2006372>

(7) Jefferson T, Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Cochrane Database Reviews 2011, <https://www.medrxiv.org/node/75645.external-links.html>

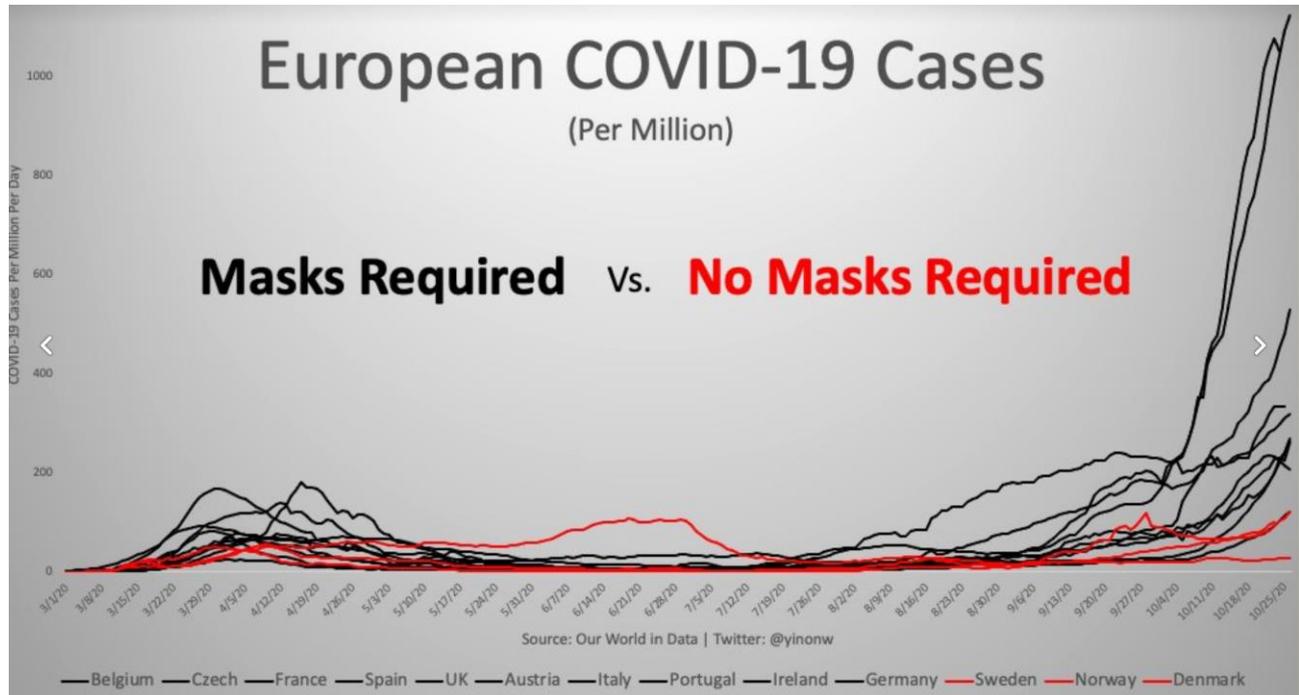
(8) MacIntyre CR, et al; A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers; BMJ Open 2015; <https://bmjopen.bmj.com/content/5/4/e006577>

(9) Kappstein I, Krankenhaushygiene up2date 2020; 15(03): 279-295; DOI: 10.1055/a-1174-6591

<https://eref.thieme.de/CXF2WG3>

In molti stati, le infezioni da coronavirus sono aumentate notevolmente dopo l'introduzione dei mandati delle maschere. In questo grafico possiamo mettere a confronto le curve epidemiche dei paesi con mascherine obbligatorie, e i paesi che han deciso di non renderla obbligatoria.

La differenza è netta, e molto evidente, tanto da non lasciar alcun dubbio.



Ci sono prove crescenti che il coronavirus SARS-2 viene trasmesso, almeno in ambienti interni, non solo da goccioline ma anche da aerosol più piccoli. (1) Tuttavia, a causa delle ampie dimensioni dei pori e della scarsa vestibilità, le maschere in tessuto non possono filtrare gli aerosol oltre il 90% degli aerosol penetra o aggira la maschera e riempie una stanza di medie dimensioni in pochi minuti.

Un'analisi del CDC statunitense ha rilevato che l' 85% delle persone infettate dal nuovo coronavirus ha riferito di indossare una maschera "sempre" (70,6%) o "spesso" (14,4%). Rispetto al gruppo di controllo di persone non infette, indossare sempre una maschera non riduceva il rischio di infezione. (2)

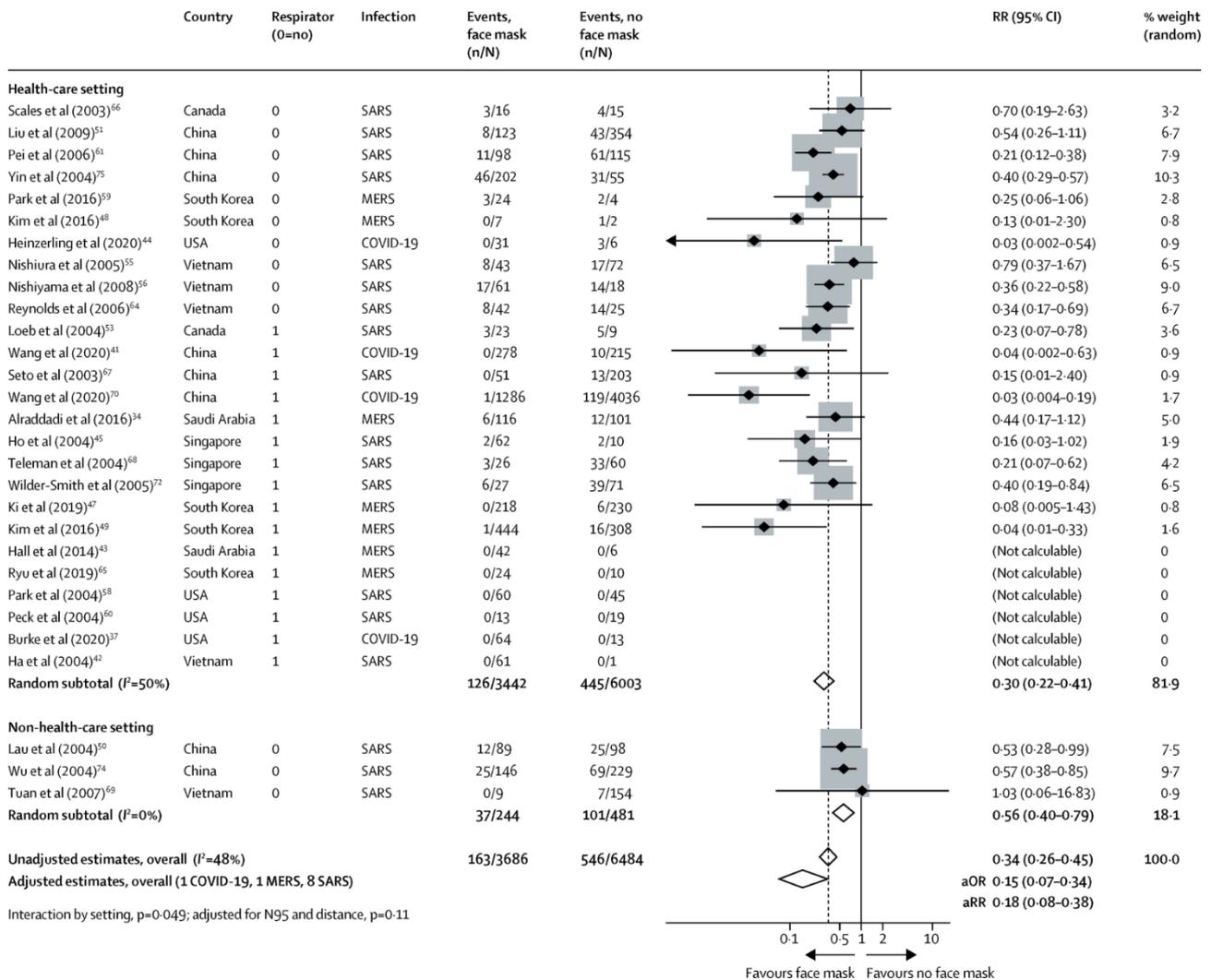
Anzi il rischio di errori di manipolazione delle mascherine, soprattutto dei bambini, rende evanescente il debole effetto protettivo che non è dimostrabile.

