

Lodevole Consiglio di Stato
Piazza Governo 6

6501 Bellinzona

Spedita al Consiglio di Stato nell'agosto del 2022.
Da considerare nell'evadere la mozione.

Concerne: mozione Pamini contro le mascherine
(<https://www4.ti.ch/user/librerie/php/GC/allegato.php?allid=152576>)

Copia per conoscenza: medico cantonale, farmacista cantonale, Corriere del Ticino, La Regione

Egregi Signori,

siamo un gruppo di operatori sanitari che ha preso conoscenza con estremo sconcerto e preoccupazione che il deputato dell'UDC Paolo Pamini ha inoltrato lo scorso 21 giugno al Consiglio di Stato una mozione con la quale di fatto si chiede di vietare un nuovo obbligo della mascherina per decreto esecutivo nel caso di una nuova forte ondata di coronavirus, con tutte le conseguenze del caso. Noi che con i malati ci lavoriamo a stretto contatto tutti i giorni, siamo sempre più stufo di simili personaggi che minimizzano la portata che la malattia ha avuto sulla popolazione in termine di salute e di vite umane, come pure sul sovraccarico ospedaliero e sul normale funzionamento delle strutture sanitarie. La cosa che ci da più fastidio è che queste persone si spacciano per scienziati (con gli studi scientifici che non è sufficiente leggere in maniera superficiale ma che bisogna saper leggere ed interpretare nella maniera corretta ed in maniera oggettiva, cosa che il deputato non ha fatto per niente, prendendo solo gli studi che gli facevano comodo). Per quanto riguarda la mascherina, si tratta di un mezzo semplice, più che sopportabile ed economico per proteggere la popolazione, in particolare le persone malate ed anziane. Ci permettiamo di sconfessare ora punto per punto la maggior parte delle affermazioni di Pamini, il quale nella mozione parla spesso del fatto che bisogna svolgere studi indipendenti (sarebbe sicuramente l'ideale), quando il primo a non essere imparziale è lui ed è molto chiaro che è prevenuto nell'uso della mascherina: dal momento che a lui da fastidio tutti non la devono portare, poi se la gente si ammala, finisce in ospedale o muore chi se ne frega... Nel caso di una nuova forte ondata (speriamo di no) cosa facciamo, visto che le mascherine non si devono usare ed i vaccini neanche (alla RSI, interpellato in merito lo scorso autunno, alla domanda se si fosse vaccinato ha risposto che non lo vuole dire perché è una questione privata: è risaputo che la maggior parte di chi risponde così è perché la risposta è no, infatti chi si vaccina di solito non ha nessun problema a dirlo poiché sa che ha fatto la cosa giusta per proteggere se stesso e gli altri e non se ne vergogna)? Torniamo ancora in lockdown, con tutte le conseguenze economiche e sociali del caso?

Ma veniamo al punto, anzi ai punti. Prima di discutere della possibile efficacia delle mascherine cominciamo a parlare del fatto se siano pericolose o no (primo: non nuocere; se al limite non funzionano, almeno non provocano danni). Partiamo dallo studio di Kisielinski e colleghi citato dal deputato (<https://doi.org/10.3390/ijerph18084344>), pubblicato sul *International Journal of Environmental Research and Public Health*, nel quale come si può ben leggere nel capitolo 5 ("Limitazioni") l'approccio utilizzato dagli autori è stato quello di concentrarsi solamente sugli effetti negativi della mascherine, un approccio che si può sicuramente definire non equilibrato (per farsi un'idea più reale bisognerebbe parlare sia di quelli positivi che di quelli negativi e ricordarsi che in medicina e soprattutto in una situazione d'emergenza come in una pandemia bisogna guardare al rapporto rischi/benefici) e che leggendolo così come presentato sembra un "festival degli orrori", con la mascherina che sarebbe la causa di tutti i mali possibili (causerebbe problemi respiratori, problemi cardiaci, sovrappeso, problemi neurologici, problemi psicologici, problemi

ginecologici, problemi dermatologici, problemi orali ecc.). Un approccio che fa pensare che anche gli autori siano personalmente prevenuti nei confronti delle mascherine. Gli autori poi per dimostrare gli effetti negativi utilizzano quali parametri il valore p di significatività statistica, la % di studi con effetti negativi sul totale di quelli analizzati per il problema specifico (sono stati scelti solo gli studi negativi, quindi è ovvio che questa percentuale sia alta), alcune volte variazioni % (tutti parametri importanti) ma mai i dati in numeri assoluti, importanti per valutare l'effettivo peso delle variazioni. Infatti un conto è per esempio il 20% di 100, un altro è il 20% di 5 (il campione non è abbastanza rappresentativo della popolazione). Per una corretta valutazione dei dati bisogna guardare all'insieme dei parametri poiché a volte l'apparenza inganna. Non mettiamo assolutamente in dubbio il fatto che il porto della mascherina possa avere effetti collaterali ma esattamente come per l'assunzione di un farmaco, la somministrazione di un vaccino, l'esecuzione di un'operazione ecc. bisogna farsi una domanda fondamentale: questi effetti collaterali avvengono in tutte le persone? In metà delle persone? Una su cento? Una su 100.000? Perché la differenza sul rapporto rischi/benefici può essere enorme per quanto riguarda la decisione di riceverle o no queste terapie. Se dovessimo concentrarci sugli effetti collaterali contenuti nei foglietti illustrativi dei medicinali non ci sarebbe più una persona che prenderebbe una pastiglia, neanche per un mal di testa o la febbre. Questi effetti collaterali avvengono in casi rarissimi, allora cosa facciamo? Urliamo dal mal di testa, invece di abbassare la febbre continuiamo a stare male, non prendiamo l'antibiotico e rischiamo di morire? Per quanto riguarda le mascherine è ovvio che diano un po' di fastidio ma la vera domanda è: questi fastidi sono così insopportabili in confronto al proteggere le persone più fragili e all'evitare di prendere una forma grave del Covid o il Long Covid? Purtroppo viviamo in una società viziata nella quale si vogliono risolvere i problemi senza il minimo fastidio o sforzo, pensando più a noi che agli altri. Facciamo un altro esempio: dal momento che la maschera dell'ossigeno è fastidiosa, cosa facciamo? Al paziente la togliamo o lo lasciamo in gravi difficoltà respiratorie? Visto che le punture di insulina sono fastidiose non le facciamo e finiamo in coma iperglicemico? Veniamo ora ad alcuni effetti specifici citati dallo studio di Kisielinski.