I paesi asiatici con bassi tassi di infezione e mortalità da Covid mortalità non hanno beneficiato delle maschere facciali, ma principalmente dal distanziamento e dalla chiusura anticipata delle frontiere. Ciò è confermato da paesi scandinavi come Norvegia, Finlandia e Danimarca, che non hanno introdotto mandati di maschere ma hanno chiuso i confini in anticipo e hanno visto anche tassi di infezione e mortalità molto bassi.

(1) Lidia Morawska, It Is Time to Address Airborne Transmission of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), Clinical Infectious Diseases, Volume 71, Issue 9, 1 November 2020, Pages 2311–2313, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa939>

(2) Community and Close Contact Exposures Associated with COVID-19 Among Symptomatic Adults ≥18 Years in 11 Outpatient Health Care Facilities — United States, July 2020 <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6936a5-H.pdf#page=4>

Il meta-studio commissionato dall'OMS divenuto la referenza mondiale che ha motivato all'uso delle mascherine facciali nella popolazione, pubblicato sulla rivista medica The Lancet nel giugno 2020, è stato determinante nel cambiare le politiche globali sulle maschere durante la pandemia Covid-19. **Tuttavia, il meta-studio, che ha affermato una riduzione del rischio dell'80% con maschere facciali, è seriamente difettoso su diversi livelli e dovrebbe essere ritirato !!**



[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31142-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31142-9/fulltext)

Dei 29 studi analizzati dal meta-studio Lancet, sette studi sono studi osservazionali non pubblicati e non sottoposti a peer-review per cui non dovrebbero essere utilizzati per guidare la pratica clinica secondo il disclaimer medRxiv.

Dei 29 studi considerati dal meta-studio, solo quattro riguardano il virus SARS-CoV-2 !! gli altri 25 studi riguardano il virus SARS-1 o il virus MERS, entrambi con caratteristiche di trasmissione molto diverse: sono stati trasmessi quasi esclusivamente da pazienti ospedalizzati gravemente malati e non per trasmissione di comunità.

Dei quattro studi relativi al virus SARS-CoV-2, due sono stati interpretati erroneamente dagli autori del meta-studio Lancet (rif. 44 e 70 nell'immagine allegata), uno è inconcludente (rif. 37) e uno riguarda i respiratori N95 (FFP2) e non su maschere mediche o maschere di stoffa.

Il meta-studio Lancet viene utilizzato per guidare la politica globale sulle maschere facciali per la popolazione generale. Tuttavia, dei 29 studi considerati dal meta-studio, solo tre sono classificati come relativi a un contesto non sanitario, cioè comunitario... ! È inammissibile ! E ricordo come la stessa rivista The Lancet aveva pubblicato uno studio scientifico della Surgisphere Corporation che screditava l'uso della chlorochina e idrossichlorochina, che fu dimostrato essere una frode (!!) e venne cancellato

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31324-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31324-6/fulltext)

Di questi tre studi, uno è erroneamente classificato come comunitario (rif. 50, in materia di maschere in un ambiente ospedaliero), uno non ha mostrato alcun beneficio delle mascherine (rif. 69), e uno è uno studio retrospettivo mal progettato sulla SARS-1 a Beijing sulla base di interviste telefoniche (rif. 74). **Nessuno di questi studi si riferisce a SARS-CoV-2 !**

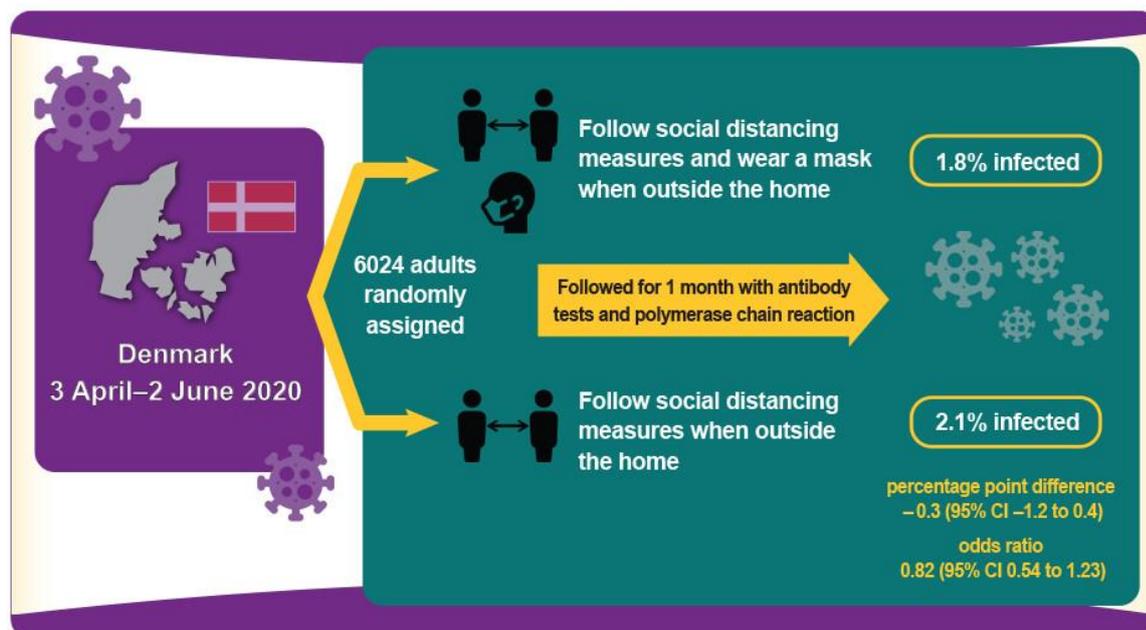
Gli autori del meta-studio Lancet riconoscono che la certezza delle prove riguardanti le maschere facciali è "bassa" in quanto tutti gli studi sono osservazionali e nessuno è uno studio randomizzato controllato (RCT). La stessa OMS ha ammesso che le sue linee guida aggiornate sulla politica delle maschere facciali non erano basate su nuove prove... ma su "pressioni politiche"...

Alla luce di queste carenze, il professore di epidemiologia dell'Università di Toronto Peter Jueni ha definito lo studio dell'OMS "metodologicamente imperfetto" e "essenzialmente inutile".

Numerosi autori sono intervenuti per chiedere il ritiro di questo studio, con analisi molto dettagliate, e inconfutabili, ad es. <http://www.economicsfaq.com/retract-the-lancets-and-who-funded-published-study-on-mask-wearing-criticism-of-physical-distancing-face-masks-and-eye-protection-to-prevent-person-to-person-transmissi/>

Quindi l'unico grande studio randomizzato risulta essere quello danese, che non ha mostrato alcun beneficio statisticamente significativo nell'uso di mascherine !

Does a recommendation to wear a surgical mask when outside the home reduce the wearer's risk for SARS-CoV-2 infection in a setting where masks were uncommon and not among recommended public health measures?



Tamponi nasali PCR, confusione diagnostica

I test nasali PCR (*Polymerase Chain Reaction*) non sono adatti a diagnosticare una malattia infettiva. La PCR può “cappare” anche le più brevi sequenze di DNA o RNA, ma non permette di capire se quelle sequenze siano frammenti sparsi o facciano parte di un microorganismo intero, che deve essere isolato in un processo separato.

Eppure, i test PCR vengono usati per “dare i numeri” del Covid-19, cioè dei presunti casi e decessi associati ad un virus chiamato SARS-CoV-2. Con quei numeri i globocrati hanno trovato uno strumento micidiale per tenere in ostaggio il mondo: inculcando la falsa convinzione che una persona con tampone positivo sia infettata dal nuovo virus Sars-Cov2, potenzialmente letale e assai contagioso.

Il 16 marzo 2020 Tedros Ghebreyesus, Direttore Generale dell'OMS, in una conferenza stampa su COVID-19 esortò la comunità mondiale: “*Abbiamo un messaggio semplice per tutti i paesi: testate, testate, testate*” (1). Questo messaggio fu diffuso negli angoli più remoti della Terra (2,3) al punto che la credenza nel valore dei test PCR per far diagnosi di Covid-19 ha assunto caratteristiche dogmatiche. Ma i dogmi sono espressione di fede, non di scienza.

In rare occasioni il mainstream ha concesso qualcosa alle tesi “eretiche”, ad esempio il New York Times con l'articolo “La fede in un test rapido porta all'epidemia che non c'è” (4).

- “*Manca un gold standard*”

I test PCR utilizzati per “diagnosticare” il Covid-19 non hanno un *gold standard* di riferimento. Per chiarire: il *gold standard* per un test di gravidanza è la gravidanza stessa. Ma per COVID-19 non esiste nulla di simile. Alla domanda “Quanto è accurato l'attuale test PCR per far diagnosi di infezione da SARS-CoV-2?”, lo specialista in malattie infettive Sanjaya Senanayake ha risposto: “*Se si propone un nuovo test per individuare lo Staphylococcus aureus nel sangue, lo valutiamo a confronto con il gold standard che usiamo da decenni: le colture ematiche. Ma per COVID-19 non abbiamo gold standard*” (5). Infatti, solo un virus identificato mediante isolamento, purificazione completa e coltura può fungere da *gold standard*, ma nessuno ha mai isolato, purificato né coltivato SARS-CoV-2. Jessica C. Watson dell'Università di Bristol (UK), nel suo articolo “*Interpreting a COVID-19 test result*”, recentemente pubblicato sul BMJ, scrive che “*manca un chiaro gold standard*”. Poi, la Watson sostiene che, “***pragmaticamente, il quadro clinico più la PCR positiva è forse il miglior gold standard disponibile***” (6).

I maggiori virologi mondiali, come ad esempio il premio Nobel prof. Luc Montagnier o il Dott. Dominic Dwyer affermano che la completa purificazione delle particelle virali è prerequisito essenziale per provare l'esistenza di un virus (7).

“Purificare” significa separare un oggetto da tutto ciò che non gli appartiene. Ora, va ricordato che la PCR è estremamente sensibile, cioè può “cappare” anche le più brevi sequenze di DNA o RNA, ma non permette di capire se quelle sequenze siano frammenti sparsi o facciano parte di un microorganismo intero, che deve essere accertato in un processo separato, e che non basta assolutamente la sequenziazione computerizzata del genoma per dichiarare di aver isolato e purificato il virus.

(1) <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020>

(2) <https://www.reuters.com/article/us-healthcare-coronavirus-who/test-test-test-who-chiefs-coronavirus-message-to-world-idUSKBN2132S4>

(3) <https://www.bbc.com/news/av/world-51916707>

(4) <https://www.nytimes.com/2020/01/22/health/22whoop.html>

(5) <https://vimeo.com/417500646>

(6) Watson J, Whiting PF, “Interpreting a covid-19 test result” BMJ 2020; 369 <https://doi.org/10.1136/bmj.m1808>

(7) <https://www.torstenengelbrecht.com/en/home/>

L'autorità sanitaria della provincia cinese del Guangdong, già a febbraio 2020, riferì che persone malate e risultate positive, dopo essersi completamente ristabilite dai sintomi della malattia, sono risultate dapprima negative ma poi di nuovo positive (1,2). Un mese dopo, uno studio pubblicato sul Journal of Medical Virology ha mostrato che in un ospedale di Wuhan 29 pazienti su 610 avevano da tre a sei risultati di test che variavano tra negativo, positivo e dubbio (3). In uno studio di Singapore sono stati testati quasi quotidianamente 18 pazienti. Si è constatato che per la maggioranza dei pazienti i risultati dei test sono passati da positivo a negativo e di nuovo a positivo almeno una volta; in diversi pazienti più volte; in uno dei pazienti fino a quattro volte (4). Wang Chen, presidente dell'Accademia cinese delle scienze mediche, ha ammesso a febbraio che i test PCR sono "accurati solo dal 30 al 50%", mentre Sin Hang Lee, del Laboratorio di diagnostica molecolare di Milford, in una lettera al Coronavirus-Response-Team dell'OMS e ad Anthony S. Fauci, l'"eminenza grigia" della virologia statunitense, afferma: "è stato ampiamente riportato dai social media che i kit RT-qPCR utilizzati per rilevare l'RNA SARS-CoV-2 in campioni umani producono molti risultati falsi positivi e non sono abbastanza sensibili per rilevare alcuni casi veramente positivi" (5).

Nella pratica clinica si accettano test che abbiano una specificità notevole, prossima al 99%. La specificità è la capacità di un test di escludere i falsi positivi. Se un test ha una specificità del 95%, significa che nel 5% dei casi risulterà falsamente positivo.

Ma non basta: qualunque sia la specificità del test, il numero assoluto di falsi positivi varia enormemente se la variabile ricercata è molto diffusa oppure rara nel gruppo studiato, perciò bisogna sempre associare il Valore Predittivo Positivo (PPV) il quale calcola la probabilità statistica che una persona con un risultato positivo al test sia realmente infettata: minore è la prevalenza (diffusione) dell'infezione, minore è il PPV del test.

Ora, anche ammettendo che i test PCR possano diagnosticare un'infezione da cosiddetto SARS-CoV-2, essi provocherebbero solo un infondato panico se quel virus non fosse estremamente contagioso e non causasse malattia grave o mortale nella maggior parte dei casi.

L'ortodossa rivista *Deutsches Ärzteblatt* il 12 giugno 2020 ha pubblicato un articolo in cui il PPV è stato calcolato utilizzando tre diversi scenari di prevalenza (6).

Anche accettando una "favolosa" specificità del 95%, vi si conclude che i test SARS-CoV-2 RT-PCR possono avere un PPV "spaventosamente basso". Nello scenario in cui si ipotizza una prevalenza del 3% (studio medico), il PPV è appena del 30%, cioè non meno del 70% dei risultati "positivi" sarebbero falsi positivi. Nello scenario in cui si ipotizza una prevalenza di infezione del 20% (casa anziani), il PPV è del 78%, il che significa che il 22 per cento dei test positivi sarebbero falsi positivi. Cioè: dei circa 20 milioni di persone attualmente considerate "positive" a livello mondiale, almeno 4,4 milioni sarebbero falsi positivi.

Il documento "CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel" del 30 marzo (7) afferma: "Trovare RNA virale può non indicare che siano presenti virus infettanti o che SARS-CoV-2 sia l'agente causale dei sintomi clinici". Ancora: "Questo test non può escludere malattie causate da altri batteri o virus patogeni... L'agente rilevato può non essere la causa effettiva della malattia" (8).

(1) <https://www.zmescience.com/science/a-startling-number-of-coronavirus-patients-get-reinfected>

(2) Liu, T., Wu, S. (2020), Recurrent positive SARS-CoV-2: Immune certificate may not be valid. *J Med Virol*, 92: 2384-2386. <https://doi.org/10.1002/jmv.26074>

(3) Li, Y, et al. Stability issues of RT-PCR testing of SARS-CoV-2 for hospitalized patients clinically diagnosed with COVID-19. *J Med Virol*. 2020; 92: 903– 908. <https://doi.org/10.1002/jmv.25786>

(4) <https://www.straittimes.com/singapore/18-discharged-from-dresort-community-isolation-care-after-being-cleared-of-coronavirus-moh>

(5) <https://childrenshealthdefense.org/wp-content/uploads/04-30-20-Letter-to-WHO-and-Dr.-Fauci.pdf>

(6) Schlenger, Ralf L., PCR-Tests auf SARS-CoV-2: Ergebnisse richtig interpretieren; *Dtsch Arztebl* 2020; 117(24); <https://www.aerzteblatt.de/archiv/214370>

(7) <https://www.fda.gov/media/134922/download>

(8) <https://www.fda.gov/media/136151/download>

- Valori Ct elevati portano i risultati del test all'assurdo

Molti test PCR hanno un Ct superiore a 35 e alcuni, tra cui il test PCR di Drosten, (lo standard analitico OMS del gennaio 2020, rif Corman-Drosten Protocol), hanno addirittura un Ct di 45 (1).