Caduta della saturazione (% di ossigeno nel sangue), aumento della CO₂ (anidride carbonica), aumento della frequenza cardiaca e della frequenza respiratoria:

studio di Pifarrè: (fonte N.18 del "meta-studio")

Riguarda l'utilizzo della mascherina nello sport (non nella vita ordinaria), prende in considerazione solamente 8 persone, di cui ben la metà con problemi medici (una addirittura con un enfisema, grave patologia respiratoria). La saturazione a riposo con la mascherina rispetto al non averla non è stata misurata. Dopo l'esercizio fisico (flessioni) in media la saturazione è scesa da 97% a 92%, un valore che sotto sforzo e in persone che hanno già patologie è da considerare buono e che non provoca problemi (la normale saturazione in persone giovani e sane, non sotto sforzo, è >95%). Un aumento della frequenza cardiaca da 75 a 112 è più che normale e non pericoloso per uno sforzo simile (nel giro di 3 minuti è tornata come quella a riposo). La concentrazione di ossigeno sotto la maschera ha pure avuto un calo accettabile ed il fatto che nel sangue la saturazione sia scesa pure a livelli accettabili e non pericolosi per lo sforzo compiuto dimostra che questo calo "esterno" al corpo non ha avuto ripercussioni interne importanti. Per quanto riguarda l'importante aumento del CO₂ sotto la mascherina questo non significa ancora che anche nel sangue ci sia stato (bisognerebbe analizzarlo), in più il CO₂ sotto la maschera viene trattenuto solo per un breve periodo di tempo.

Studio di Rebmann: (fonte N.19 del "meta-studio").

Le conclusioni: "Long-term use of respiratory protection did not result in any clinically relevant physiologic burden for health care personnel, although many subjective symptoms were reported. N95 compliance was fairly high". Traduzione in italiano: "L'utilizzo a lungo termine della protezione respiratoria non è risultato gravoso e fisiologicamente clinicamente rilevante, nonostante sono stati riportati alcuni sintomi soggettivi (mal di testa, sensazione di mancanza di respiro, fastidio, difficoltà di comunicazione). Anche qui si è rilevato un aumento del CO₂ ma come riferito dagli autori: "CO₂ levels increased significantly compared with baseline measures, especially when comparing an N95 with a surgical mask to only an N95, but changes were not clinically relevant". "I livelli di CO₂ sono aumentati in maniera significativa comparati ai

valori a riposo, specialmente comparando una FFP2 con una chirurgica, rispetto a solamente una FFP2, ma i cambiamenti non sono clinicamente rilevanti". La dimostrazione (gli autori dello studio hanno dimostrato onestà e intelligenza in questo senso) che un valore p da un punto di vista numerico può risultare statisticamente significativo ma magari questo aumento non ha nessun influsso sulla vita reale! E quindi sulla salute! Lo studio è avvenuto su 10 persone (infermiere di cure intense), il 90% di loro ha sopportato bene la maschera FFP2 per due turni di ben 12 ore (in seguito hanno cominciato a sentire il bisogno di toglierla o toccarla o sistemarla). Viste le conclusioni, perché Kieselinski e colleghi hanno usato questo studio per supportare la loro ipotesi che le mascherine fanno male?

Studio di Georgi: (fonte N.21 del "meta-studio")

Studio effettuato su 26 operatori ospedalieri, a riposo e sotto sforzo (cicloergometria con varie resistenze in Watt). Le conclusioni: "In summary, a short-term high workload while wearing the common mask types used in hospitals seems to have measurable but clinically irrelevant influence on the blood gases and vital parameters in people of working age who have no known underlying cardiopulmonary disease. Direct effects of an increase in CO₂ on the described symptoms, or health risks from long-term mask wearing, cannot be ruled out but are rather unlikely given the described relationships". Traduzione: "Riassumendo, un alto carico di lavoro a breve termine indossando le mascherine utilizzate tipicamente in ospedale, sembrano avere un'influenza misurabile ma clinicamente irrilevante sui gas sanguigni e sui parametri vitali in persone in età lavorativa che non hanno patologie cardiache conosciute. Effetti diretti dell'aumento di CO₂ nei sintomi descritti o rischi dell'utilizzo a lungo termine delle mascherine non possono essere determinati ma sono piuttosto improbabili viste le relazioni descritte". Se si va poi a vedere la tabella con i parametri, si possono dire le seguenti cose: rispetto al riposo, i parametri salgono sotto sforzo già senza mascherina (a livelli più che accettabili per l'attività effettuata); salgono ulteriormente sotto sforzo con la mascherina ma anche qui a livelli accettabili; a riposo con le varie mascherine gli aumenti rispetto a non indossarla invece sono quasi impercettibili, anzi il CO₂ in media scende leggermente e la saturazione sale leggermente.... Anche qui: gli aumenti che ci sono, sono clinicamente irrilevanti, ma allora perché il "meta-studio" usa questo per parlare male delle mascherine? Il sospetto che gli autori siano prevenuti continua ad aumentare.

Studio di Roberge (fonte N.13 del "meta-studio")

20 soggetti hanno dovuto camminare sul tapis-roulant per un'ora (ancora una volta uno studio sotto sforzo e non quindi nella vita ordinaria). Nonostante un leggero aumento dei parametri (anche qui più che normali), le conclusioni dello studio sono: "Surgical mask use for 1h at a low-moderate work rate is not associated with clinically significant physiological impact or significant subjective perceptions of exertion or heat". Traduzione: "L'utilizzo della maschera chirurgica per un'ora con uno sforzo moderato non è associato con un impatto clinicamente significativo o percezione di sforzo e calore soggettivi significativi". Ci risiamo: ancora nessun impatto fisiologico significativo! Qui gatta ci cova...

Non contestiamo assolutamente la qualità dei singoli studi ma l'utilizzo scorretto (se non addirittura disonesto) da parte degli autori per giustificare gli effetti collaterali delle mascherine, i quali ci sono ma sono più che sopportabili, avvengono in poche persone e non hanno conseguenze cliniche. L'autore poi abusa della significatività statistica (è un po' la tendenza del giorno d'oggi purtroppo) perdendo di vista la realtà e cioè che se ci sono degli aumenti dei parametri sono clinicamente irrilevanti! Le conclusioni degli studi sono poi interpretate a proprio piacimento, anzi a volte sono proprio ignorate!

Vediamo ora gli effetti della mascherina sulle donne incinte.