“Ct” sta per “Cycle Threshold”, e indica quanti cicli di replicazione del materiale esaminato sono necessari per ottenere un segnale positivo mediante PCR.

“I valori di Ct superiori a 40 sono sospetti, e generalmente non dovrebbero essere riportati”, come indicato nelle linee guida MIQE (2). MIQE sta per “Minimum Information for Publication of Quantitative Real-Time PCR Experiments”. Le MIQE intendono garantire che gli studi con la Real-Time-PCR (chiamata anche PCR quantitativa o qPCR) forniscano risultati attendibili.

L'inventore stesso della PCR, Kary Mullis, ha spiegato: “Se devi andare oltre i 40 cicli per amplificare un gene a copia singola, c'è qualcosa di gravemente sbagliato nella tua PCR”.

Le MIQE sono state sviluppate sotto l'egida di Stephen A. Bustin, esperto di fama mondiale di qPCR e autore del libro “A-Z of Quantitative PCR”, definito “la bibbia della qPCR” (3).

In una recente intervista, Bustin ha sottolineato che è tutt'altro che ideale utilizzare valori di Cq arbitrari, perché possono essere troppo bassi, eliminando risultati validi, o troppo alti, aumentando la probabilità di falsi positivi. Secondo Bustin, dovrebbe essere usata un Cq compresa fra 20 e 30; per una Ct superiore a 35, egli sarebbe preoccupato circa l'affidabilità dei risultati ottenuti (4).

I risultati della PCR possono essere alterati in modo significativo da altri fattori, fra cui la conversione del RNA in DNA complementare (cDNA). Se viene cercato un virus a RNA come il presunto SARS-CoV-2, prima di eseguire la PCR bisogna convertire l'RNA in cDNA con l'enzima trascrittasi inversa. Perciò quei test contengono anche un “RT”, abbreviazione di “Reverse Transcriptase”. Questo processo di conversione è considerato “inefficiente e variabile” (5)...., e Stephen A. Bustin ha sottolineato che la quantità di DNA che si ottiene può variare anche di un fattore 10 (6).

In merito alle pubblicazioni su RT-qPCR (come sono i test per COVID-19), Bustin scrive:

“Dimostriamo che gli errori elementari di protocollo continuano ad essere diffusi; l'analisi dei dati inappropriata e la reportistica inadeguata; concludiamo che la maggior parte dei dati RT-qPCR pubblicati rappresentano probabilmente un rumore tecnico”.

Mi sia consentito commentare che “rumore tecnico” è un eufemismo per “fantasia”...

(1) Corman, Drosten et al. “Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR.” Euro surveillance : bulletin European sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin vol. 25,3 (2020): 2000045. doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045 <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/protocol-v2-1.pdf>

(2) Stephen A. Bustin, The MIQE Guidelines: Minimum Information for Publication of Quantitative Real-Time PCR Experiments Clin Chem 55:4, 611–622 (2009) <https://www.gene-quantification.de/miqe-bustin-et-al-clin-chem-2009.pdf>

(3) Prof. Stephen Bustin, <https://books.google.ch/books?id=Ozt1QgAACAAJ> ; <https://aru.ac.uk/people/stephen-bustin>

(4) <https://infectiousmyth.podbean.com/e/the-infectious-myth-stephen-bustin-on-challenges-with-rt-pcr/>

(5) Schwaber, Jessica et al. “Shedding light: The importance of reverse transcription efficiency standards in data interpretation.” Biomolecular detection and quantification vol. 17 100077. 12 Feb. 2019, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6374950/pdf/main.pdf>

(6) Stephen Bustin* and Tania Nolan, Eur J Clin Invest 2017; 47 (10): 756–774; Talking the talk, but not walking the walk: RT-qPCR as a paradigm for the lack of reproducibility in molecular research <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/eci.12801>

Non sta a me giudicare le ragioni di questi grossolani errori, dove sono state riportate notizie clamorose fasulle, e dove numerosi articoli ritenuti fondamentali per la gestione della pandemia siano controversi e parziali. A partire dallo studio di Corman Drosten, fino allo studio su Lancet del mese di giugno sulla necessità delle mascherine.

In mezzo numerosi studi che hanno rallentato le terapie idonee, come il monito di evitare le terapia con anti-infiammatori e con cortisone, così come la terapia idrossi-cloroquina, o la banalizzazione degli studi iniziali sulla prevenzione e terapia con Vitamina D e Vitamina C... Affermazioni fasulle e screditate da ulteriori accertamenti.

L'OMS ha regolarmente dato pareri che a distanza di settimane o mesi si contraddicevano, e hanno portato a un grave caos mediatico che entrava nelle case di tutto il popolo.

Tuttavia, i fatti scientifici sono chiari: i numeri dei casi etichettati come "Covid-19" sono enormemente gonfiati, perciò non è assolutamente giustificato spaventare l'intera umanità e imporre dei lockdown che fanno sprofondare miliardi di persone nella povertà e nella disperazione, fino al suicidio.

Recentemente un consorzio di medici, virologi, ricercatori di fama mondiale, facenti parte del International Consortium of Scientists in Life Sciences (ICSLS), hanno pubblicato un articolo scientifico, atto a denunciare le 10 criticità dello studio di Corman e Drosten, e a richiedere la retrazione del rapporto all' Eurosurveillance (<https://cormandrostenreview.com/report>).

Ma anche la stampa internazionale negli ultimi mesi inizia a riportare articoli in cui vengono messi in luce l'inaffidabilità dei test PCR, e dei falsi positivi.

Covid-19 : « Des biais amplifient artificiellement le nombre de cas positifs et faussent la perception de la gravité de l'épidémie » D. Sicard, 7. nov. 2020 - Le Monde
https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/11/07/covid-19-des-biais-amplifient-artificiellement-le-nombre-de-cas-positifs-et-faussent-la-perception-de-la-gravite-de-l-epidemie_6058857_3232.html

Your Coronavirus Test Is Positive. Maybe It Shouldn't Be. ; A.Mandavilli; 29 aug. 2020 - The New York Times. <https://www.nytimes.com/2020/08/29/health/coronavirus-testing.html>

"Any test with a cycle threshold above 35 is too sensitive, agreed Juliet Morrison, a virologist at the University of California, Riverside. "I'm shocked that people would think that 40 could represent a positive," she said. A more reasonable cutoff would be 30 to 35, she added. Dr. Mina (an epidemiologist at the Harvard T.H. Chan School of Public Health) said he would set the figure at 30, or even less"

The C.D.C.'s own calculations suggest that it is extremely difficult to detect any live virus in a sample above a threshold of 33 cycles. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Anche sulla Weltwoche è stato ripreso l'argomento dei test PCR:

"Testen, bis man krank ist" A. Baur, 14. oct. 2020 - Weltwoche
<https://www.weltwoche.ch/ausgaben/2020-42/diese-woche/testen-bis-man-krank-ist-die-weltwoche-ausgabe-42-2020.html>

Nell'articolo si citano le ricerche della parlamentare turgoviese Barbara Müller (SP) che ha chiesto all'UFSP informazioni in merito ai test PCR effettuati in riferimento soprattutto al numero di cicli di amplificazione eseguiti, ricevendo che non hanno uno standard di raccomandazione e che si basano su suggerimenti dei loro fornitori.

Müller ha verificato quindi con i vari laboratori e ha scoperto che di solito vengono eseguite da 36 a 40 sequenze (!), il che si traduce in un livello di sensibilità estremamente elevato. Ciò aumenta anche la probabilità che il contatto a lungo termine con il virus porti a un risultato positivo del test. Uno dei laboratori è stato così gentile da inviarle un manuale di istruzioni per il test. E lì sta scritto, al punto 1, come ha già sottolineato da Mike Yeadon (ex capo della ricerca del colosso farmaceutico Pfizer): "Solo a scopo di ricerca. Non adatto per procedure diagnostiche"

Persino l'RKI tedesco considera test positivi superiori a 30 cicli un criterio per poter essere rilasciati dalla quarantena.

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Entlassmanagement.html#x

I numeri creati da questi test non dovrebbero in alcun modo essere utilizzati come criterio per imporre misure, perlopiù che, secondo il Prof. Sucharit Bhakdi, specialista in microbiologia ed epidemiologia all'università di Mainz, pare non esista un solo caso confermato di una persona "positiva" asintomatica che abbia fatto ammalare qualcuno, e persino la trasmissione della positività di una tale persona è molto rara. E la maggioranza dei test positivi derivano da persone asintomatiche, proprio perché i test PCR vengono usati con amplificazioni sopra i 30-35 cicli.

Anche un Tribunale di Appello portoghese ha ritenuto controverse e inaffidabili i test PCR, tanto da decretare la sospensione di una quarantena da parte dell'Autorità sanitaria delle Azzorre (<https://tkp.at/2020/11/17/portugiesisches-berufungsgericht-haelt-pcr-tests-fuer-unzuverlaessig-und-hebt-quarantaene-auf>) con sentenze del 11 novembre 2020.

Gli studi che hanno considerato per la sentenza sono i seguenti :

Jaafar R, Aherfi S, 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, , c1aa1491, <https://doi.org/10.1093/cid/c1aa1491>

Surkova E.; et al. False-positive COVID-19 results: hidden problems and costs; Crossref DOI link: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30453-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30453-7)

Mayers C, Baker K, Impact of false-positives and false-negatives in the UK's COVID-19 RT-PCR testing programme. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/895843/S0519_Impact_of_false_positives_and_negatives.pdf

Cohen AN Kessel B; False positives in reverse transcription PCR testing for SARS-CoV-2. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.26.20080911v1.full.pdf>

Singanayagam A, Patel M, Duration of infectiousness and correlation with RT-PCR cycle threshold values in cases of COVID-19, England, January to May 2020. Euro Surveill. 2020;25(32) <https://doi.org/10.2807/15607917.ES.2020.25.32.2001483>

La Scola, B., Le Bideau, M., Andreani, J. et al. Viral RNA load as determined by cell culture as a management tool for discharge of SARS-CoV-2 patients from infectious disease wards. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 39, 1059–1061 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10096-020-03913-9>

Ulteriore materiale scientifico analitico ancora più approfondito può essere esaminato nei documenti allegati. Allegato 1 e Allegato 2.

Prevenzione Vitamina D riduce il rischio di casi gravi

Dal mese di aprile ho cercato di divulgare il ruolo preventivo della somministrazione di vitamina D e vitamina C. Numerosi studi scientifici e la bibliografia biochimica e di fisiologia dimostrano il ruolo chiave di queste due vitamine per la funzionalità e l'equilibrio del sistema immunitario.

Già nel mese di marzo scorso cercavo di portare tranquillità e dare consigli ai miei pazienti attraverso i social con chiare affermazioni corroborate da valenze scientifiche in questo video <https://youtu.be/mTPFec516BA> Covid-19 Misure preventive, 12 marzo 2020.

In modo molto polemico il quotidiano della Regione, criticava, ironizzava e screditava quanto affermavo <https://www.laregione.ch/opinioni/commento/1426361>.

Nei mesi di aprile e maggio sono arrivate sempre più numerose conferme in merito al valore preventivo della Vitamina D, e si è potuto dimostrare che il tasso ematico di vitamina D è strettamente correlato alla gravità della malattia infiammatoria polmonare del Covid19.

Durante l'estate sono emersi decine di studi che dimostrano senza ombra di dubbio il potere preventivo, immunoregolatore della vitamina D, e anche l'incremento della probabilità di più rapida guarigione anche nei pazienti più compromessi con stato di ARDS in associazione alle terapie antinfiammatorie steroidee, alla chlorochina associato all'antibiotico, e alle terapia anticoagulanti per i casi critici, cercando di evitare ventilazioni invasive a pressioni elevate.

Una ricerca oggi su Pubmed, indicizza ca. 300 studi che dimostrano sia il ruolo preventivo, che curativo, e dimostrano che un tasso ematico normale di Vitamin D3 sopra i 50-60 nmol/l (risp 30 ng/ml) è indispensabile per abbassare il rischio di decorsi nefasti.

Una piccola selezione di studi è la presente:

- 1: Ali N. Role of vitamin D in preventing of COVID-19 infection, progression and severity. *J Infect Public Health*. 2020 Oct;13(10):1373-1380. doi:10.1016/j.jiph.2020.06.021. Epub 2020 Jun 20. PMID: 32605780; PMCID: PMC7305922.
- 2: Zemb P, Bergman P. Vitamin D deficiency and the COVID-19 pandemic. *J Glob Antimicrob Resist*. 2020 Sep;22:133-134. doi: 10.1016/j.jgar.2020.05.006. Epub 2020 May 29. PMID: 32474141; PMCID: PMC7256612.
- 3: Grant WB, Lahore H Evidence that Vitamin D Supplementation Could Reduce Risk of Influenza and COVID-19 Infections and Deaths. *Nutrients*. 2020 Apr 2;12(4):988. doi:10.3390/nu12040988
- 4: Mitchell F. Vitamin-D and COVID-19: do deficient risk a poorer outcome? *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020 Jul;8(7):570. doi: 10.1016/S2213-8587(20)30183-2. Epub 2020 May 20.
- 5: Bilezikian JP, Bikle D, MECHANISMS IN ENDOCRINOLOGY: Vitamin D and COVID-19. *Eur J Endocrinol*. 2020 Nov;183(5):R133-R147. doi: 10.1530/EJE-20-0665. PMID:32755992.
- 6: Weir EK, Thenappan T, Bhargava M, Chen Y. Does vitamin D deficiency increase the severity of COVID-19? *Clin Med (Lond)*. 2020 Jul;20(4):e107-e108. doi: 10.7861/clinmed.2020-0301
- 7: Mohan M, Cherian JJ, Sharma A. Exploring links between vitamin D deficiency and COVID-19. *PLoS Pathog*. 2020 Sep 18;16(9):e1008874. doi: 10.1371/journal.ppat.1008874. PMID: 32946517; PMCID: PMC7500624.
- 8: Alexander J, Tinkov A, Early Nutritional Interventions with Zinc, Selenium and Vitamin D for Raising Anti-Viral Resistance Against Progressive COVID-19. *Nutrients*. 2020 Aug 7;12(8):2358. doi: 10.3390/nu12082358.
- 9: Pereira M, Dantas Damascena A, Vitamin D deficiency aggravates COVID-19: systematic review and meta-analysis. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2020 Nov 4:1-9. doi: 10.1080/10408398.2020.1841090. Epub ahead of print. PMID: 33146028.
- 10: Xu Y, Baylink DJ, The importance of vitamin d metabolism as a potential prophylactic, immunoregulatory and neuroprotective treatment for COVID-19. *J Transl Med*. 2020 Aug 26;18(1):322. doi: 10.1186/s12967-020-02488-5.
- 11: Meltzer DO, Best TJ, Zhang H, Vokes T, Arora V, Solway J. Association of Vitamin D Deficiency and Treatment with COVID-19 Incidence. *medRxiv [Preprint]*. 2020 May 13:2020.05.08.20095893. doi: 10.1101/2020.05.08.20095893.
- 12: Mercola J, Grant WB, Evidence Regarding Vitamin D and Risk of COVID-19 and Its Severity. *Nutrients*. 2020 Oct 31;12(11):3361. doi: 10.3390/nu12113361. PMID: 33142828; PMCID: PMC7692080.
- 13: Bauer SR, Kapoor A. What is the role of supplementation with ascorbic acid, zinc, vitamin D, or -acetylcysteine for prevention or treatment of COVID-19? *Cleve Clin J Med*. 2020 Jun 8. doi: 10.3949/ccjm.87a.ccc046.
- 14: Singh SK, Jain R, Singh S. Vitamin D deficiency in patients with diabetes and COVID-19 infection. *Diabetes Metab Syndr*. 2020 Sep-Oct;14(5):1033-1035. doi: 10.1016/j.dsx.2020.06.071. Epub 2020 Jul 3.
- 15: Martín Giménez VM, Lungs as target of COVID-19 infection: Protective common molecular mechanisms of vitamin D and melatonin as a new potential synergistic treatment. *Life Sci*. 2020 Aug 1;254:117808. doi: 10.1016/j.lfs.2020.117808.
- 16: Hribar CA, Cobbold PH, Potential Role of Vitamin D in the Elderly to Resist COVID-19 and to Slow Progression of Parkinson's Disease. *Brain Sci*. 2020 May 8;10(5):284. doi: 10.3390/brainsci10050284.