Nei risultati della *revisione della letteratura di Roeckner (fonte N.20 del "meta-studio")* si dice:

"Studies were consistent in showing no significant increase in maternal heart rate, respiratory rate, oxygen saturation, and fetal heart rate between pregnant and nonpregnant women using N95 FFRs for short

durations". Traduzione: "Gli studi hanno mostrato in maniera consistente nessun incremento significativo nella frequenza respiratoria materna, nella frequenza respiratoria, nella saturazione dell'ossigeno, e nella frequenza respiratoria fetale in donne incinte e non incinte che hanno usato una FFP2 per breve durata"-

Le conclusioni: "Limited duration N95 FFR use during pregnancy is unlikely to impart risk to the pregnant women or her fetus." Allora perché gli autori del "meta-studio" a pagina 14 dicono che la ri-respirazione del CO2 sotto le maschere può portare ad una rilevanza clinica per madre e bambino? Nello *studio di Roberge (fonte N.16)* perché allora a proposito dei parametri (e quindi del CO2) si dice:

"There were no differences between the pregnant and nonpregnant women with respect to heart rate, respiratory rate, oxygen saturation, transcutaneous carbon dioxide level, chest wall temperature, aural temperature, and subjective perceptions of exertion and thermal comfort. No significant effect on fetal heart rate was noted." Traduzione: "Non ci sono state differenze tra le donne incinte e non incinte per rapporto a frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, saturazione dell'ossigeno, livello transcutaneo dell'anidride carbonica, temperatura della parete toracica, temperatura timpanica e sensazione soggettiva di fatica e confort termico. Nessun effetto significativo sulla frequenza cardiaca fetale è stata notata."

Gli autori a pagina 19 dicono che la scarsa efficienza di filtrazione, l'uso non corretto delle mascherine di stoffa e chirurgiche, come il loro frequente riutilizzo, portano ad un *aumentato rischio di infezione*. Andiamo a vedere alcuni studi citati dagli autori per giustificare il fatto che le mascherine sono pericolose in questo senso:

Nello *studio di McIntyre e colleghi (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006577>)*, fonte N.108, 1.607 operatori ospedalieri in reparti ad alto rischio, sono stati divisi in tre gruppi: il primo doveva portare una mascherina chirurgica, il secondo una di stoffa, il terzo di controllo (indossare una maschera solo in situazioni particolari e quindi non sempre). Lo studio è durato 4 settimane. Dai risultati emerge che chi porta la mascherina di stoffa ha un maggior rischio di infezione (nel 5,4% dei casi di questo studio). Non si tratta di una novità: in due anni di pandemia più di una volta si è detto (specialmente le trasmissioni e le riviste per i consumatori) che questo tipo di presidio non è efficiente nella filtrazione ed è meglio non utilizzarlo. La mascherina chirurgica (quindi quella più comunemente utilizzata) invece ha avuto una % di infezioni minore (3,2%) e soprattutto inferiore rispetto al gruppo di controllo (3,9%). Quindi altro che parlarne male, qui la chirurgica esce invece bene! Ma poi, quali sono queste famose infezioni che gli operatori sanitari hanno preso? Nell'85% dei casi si tratta del rinovirus, ossia il virus del semplice raffreddore! Se consideriamo che parliamo di reparti ad alto rischio, il tutto si ridimensiona ulteriormente.

In un altro studio di McIntyre e colleghi (<https://doi.org/10.1164/rccm.201207-11640C>), fonte N.110, sono stati anche qui creati tre gruppi in operatori ospedalieri: uno con porto della mascherina chirurgica, uno con la FFP2 in continuo, l'ultimo con la FFP2 solo in situazioni di alto rischio. I risultati: nonostante il discomfort, le FFP2 hanno un'efficacia clinica maggiore. Anche qui non è una novità, comunque lo studio non dice assolutamente che le mascherine sono pericolose ma cerca di dire quali sono le più protettive! Lo studio inoltre dice semplicemente che in chi portava le chirurgiche c'era una maggior colonizzazione batterica (le FFP2 sono migliori in questo senso) ma non che questa cosa sia stata provocata dall'utilizzo della mascherina! Infatti il lavorare in reparti ad alto rischio, oltre alla corretta pratica di altre regole di protezione fondamentali quali l'igiene delle mani, hanno un influsso importante nelle infezioni. Inoltre emerge che delle persone risultate sintomatiche (3%) e per le quali è stato rilevato un virus in laboratorio, solo il 12% aveva sintomi importanti come la febbre.

Nello studio di Luksamijarulkul, fonte N.86 del meta-studio, sono state analizzate 230 mascherine chirurgiche già utilizzate negli ospedali. Conclusioni: "High bacterial contamination on outside area of the used masks was demonstrated, and it showed a significant correlation with microbial air quality of working wards". Non si dice che la causa di questa contaminazione della parte esterna della maschera sia una pecca della maschera stessa (che svolge il suo ruolo di barriera) e non si dice e correla questa contaminazione ad eventuali infezioni e malattie dei portatori, si dice semplicemente che la causa è la cattiva qualità dell'aria nei reparti, dove gli stessi microorganismi sono stati detectati!

Non abbiamo chiaramente avuto il tempo di analizzare le centinaia di studi citati, comunque visto l'andazzo sembra chiaro che anche in quelli non visionati la parzialità probabilmente non sarà presente. Invitiamo il medico cantonale ed il farmacista cantonale (che ci leggono in copia), loro che avranno sicuramente conoscenze a livello accademico, di far analizzare in maniera molto critica questo "meta-studio", poiché potrebbe portare ad una grande disinformazione. Ora veniamo agli studi che dicono che le mascherine non fanno male.

Revisioni sistematiche della letteratura sull'uso delle mascherine durante l'attività fisica

Conclusioni di Izquierdo e colleghi (<https://doi.org/10.1177/19417381221084661>) dell'università di Alcalá di Madrid: "The usage of masks by a healthy adult population during the performance of physical exercise has shown minimal effects with regard to physiological, cardiorespiratory, and perceived responses. Some symptoms can be dyspnea, effort perceived, or discomfort, among others. These findings indicate that the use of masks is not harmful to individuals' health. It does not present any significant detrimental effect on physical performance or risk to their well-being. However, further experiments are required to corroborate the findings of this review." Traduzione: "L'utilizzo della mascherina da parte di persone adulte e sane durante la performance fisica ha mostrato effetti minimi per quanto riguarda le risposte fisiologiche e cardiorespiratorie percepite. Alcuni sintomi possono essere dispnea (sensazione soggettiva di difficoltà respiratoria), percezione dello sforzo e discomfort. Queste scoperte indicano che l'utilizzo della mascherina non è pericoloso per la salute individuale. Non rappresenta nessun significativo deterioramento nella performance fisica o rischio per il proprio benessere. Comunque, ulteriori indagini sono necessarie per corroborare le scoperte di questa review".