- 17: Aygun H. Vitamin D can prevent COVID-19 infection-induced multiple organ damage. *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol.* 2020 Jul;393(7):1157-1160. doi: 10.1007/s00210-020-01911-4. Epub 2020 May 25
- 18: Teymoori-Rad M, Marashi SM. Vitamin D and Covid-19: From potential therapeutic effects to unanswered questions. *Rev Med Virol.* 2020 Aug 28:e2159. doi: 10.1002/rmv.2159. Epub ahead of print. PMID: 32856339.
- 19: Mansur JL, Tajer C,. Vitamin D high doses supplementation could represent a promising alternative to prevent or treat COVID-19 infection. *Clin Investig Arterioscler.* 2020 Nov-Dec;32(6):267-277. doi: 10.1016/j.arteri.2020.05.003.
- 20: Bae M, Kim H. Mini-Review on the Roles of Vitamin C, Vitamin D, and Selenium in the Immune System against COVID-19. *Molecules.* 2020 Nov 16;25(22):5346. doi: 10.3390/molecules25225346.
- 21: Maghbooli Z, Sahraian MA, Vitamin D sufficiency, a serum 25-hydroxyvitamin D at least 30 ng/mL reduced risk for adverse clinical outcomes in patients with COVID-19 infection. *PLoS One.* 2020 Sep 25;15(9):e0239799. doi: 10.1371/journal.pone.0239799
- 22: Annweiler C, Hanotte B, Vitamin D and survival in COVID-19 patients: A quasi-experimental study. *J Steroid Biochem Mol Biol.* 2020 Nov;204:105771. doi: 10.1016/j.jsbmb.2020.105771. Epub 2020 Oct 13.
- 23: Rhodes JM, Subramanian Editorial: low population mortality from COVID-19 in countries south of latitude 35 degrees North supports vitamin D as a factor determining severity. *Aliment Pharmacol Ther.* 2020
- 24: Annweiler G, Corvaisier M, Vitamin D Supplementation Associated to Better Survival in Hospitalized Frail Elderly COVID-19 Patients: The GERIA-COVID Quasi-Experimental Study. *Nutrients.* 2020 Nov 2;12(11):3377.
- 25: Glinsky GV. Tripartite Combination of Candidate Pandemic Mitigation Agents: Vitamin D, Quercetin, and Estradiol Manifest Properties of Medicinal Agents for Targeted Mitigation of the COVID-19 Pandemic Defined by Genomics-Guided Tracing of SARS-CoV-2 Targets in Human Cells. *Biomedicines.* 2020 May 21;8(5):129
- ...

La lista è molto lunga... e questi studi si moltiplicano da maggio 2020 ad oggi...

È inammissibile che la politica sanitaria cantonale non abbia mai informato medici e cittadini sul ruolo preventivo e terapeutico della vitamina D.

Questa grave mancanza sta portando al collasso ospedaliero, e sta uccidendo tanta gente, in preda alle paure dei test PCR positivi e alla politica difensiva e allarmistica che ancora oggi appare regolarmente in TV, sui mass media e giornali.

È urgente una rapida rivalutazione e cambiamento di strategia, come già a settembre più volte esprimevo in alcuni video scientifici che ho pubblicato sul mio canale youtube.

Alcuni paesi come l'Inghilterra ha già implementato questa nuova politica sanitaria di supplementazione gratuita di vitamina D delle persone più fragili:

- <https://www.theguardian.com/world/2020/nov/14/covid-uk-government-requests-guidance-on-vitamin-d-use>
- <https://www.bbc.com/news/health-55108613>

È forse il momento che anche in Svizzera e in Ticino osiamo agire una nuova politica sanitaria preventiva più efficace, e una comunicazione più coerente e autorevole.

Vaccino Covid19

A livello internazionale si spinge prepotentemente sia a livello medico-farmaceutico che anche mediatico a celebrare l'arrivo dei nuovi vaccini a mRNA...

Un nuovo campo della procedura vaccinale, voluta per urgenza visto l'impatto della pandemia a livello globale soprattutto in questa seconda ondata.

Peccato che non si valutino almeno 3 punti controversi che non vengono considerati:

1) Se si usasse una nuova modalità d'informazione della popolazione puntando su tutto quanto ho citato in prevenzione e terapie consolidate a livello scientifico forse il vaccino è inutile...

2) Procedure di ricerca e di sicurezza accelerate che porteranno a possibili conseguenze non ancora conosciute, dove la ricerca viene ridotta a 6 mesi, mentre sarebbero necessari dai 3 ai 5 anni. Purtroppo, quando succedono queste cose, è molto probabile la manipolazione degli eventi per conflitti di interessi...

ricordo che la Pfizer è la ditta farmaceutica più sanzionata della storia per frodi e manipolazioni dei mercati e dei regolamenti ... con oltre 3 miliardi di dollari... che rientrano comunque nel loro piano

di business dell'espansione della pipe-line e dei prezzi dei medicinali.

Sono abituato ad essere critico, perché gli interessi finanziari ormai dominano la ricerca medica e influenzano pesantemente i protocolli...

3) L'instabilità delle mutazioni virali dei virus a RNA come i coronavirus... Ad oggi il Sars-Cov2 ha oltre 100 tipi diverse di mutazioni genomiche, e come il virus dell'influenza avrà anche lui una ciclicità invernale mutevole, che genererà epidemie stagionali, e renderà necessaria la vaccinazione almeno una volta all'anno... probabile?

Peter Doshi, editore associato del British Medical Journal esprime un grosso scetticismo sui 3 vaccini che arriveranno sul mercato (<https://blogs.bmj.com/bmj/2020/11/26/peter-doshi-pfizer-and-modernas-95-effective-vaccines-lets-be-cautious-and-first-see-the-full-data/>). Questa opinione estremamente autorevole non arriva certo da un blog NoVax, ma evidenzia come ci sia una grave mancanza di documentazione scientifica che provi l'efficacia e la sicurezza... come riportano diversi media internazionali : <https://www.iltempo.it/attualita/2020/11/27/news/british-medical-journal-vaccini-moderna-pfizer-astrazeneca-troppi-segreti-sperimentazione-dati-dubbi-medicina-25370303/>

Peter Doshi; Will covid-19 vaccines save lives? Current trials aren't designed to tell us
BMJ 2020; 371 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m4037>

E per mostrare l'omertà e l'ipocrisia delle ditte farmaceutiche che, dicono, di essere state spinte dagli interessi politici sanitari di tutto il mondo, stanno addirittura ricevendo dai governi di vari stati la protezione da azioni legali a seguito di reazioni avverse....

<https://www.independent.co.uk/news/health/coronavirus-pfizer-vaccine-legal-indemnity-safety-ministers-b1765124.html>

Rimango dell'avviso che questi vaccini siano alquanto inutili.

E come me, diversi medici e ricercatori di tutto il mondo avanzano questo scetticismo, promuovendo alleanze, moratorie, petizioni per fermare questo marketing estremo che nulla ha a che vedere con una sana ricerca scientifica etica e morale.