Conclusioni di Shaw e colleghi (DOI: [10.1139/apnm-2021-0143](https://doi.org/10.1139/apnm-2021-0143)) dell'Università di Saskatchewan (Canada): "Face masks can be worn during exercise with no influences on performance and minimal impacts on physiological variables." "Le mascherine possono essere indossate durante l'esercizio fisico senza influenze sulla performance e con impatto minimo sulle variabili fisiologiche".

Per logica, se sotto esercizio fisico o sport non c'è un calo della performance ed un impatto minimo sui valori fisiologici, a riposo e durante le attività quotidiane e lavorative ci dovrebbero essere ancora meno problemi. Stiamo parlando chiaramente delle persone adulte e sane, chiaramente il discorso va differenziato per quanto riguarda quelle molto giovani (bambini), gli anziani ed i malati. Per esperienza vi possiamo dire che negli ospedali a parte le persone con gravi problematiche cardio-respiratorie per le quali si può sempre dare un'esenzione medica, la grande maggioranza dei malati e degli anziani, a parte la solita sensazione di fastidio, la mascherina la sopportano più che bene. Inoltre bisogna dire che non devono portarla in continuazione: nella loro camera, dove si trovano la maggior parte del tempo, non devono metterla mentre è necessaria quando escono in corridoio per camminare, vanno a bere il caffè con i parenti, vanno a fare fisioterapia, vanno a fare una radiografia ecc. Stesso discorso anche per le malattie gravi in chi si trova a domicilio (la devono mettere solo quando escono per andare dal medico, fare la spesa ecc.). Bisognerebbe poi distinguere tra la classica chirurgica e la FFP2 (quella che protegge meglio ma è anche più faticosa da portare): di solito è quest'ultima quella che dà più problemi ed in caso di nuovo obbligo a causa di un'ondata dovrebbe restare la libertà di scelta su quale indossare e chi fa molta fatica dovrebbe mettere la prima (è anche quella nettamente più utilizzata dalla popolazione).

Per quanto riguarda il famoso studio che Pamini cita per dire che le mascherine fanno male ai bambini in quanto inalano troppo CO2 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001393512200891X>.) Pamini parla di "studio accurato".

Sullo studio che direbbe che i bambini con la mascherina inalano troppo CO2, con relativi pericoli: <https://www.wired.it/scienza/medicina/2021/07/22/mascherine-bambini-rischi-studio-bufala/>

Peccato che lo studio è stato ritirato dalla rivista per via di "**errori metodologici e incertezza sulla validità dei risultati, delle conclusioni e delle potenziali implicazioni per la salute pubblica**". L'autore (Harald

Walach) poi è recidivo: aveva pubblicato uno studio con il quale dichiarava che i vaccini anti-Covid non erano efficaci, studio anche qui ritirato poiché falso...

La review di Eberhart sull'impatto delle mascherine sui bambini (doi: [10.1111/apa.15784](https://doi.org/10.1111/apa.15784)) dice che finora sono stati effettuati solamente due studi su di essi, di cui uno solo ha verificato i parametri fisici indossando una mascherina FFP2. Lo studio non indica un possibile effetto pericoloso sullo scambio di gas. Le conclusioni: "International guidelines recommend face masks for children aged six years and older, but further studies are needed to provide evidence-based recommendation for different age groups."

Giusto, ulteriori studi devono essere eseguiti perché due sono davvero pochi.

Sul fatto che per bambini e ragazzi il portare la mascherina per 7 ore possa essere problematico, si potrebbe in maniera ragionevole di raccomandare durante le pause di affacciarsi alle finestre senza mascherina e di respirare profondamente aria fresca, mentre nei piazzali (all'esterno degli istituti) di toglierla (disinfettando le mani al rientro dopo averla rimessa perché potrebbero toccarla impropriamente), purché tengano un metro di distanza dagli altri. A parte per grandi assembramenti, le mascherine all'aperto hanno poco senso.

A proposito dell'articolo pubblicato sull'Inchiesta N.6 del 2021 (citato da Pamini e dal sito genitorinformati.com) intitolato "veleni nelle mascherine", basato sull'articolo pubblicato sulla rivista K-Tipp nel settembre 2021. Secondo K-Tipp nelle mascherine sono state individuate delle sostanze tossiche (inquinanti volatili) che potrebbero provocare in chi le indossa mal di testa, capogiri, irritazioni alla pelle ed all'apparato respiratorio. Come si può ben leggere nell'articolo, si tratta di residui (0,02-0,24 mg). Inoltre è specificato che al momento non esiste neanche uno studio su eventuali effetti sulla salute. Il titolo originale da K-TIPP (che si può tradurre in "sostanze preoccupanti nei materiali delle mascherine") è poi stato enfatizzato dall'Inchiesta, la quale ha parlato di "veleni" (sono sostanze che provocano gravi danni alla salute ma come appena detto non esiste nessuna prova in merito). Per chi ha timori in merito, K-Tipp fornisce pure una semplice soluzione per ridurre la presenza di questi residui: mettere le nuove mascherine al sole per due giorni o in forno a 50-60 gradi per mezz'ora.

Il deputato Pamini poi crea confusione parlando della cattiva qualità dell'aria nelle aule, misurabile con la quantità di CO2 presente. Questa cattiva qualità è indipendente dal Covid (l'UFSP ha effettuato uno studio nel 2013-2015, quando la pandemia non c'era ancora, il virus al massimo ha amplificato il problema (non si respira "solo" la troppa CO2 presente ma pure l'agente patogeno). Arieggiare bene e frequentemente fa sicuramente bene ad entrambi i problemi e la cosa deve essere implementata.

Sul sito del gruppo di genitori si cita lo studio americano del CDC (Centers for Disease Control) (<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7021e1.htm>) effettuato nelle scuole elementari della Georgia tra novembre e dicembre 2020. I risultati: l'incidenza del Covid è stata del 37% inferiore nelle scuole dove i docenti e lo staff hanno indossato le mascherine e del 39% nelle scuole che hanno migliorato l'aerazione. Sembrerebbe quindi che arieggiare meglio da gli stessi risultati (addirittura un 2% in più) nell'abbassare l'incidenza dei casi rispetto all'usare la mascherina (da specificare che gli allievi non l'indossavano, ma i docenti). A mettere un qualche dubbio il capitolo "limitazioni", dove si dice pure (basandosi su quanto detto dai rappresentanti scolastici) che in ben il 50% delle scuole non c'è la certezza che l'implementazione della ventilazione sia stata effettivamente messa in pratica. Questo studio non dimostra che le mascherine alle elementari non sono efficaci (lo sono: se applicate senza miglioramento dell'aerazione e se indossate dai docenti), dimostra che la migliorata ventilazione delle aule è un metodo che porta agli stessi risultati. Quindi se si può evitare di portarla, specialmente in bambini così piccoli (che difficilmente la sopporterebbero), meglio così, a patto appunto di migliorare la qualità dell'aria.

A dimostrazione che le mascherine sono efficaci, il CDC ha svolto un nuovo studio nelle scuole di diversi distretti dell'Arkansas tra agosto e ottobre 2021. Si tratta delle scuole K-12, le quali comprendono le primarie e le secondarie ed hanno quindi un intervallo di età molto ampio che va dai 5-6 anni ai 17-18 anni

(non solo bambini ma pure adolescenti). Nei distretti in cui a scuola si sono usate le mascherine, l'incidenza dei casi di Covid è risultata del 23% inferiore rispetto a quelli nei quali non è stata indossata.

(<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7110e1.htm>)

Nello studio effettuato nel 2021 in diverse scuole della Catalogna da Coma e colleghi (https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4046809), citato da Pamini, le conclusioni sono che in queste scuole (che comprendono quelle con bambini che vanno dai 3 agli 11 anni), l'utilizzo obbligatorio della mascherina non ha portato ad una rilevante diminuzione dell'incidenza dei casi. Nello studio si dice che l'incidenza dei casi aumenta con l'aumentare dell'età. Visto che fino a 11 anni sia i casi di Covid rilevati che l'efficacia della mascherina nel ridurli è limitata, si potrebbe quindi dedurre che questa efficacia è maggiore tra gli 11 ed i 18 anni e cioè in scuole come le medie e le post-obbligatorie.

Un'importante annotazione sull'aumento del CO2 con relativi possibili problemi: la maggior parte degli studi non misurano la PCO2, ossia il livello di anidride carbonica nel sangue (è quello il parametro più importante per vedere ev. effetti sull'organismo) ma la PTCO2 o la ETCO2. La PTCO2 è una misurazione transcutanea (che dovrebbe dare un'idea del CO2 sanguigno): la revisione della letteratura e meta-analisi di Conway (DOI: [10.1136/thoraxjnl-2017-211466](https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2017-211466)) dice che da valori molto differenti rispetto al sangue e quindi non è molto affidabile. La ETCO2 (End-Tidal CO2) invece è una valutazione esterna al corpo e cioè la concentrazione di CO2 raggiunta nella fase finale dell'espirazione. Nessuno degli studi citati da Kieselinski comprende misurazioni sanguigne dell'anidride carbonica.

Per quanto riguarda il presunto "effetto Foegen" secondo il quale l'inalazione profonda di virioni trattenuti dalle mascherine porterebbe addirittura ad un aumento del tasso di mortalità da Covid, con i dati di alcune contee del Kansas che secondo il medico proverebbero questo effetto:

cominciamo col dire che Foegen non è affiliato ad alcuna università o centro di ricerca e che il fatto di auto-attribuire il proprio nome ad un presunto effetto non è indice di grande modestia...

<https://healthfeedback.org/claimreview/scientific-evidence-shows-mask-wearing-effective-at-limiting-community-transmission-claims-face-masks-increase-mortality-based-on-flawed-correlation-studies/>

Ma veniamo al dunque e quindi al presunto effetto: si tratta solamente di un'ipotesi, non supportata da alcuna prova! La mortalità più alta nelle contee del Kansas con obbligo della mascherina rispetto a quelle senza obbligo può essere dovuta a moltissimi fattori (ci sono troppe variabili in gioco per trarre delle conclusioni): età della popolazione, effettivo utilizzo della mascherina, utilizzo corretto della mascherina, aree rurali o cittadine, ospedali nelle vicinanze e loro qualità e occupazione, presenza di altre misure restrittive concomitanti (limitazioni negli assembramenti, chiusure di attività, divieto di grandi eventi ecc.). Se si voleva fare uno studio in ordine queste variabili andavano considerate! Si tratterebbe comunque solamente di alcune contee di un singolo stato degli USA, non di diversi stati mondiali.