A livello Svizzero è stata lanciata una moratoria contro il vaccino dall'associazione Collective Santé <https://collectif-santé.ch/moratoire/> dove operatori sanitari, medici scrivono al governo federale:

-Dato che le promesse di efficacia degli annunciati vaccini a tecnologia RNA fanno unicamente l'oggetto dei comunicati stampa delle aziende farmaceutiche ma di nessuna comunicazione scientifica dettagliata,

-Dato che questi prodotti RNA sono offerti a meno di un anno dall'insorgenza dei primi casi registrati di malattia da Covid19, quando normalmente si verificano diversi anni per sviluppare qualsiasi vaccino, e mentre i test su Sars Cov 1 e Mers, virus precedenti e simili all'attuale Sars Cov 2, sono stati interrotti a causa di gravi effetti negativi,

-Tenendo conto del fatto che le semplificazioni e l'abbreviazione delle procedure di autorizzazione violerebbero il principio di precauzione.

-Dato che i vaccini contro l'RNA non sono, ai sensi dell'OMS, vaccini ma prodotti per la terapia genica costituiti da acidi nucleici, e che questi prodotti RNA non eviterebbero il contagio perché non introducono nelle cellule un virus attenuato o inattivato, un processo di vaccinazione ben noto,

-Dato che questa tecnica, che non è immunizzante, non è mai stata testata negli esseri umani e promuove la produzione cellulare di proteine virali di cui non sappiamo in seguito se saranno riconosciute dall'organismo,

- Dato che gli effetti collaterali di questi farmaci RNA non sono ancora noti ad oggi per le persone che hanno già precedentemente contratto la malattia da Covid 19, così come per i portatori asintomatici,

- Tenendo conto del fatto che l'essere umano deve essere protetto contro gli abusi nel campo della procreazione medicalmente assistita e dell'ingegneria genetica (art. 119 cpv. 1 Cost.) e che la Confederazione legifera sull'utilizzo del patrimonio germinale e genetico umano. Così facendo, essa garantisce la protezione della dignità umana, dell'individuo e della famiglia, e in particolare rispetta il seguente principio (Art. 119 cpv. 2 Cost.): a. Tutte le forme di clonazione e qualsiasi intervento nel patrimonio genetico di gameti ed embrioni umani sono proibiti (Art. 119 cpv. 2 lett. b Cost.).

- Dato il potenziale rischio di sbalzo immunitario da parte degli anticorpi facilitatori, ed il rischio di trascrizione inversa dall'RNA al DNA, con la modifica del nostro DNA, allora trasmissibile ereditariamente,
- Dato che gli studi sul vaccino sono condotti abitualmente su giovani e in buona salute, e tenendo conto che la vaccinazione RNA è destinata principalmente ad anziani e disabili in istituti, spesso affetti da polimorbosità, e quindi con maggiore probabilità di sviluppare effetti negativi,
- Data l'imprevedibile possibilità di generare un virus mutante molto più patogeno,
- Dato che la composizione di questi « vaccini », sostanze coadiuvanti, stabilizzatori, ci è sconosciuta,
- Anche in considerazione dell'inedita e difficilissima gestione della situazione sanitaria in cui ci troviamo, è ancora più rischioso aggiungere massicciamente una nuova campagna di vaccinazione, peraltro « sconosciuta », con troppi pochi dati tecnici,
- Ed infine, dato che le interazioni legate alle epidemie stagionali sono possibili.

La somma dei suddetti elementi rappresenta un doppio pericolo per il cittadino: a causa della situazione epidemiologica descritta, ma anche consapevolmente la somministrazione di questo tipo di vaccino. Questo mettere la popolazione a doppio rischio non è medicalmente accettabile. Tanto più che esistono altri vaccini con un concetto noto, attualmente più scarsa in termini di percentuale di copertura immunitaria, ma in corso di miglioramento. Ricordiamo che le autorità politiche e sanitarie responsabili del programma di vaccinazione anti-Covid-19 hanno una responsabilità legale per eventuali effetti potenziali deleteri o letali. Per quanto riguarda le aziende farmaceutiche, esse beneficiano dell'impunità legale, pur essendo il principale responsabile di eventuali incidenti vaccini.

Ricordando l'articolo 1 del Codice di Norimberga:

« Il consenso volontario del soggetto umano è assolutamente essenziale. Questo significa che l'interessato deve avere la capacità giuridica di dare il proprio consenso; che deve essere messo in condizione di esercitare un libero potere di scelta, senza l'intervento di qualsiasi elemento di forza, frode, costrizione, inganno o altre forme subdole di costrizione o di coercizione; e che deve avere una sufficiente conoscenza e comprensione di ciò che questo comporta, in modo da permettergli di prendere una decisione informata.

Prima che il soggetto sperimentale acconsenta, quindi, gli si devono fornire informazioni accurate sulla natura, durata e scopo dell'esperimento, nonché i metodi e mezzi utilizzati, i pericoli ed i rischi connessi così come le conseguenze per la sua salute o la sua persona che possono derivare dalla sua partecipazione a questa esperienza.

L'obbligo e la responsabilità di valutare le condizioni in cui il soggetto dà il suo consenso è responsabilità della persona che prende l'iniziativa e la direzione di questi esperimenti o di chi ci sta lavorando. Questo obbligo e questa responsabilità vanno a quella persona, che non può trasmetterli a nessun altro senza essere citato in giudizio. »

Per tutti i motivi sopra citati, noi, medici, farmacisti, infermieri, personale sanitario, professionisti della salute, indipendenti o in istituzioni, consapevoli della nostra responsabilità, richiediamo una MORATORIA IMMEDIATA sull'introduzione della vaccinazione con tecnologia RNA, fino a quando non saranno disponibili dati clinici comprovati, tramite lettera da parte vostra, ovvero delle risposte alle domande concernenti gli effetti secondari e gli effetti vaccinali di un livello di evidenza 1, e che tale vaccino non venga somministrato fino alla sua data di scadenza, al fine di garantire la tutela della salute dei cittadini.

Secondo il diritto conferito e tutelato dal Codice di Norimberga, dal Codice di etica medica e dal Giuramento di Ippocrate.

Le COLLECTIF SANTE, www.collectif-santé.ch

Les MEDECINS CITOYENS, lesmedecinscitoyens@gmail.com

Le COLLECTIF ALETHEIA, www.aletheia-scimed.ch

Concordo con quanto sopra riportato, e sono anche tra i firmatari, e invito il governo e il parlamento ticinese a valutare attentamente queste dichiarazioni di numerosi professionisti della salute.

Risoluzione del Parlamento europeo del 13 novembre 2020 sull'impatto delle misure connesse alla COVID-19 sulla democrazia, sullo Stato di diritto e sui diritti fondamentali (2020/2790-RSP)

Invito a considerare quanto il parlamento europeo ha dichiarato ufficialmente sull'impatto delle misure anti Covid19 e le collusioni con lo stato diritto, di democrazia e dei diritti fondamentali dell'uomo

[...]