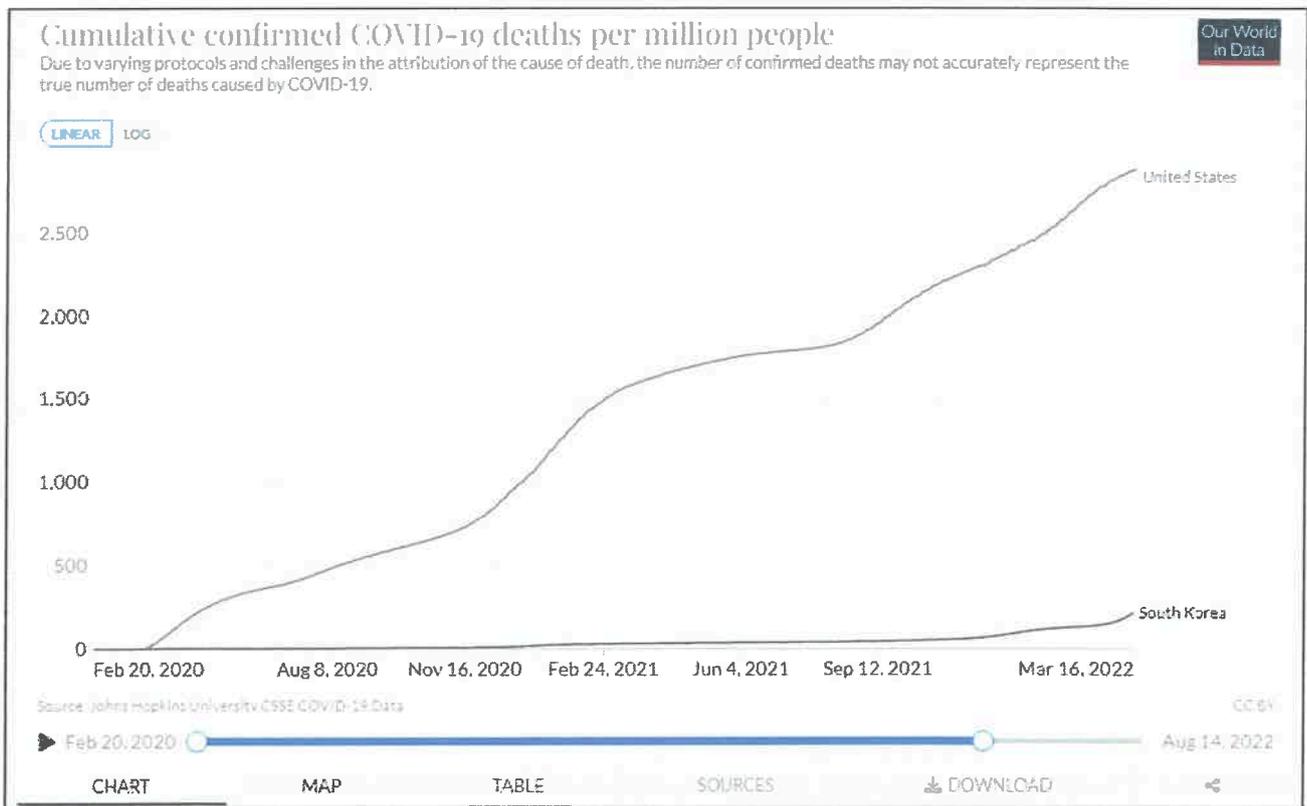
Sul grafico con i casi di Covid per 100.000 abitanti a livello nazionale, con distinzione tra stati con obbligo di mascherina e senza obbligo (libertà di scelta): per gli USA un grafico a livello nazionale (somma dei casi) non ha nessun senso in quanto ogni stato ha introdotto misure (non solo l'utilizzo della mascherina!) diverse e quindi l'analisi va differenziata. Ma anche a livello dei singoli stati ci sono troppe variabili in gioco e quindi non si possono trarre conclusioni affrettate (bisogna analizzare misura per misura, vedere la tempistica dell'introduzione, vedere se esse sono state introdotte singolarmente o no ecc.). Pamini non ha ancora capito che la realtà è molto più complessa di quello che si pensa... Scegliere di prendere un grafico di questo tipo e sperare di trarre delle conclusioni è un approccio al problema molto superficiale...

Per quanto riguarda il grafico sul Kansas: stesso discorso sulle variabili. Inoltre Pamini è talmente concentrato nel guardare al dettaglio per criticare il CDC, da perdere completamente di vista l'insieme e cioè che da settembre a dicembre le contee con obbligo della mascherina hanno avuto chiaramente un'incidenza dei casi minore! Dal grafico sembra proprio che a medio termine l'effetto positivo ci sia...

Si ricorda che per avere dei risultati dopo delle misure è necessario attendere un certo periodo di tempo.

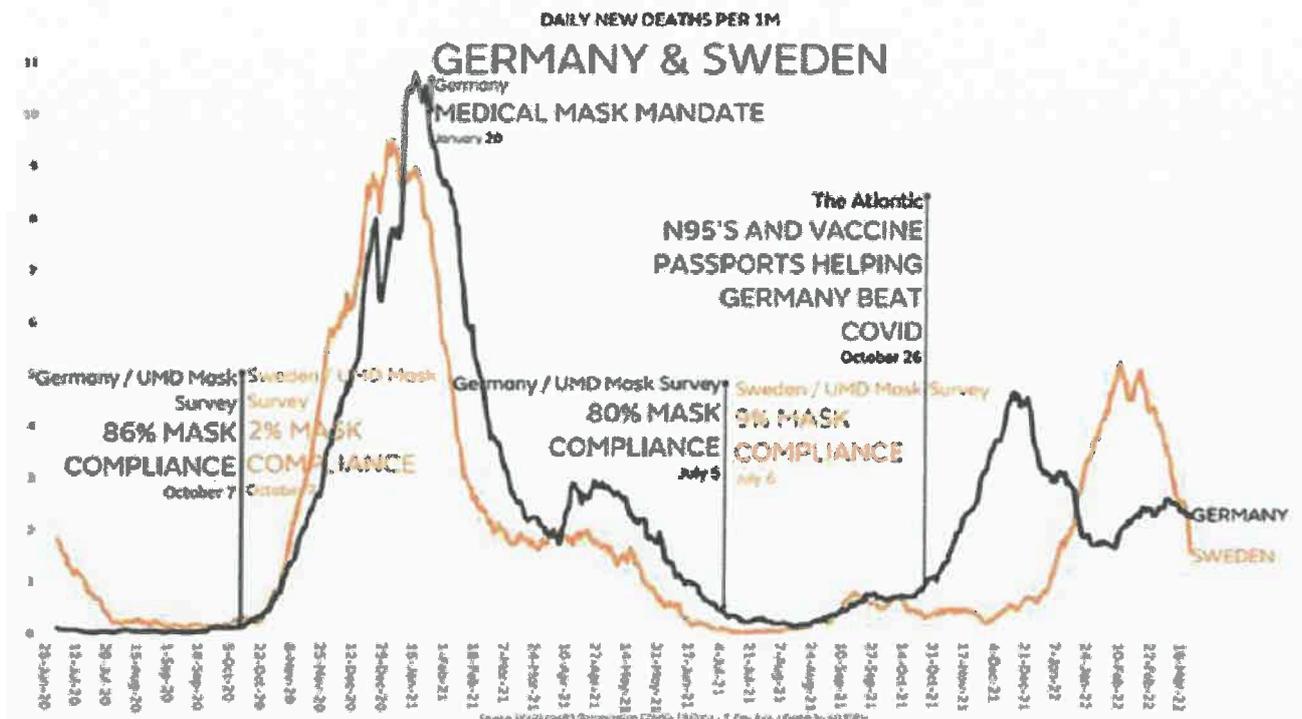
Inoltre ci teniamo pure a ricordare che il numero di casi non è il parametro più importante per determinare la gravità della situazione (dipendono dal numero di test effettuati): quelli fondamentali sono il numero di ricoverati e di decessi. Un'altra considerazione importante: le mascherine sono uno dei tanti mezzi per combattere la pandemia, non l'unico! Se fosse l'unico sarebbe molto più facile trarre delle conclusioni, invece mentre erano utilizzate sono state messe in atto in concomitanza altre restrizioni e poi sono arrivati i vaccini.

Semplicemente ridicola la lettura del grafico che confronta i casi cumulativi per 1M di abitanti tra USA e Corea del Sud: dall'introduzione dell'obbligo della mascherina nell'ottobre del 2020 fino al gennaio del 2022 (quindi per un lunghissimo periodo di tempo) i casi in Corea del Sud sono sempre stati molto inferiori rispetto agli USA, dove a livello nazionale non c'è mai stato un obbligo! Solamente dal febbraio 2022 la rotta si è invertita con la Corea a superare gli USA ma qui è subentrata la variante Omicron, molto più contagiosa ma meno pericolosa. Ed a questo punto (ma sarebbe stato meglio anche prima) i parametri decisivi per vedere l'effetto della mascherina sulla salute pubblica sarebbero i ricoveri ed i decessi, non i casi! Troppo facile su due anni di pandemia prendere l'unico punto del grafico che serve a difendere i propri interessi! Vediamo ora qual è la differenza nel tasso di mortalità (decessi cumulativi per milione di abitanti) tra Corea del Sud e USA:

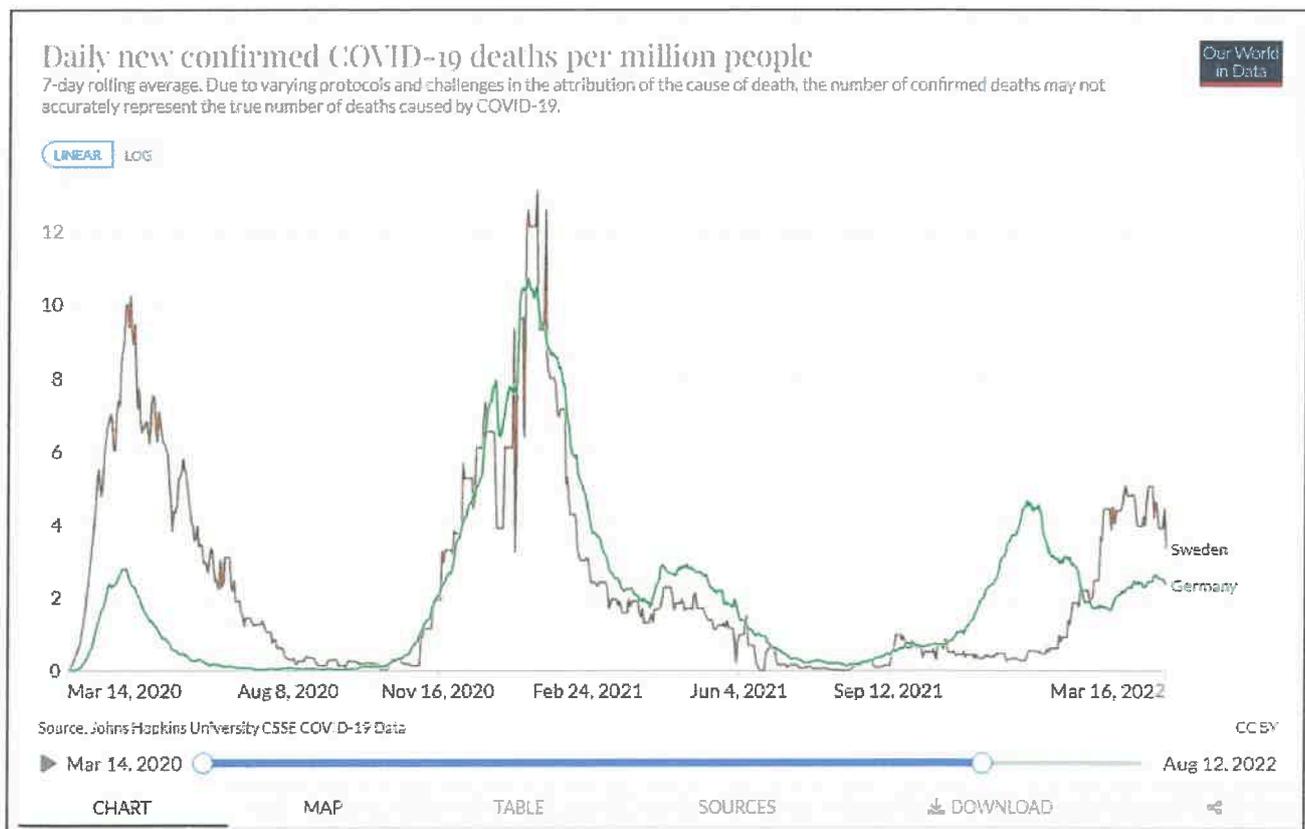


Come si può notare chiaramente, non c'è storia! La Corea del Sud, che ha adottato la mascherina per praticamente tutta la pandemia, ha sempre avuto un tasso di mortalità nettamente inferiore rispetto agli USA, dove il presidio è stato obbligatorio solamente in alcuni stati e non in maniera continuativa!

Siamo invece semplicemente senza parole per quanto riguarda il grafico presentato da Pamini sul confronto del tasso di mortalità giornaliero per milione di abitanti tra Germania e Svezia, grafico che mostrerebbe che la Svezia (dove durante la pandemia la mascherina è stata usata pochissimo rispetto ai tedeschi) ha avuto un tasso di mortalità simile, cosa che giustificherebbe che la mascherina in Germania non ha impedito la morte di molte persone. Ecco il grafico presentato:



Peccato che questo grafico sia in parte falso e incompleto! Ecco qual è quello vero, tratto dal rinomato sito di statistica Our World in Data:



La prima ondata è stata completamente tagliata: è vero che qui le mascherine non erano ancora utilizzate, però da questo pezzo omesso si vede che il tasso di mortalità della Svezia è stato nettamente più alto! L'omissione è stata fatta per evitare di dire che il famoso approccio svedese è stato tutt'altro che positivo?

La seconda ondata, al contrario di quanto si vede dal grafico di Pamini, ha avuto ancora un tasso di mortalità più alto in Svezia, e qui le mascherine in Germania si usavano molto di più!