1. ricorda che, anche in uno stato di emergenza pubblica, i principi fondamentali dello Stato di diritto, della democrazia e del rispetto dei diritti fondamentali devono prevalere e che tutte le misure di emergenza, le deroghe e le limitazioni sono soggette a tre condizioni generali, ovvero la necessità, la proporzionalità in senso stretto e la temporaneità, condizioni che sono state regolarmente applicate e interpretate nella giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo (CEDU), della Corte di giustizia dell'Unione europea (CGUE) e di vari tribunali costituzionali (e di altro tipo) degli Stati membri;
2. è del parere che le reazioni alla crisi abbiano dimostrato, in generale, la forza e la resilienza dei sistemi democratici nazionali; sottolinea che le misure straordinarie dovrebbero essere accompagnate da una più intensa comunicazione tra governi e parlamenti; chiede un dialogo più intenso con le parti interessate, tra cui i cittadini, la società civile e l'opposizione politica, al fine di creare un ampio sostegno per le misure straordinarie e garantire che siano attuate nel modo più efficiente possibile, evitando nel contempo provvedimenti repressivi e assicurando un accesso senza ostacoli all'informazione per i giornalisti;
3. invita gli Stati membri a garantire che, in sede di adozione, valutazione o revisione di misure che potrebbero limitare il funzionamento delle istituzioni democratiche, lo Stato di diritto o i diritti fondamentali, dette misure rispettino le raccomandazioni di organismi internazionali quali le Nazioni Unite e il Consiglio d'Europa, compresa la Commissione di Venezia, e la relazione della Commissione sulla situazione dello Stato di diritto nell'UE; ribadisce il suo invito, rivolto agli Stati membri, a non abusare dei poteri di emergenza per approvare norme non legate agli obiettivi dell'emergenza sanitaria di COVID-19 al fine di scavalcare il controllo parlamentare;
4. invita gli Stati membri a:
 - considerare la possibilità di uscire dallo stato di emergenza o di limitare in altro modo il suo impatto sulla democrazia, lo Stato di diritto e i diritti fondamentali,
 - valutare le norme costituzionali e istituzionali in vigore nei rispettivi ordinamenti interni alla luce delle raccomandazioni della Commissione di Venezia, ad esempio passando da uno stato di emergenza de facto basato sulla legislazione ordinaria ad uno stato di emergenza costituzionale de jure, prevedendo quindi migliori garanzie di democrazia, Stato di diritto e diritti fondamentali in caso di emergenza; definire esplicitamente in un atto legislativo, in cui viene mantenuto uno stato di emergenza de facto, gli obiettivi, il contenuto e la portata della delega di potere dal legislativo all'esecutivo,
 - garantire che sia la dichiarazione che l'eventuale proroga dello stato di emergenza, da un lato, sia l'attivazione e l'applicazione dei poteri di emergenza, dall'altro, siano soggette a un efficace controllo parlamentare e giudiziario, tanto interno quanto esterno, e assicurare che i parlamenti abbiano il diritto di sospendere lo stato di emergenza,
 - garantire che, in caso di trasferimento di poteri legislativi all'esecutivo, gli atti giuridici emessi dall'esecutivo siano soggetti ad una successiva approvazione parlamentare e cessino di produrre effetti se non ottengono tale approvazione entro un determinato lasso di tempo; affrontare l'eccessivo ricorso ad un processo legislativo accelerato e di emergenza, una questione sottolineata anche dalla Commissione nella sua relazione sullo Stato di diritto del 2020 (COM(2020)0580),
 - esaminare come garantire meglio il ruolo centrale dei parlamenti in situazioni di crisi e di emergenza, in particolare il loro ruolo nel monitoraggio e nel controllo della situazione a livello nazionale,

– prendere in considerazione l'opinione della commissione di Venezia secondo cui i parlamenti devono tenere le loro sessioni plenarie e non dovrebbero consentire la sostituzione temporanea dei deputati né ridurre la loro presenza (anche se proporzionalmente);

– esaminare le riflessioni della commissione di Venezia sulle elezioni e valutare la possibilità di ricorrere a metodi di voto a distanza, quali il voto per corrispondenza, il voto su Internet, le urne elettorali mobili e il voto per delega, nonché il voto anticipato, in particolare in caso di pandemia;

5. invita gli Stati membri ad applicare le misure connesse alla COVID-19 tenendo debitamente conto della proporzionalità delle misure di esecuzione; afferma che l'applicazione delle misure connesse alla COVID-19 deve rispettare i diritti fondamentali dell'UE e lo Stato di diritto e ritiene che la parità di trattamento delle persone sia fondamentale a tale riguardo;
[...]

https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2020-0307_IT.html (testo completo)

Conclusioni

La medicina di prossimità, che oggi è occupata a testare in modo esagerato con tampone nasale, e che è alla base del tasso infettivo elevatissimo Svizzero, avrebbe avuto un grande impatto sulla curva epidemica e la gravità della malattia se i medici di famiglia fossero stati impegnati proattivamente alla misura dei tassi vitaminici della popolazione (soprattutto per i più fragili ed anziani), alla sostituzione vitaminica e al rapido intervento terapeutico modulato alla cura dei sintomi e decorsi clinici, senza alcun test diagnostico ambulatoriale con tamponi nasali PCR, o test antigenici. Questi ultimi dovrebbero essere lasciati solamente alle situazioni gravi ospedaliere.

**Invece è nato un consumismo e una ipermedicina irresponsabile, costosa, che genera conflitti d'interesse e speculazioni medico-sanitarie inammissibili !
Si arriva oggi ad eseguire fino a 40'000 tamponi PCR al giorno per costi generati di oltre 7 milioni di Fr. al giorno, che finiscono nelle tasche di medici e laboratori, senza alcun beneficio reale per la popolazione, per la gestione della curva epidemica, e per le finanze federali e cantonali.**

Chiedo agli onorevoli politici cantonali che siedono in Consiglio di Stato e in Gran Consiglio di valutare attentamente questo documento e intervenire al più presto per fermare queste procedure mediche che non hanno nulla di etico e morale. Questa politica sta portando il paese sulla soglia di un baratro sanitario e socioeconomico che durerà oltre in prossimi 12 mesi.

I medici della task force Covid19, e tutte le autorità sanitarie nazionali e cantonali hanno gravemente sottaciuto questi studi che ho riportato in questa documentazione, e hanno continuato la loro politica difensiva e allarmistica, senza correggere l'approccio diagnostico e terapeutico.

Le autorità politiche federali e cantonali sono corresponsabili di questo scempio, così come l'inefficacia delle misure difensive con mascherine, di *contact tracing*, e di ordinanze a tratti incoerenti e a volte al limite del ridicolo, che hanno gravemente inciso sulla salute pubblica. Hanno creato confusione, repentini cambiamenti che hanno destabilizzato la popolazione, con continui messaggi, conferenze stampa, che rincorrevano nuove misure e moniti alla popolazione. Oltre che creare un grave danno socioeconomico e psicologico, che si riflette nell'esplosione dei casi senza alcun freno.

Attraverso questo materiale scientifico spero di dare l'opportunità di accendere un dibattito politico etico e costruttivo, che permetta di comprendere meglio la necessità di cambiare la strategia di prevenzione e cura di questa malattia: il *contact tracing*, l'esecuzione dei tamponi PCR, e le modalità di informazione alla popolazione devono assolutamente essere cambiate, dando alla gente nuove sicurezze preventive e terapeutiche, e l'infrastruttura ospedaliera riservata solamente ai casi gravi che purtroppo ci saranno, così come ci sono sempre stati nei mesi freddi, e che purtroppo il decorso per alcune persone fragili sarà serio e nefasto.

Quanto da me esposto è sostenuto a livello internazionale da vari esperti in infettivologia, virologia, medicina, biologia e ricercatori, che hanno costruito alleanze e petizioni globali per esporre il problema mondiale. Spero che questo mio scritto venga preso in attenta considerazione, perché le decisioni politico-sanitarie centrate sul terrore, sull'irresponsabilità di uscire dai protocolli pandemici OMS altamente fuorvianti e a tratti contraddittori, sta gravemente nuocendo alla salute pubblica, dal punto di vista psicofisico e socioeconomico.

La medicina difensiva e la politica difensiva deve agire responsabilmente una nuova azione volta a proteggere realmente il popolo, perché questo atteggiamento potrebbe un giorno essere considerato come atto irresponsabile che ha causato morti, e gravi problemi socio-economici.

Vi prego di accogliere con estrema attenzione questa petizione, e spero che, per il bene della popolazione del Canton Ticino, si riesca ad avviare con decisione un nuovo processo di gestione pandemica pionieristica, e che ci sia la voglia di essere d'esempio per cambiare con forza la politica sanitaria federale.

Colgo l'occasione per esprimere i miei più cordiali saluti, augurando un sereno Natale e buone festività a tutti.

Dr. med Roberto Ostinelli



Cpc:

Egregio signor Stefano Radczuweit, Ufficio di sanità, Via Orico 5, 6501 Bellinzona

Egregio dottor Giorgio Merlani, Ufficio del medico cantonale, Via Dogana 16, 6501 Bellinzona

Ordine dei Medici del Canton Ticino, all'attenzione Commissione Deontologica, 6805 Mezzovico