Veniamo ora allo studio peer-reviewed pubblicato su Cureus da Beny Spira (<https://www.cureus.com/articles/93826-correlation-between-mask-compliance-and-covid-19-outcomes-in-europe>), dal quale sembrerebbe che dall'analisi effettuata su 35 stati nell'inverno 2020/2021 ci sia una correlazione tra i paesi che hanno usato di più la mascherina ed un tasso di mortalità più alto rispetto a quelli che l'hanno portata meno. Lo studio confronta la % media di utilizzo della mascherina, basato su quanto riportato dalla popolazione (chi ha detto di portarla sempre quando esce di casa). Ma l'autore e l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) sul quale si basa, come hanno fatto a fare una simile analisi? Hanno svolto un sondaggio su tutta la popolazione di questi 35 stati? Hanno svolto un sondaggio a campione (ci vorrebbero migliaia e migliaia di persone per essere rappresentativo), scegliendo le persone casualmente? Hanno inviato migliaia di formulari e se sì che domande hanno posto esattamente? Peccato che nello studio non si spiega minimamente su cosa si basi la % di utilizzo della mascherina e non viene fornito alcun numero assoluto delle persone che sarebbero state interpellate e quale sia stata la loro risposta... Dal sito dell'IHME si può solamente trovare un file excel pieno di numeri incomprensibili, inoltre da quel poco che si capisce i numeri si baserebbero su modelli teorici... Una mancanza di trasparenza (oltre al fatto che una simile analisi avrebbe bisogno di moltissimo tempo e sfide logistiche importanti) che sa di poca serietà... Pamini poi si chiede come mai nessuna autorità ha contestato questo studio... Pamini insiste sul fatto che lo studio è stato revisionato: quante settimane o mesi si sono impiegate per valutarlo? Come si può leggere sullo studio stesso sotto *Authors*: la miseria di otto giorni! Ma questa è serietà?

Ma veniamo ora all'efficacia della mascherina nel rallentare la diffusione del Covid: ci sono ben 5 revisioni sistematiche della letteratura o meta-analisi (i livelli più alti di evidenza scientifica) che la supportano:

Yanni Li e colleghi (<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.12.007>). Pubblicato sull'*American Journal of Infection Control (AJIC)* nel 2020.

Conclusioni: "The results of this systematic review and meta-analysis support the conclusion that wearing a mask could reduce the risk of COVID-19 infection. Robust randomized trials are needed in the future to better provide evidence for these interventions". Traduzione: "I risultati di questa revisione sistematica e meta-analisi supportano la conclusione che indossare una mascherina può ridurre il rischio di infezione da Covid-19. Nel futuro robusti trial randomizzati sono necessari per migliorare l'evidenza di questo utilizzo".

Jeremy Howard (<https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.2014564118>). Pubblicato su *PNAS* nel 2020.

Conclusioni: "Our review of the literature offers evidence in favor of widespread mask use as source control to reduce community transmission". Traduzione: "La nostra revisione della letteratura offre evidenze in favore dell'utilizzo ad ampio raggio delle mascherine come fonte di controllo per ridurre la trasmissione comunitaria".

Daniela Coclite e colleghi (doi: 10.3389/fmed.2020.594269), pubblicata nel gennaio 2021 su *Frontiers in Medicine*.

Conclusioni: "The findings of this systematic review and meta-analysis support the use of face masks in a community setting. Robust randomized trials on face mask effectiveness are needed to inform evidence-based policies". Traduzione: "Le scoperte di questa revisione sistematica e meta-analisi supportano l'uso delle mascherine nella comunità. Robusti trial randomizzati sono necessari per mettere al corrente le politiche delle evidenze". Nell'abstract si dice che per diminuire i tassi di infezione, le stime dei cluster RCT sono in favore di indossare la mascherina rispetto al non indossarla, ma non a livelli statisticamente significativi. Scoperte simili sono state riportate in studi osservazionali. I modelli matematici indicano un importante calo della mortalità quando la copertura della popolazione della mascherina è quasi universale.

Seyed-Amir Tabatabaeizadeh (<https://doi.org/10.1186/s40001-020-00475-6>), pubblicato nel gennaio 2021 sull'European Journal Of Medical Research.

Conclusioni: "In conclusion, this meta-analysis suggests that there is association between face mask use and reduction of COVID-19. Based on the recent publications, we must consider the likelihood of airborne transmission of COVID-19. It is rational to recommend using face masks as an acceptable advice for general population. Of course, it needs more experiments to confirm SARS-CoV-2 airborne transmission".

Traduzione: "Questa meta-analisi suggerisce che c'è una associazione tra l'uso delle mascherine e la riduzione del Covid-19. Basandoci sulle recenti pubblicazioni, dobbiamo considerare la probabilità della trasmissione aerea. È razionale di raccomandare l'uso delle mascherine come consiglio per la popolazione generale. Certamente, sono necessari più esperimenti per confermare la trasmissione aerea del Covid."

Stella Talic (DOI: [10.1136/bmj-2021-068302](https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068302)). Pubblicato sul British Medical Journal (BMJ) nel novembre 2021.

Conclusioni: "This systematic review and meta-analysis suggests that several personal protective and social measures, including handwashing, mask wearing, and physical distancing are associated with reductions in the incidence covid-19". Traduzione: "Questa revisione sistematica e meta-analisi suggerisce che varie misure protettive personali e sociali, tra le quali il lavaggio delle mani, indossare una mascherina e distanziamento fisico, sono associate con la riduzione dell'incidenza del Covid-19".

Perché Pamini in maniera equilibrata non le cita e parla solamente delle meta-analisi di Nanda e colleghi e Min Seo Kim e colleghi? Cosa dicono queste due revisioni sistematiche e meta-analisi:

Min Seo Kim e colleghi (<https://doi.org/10.1002/rmv.2336>), pubblicata su Medical Virology nel febbraio 2022.

Conclusioni: "High compliance to mask-wearing conferred a significantly better protection (odds ratio [OR], 0.43; 95% confidence interval [CI], 0.23–0.82) than low compliance. N95 or equivalent masks were the most effective in providing protection against coronavirus infections (OR, 0.30; CI, 0.20–0.44) consistently across subgroup analyses of causative viruses and clinical settings. Evidence supporting the use of medical or surgical masks against influenza or coronavirus infections (SARS, MERS and COVID-19) was weak. Our study confirmed that the use of facemasks provides protection against respiratory viral infections in general; however, the effectiveness may vary according to the type of facemask used. Our findings encourage the use of N95 respirators or their equivalents (e.g., P2) for best personal protection in healthcare settings until more evidence on surgical and medical masks is accrued. This study highlights a substantial lack of evidence on the comparative effectiveness of mask types in community settings". La prima importante cosa che dice la meta-analisi è che un'alta compliance nell'indossare le mascherine (quantità di persone che la portano) conduce ad una protezione significativamente migliore. Infatti, e non è una novità, è che visto che le chirurgiche proteggono soprattutto gli altri, per essere efficaci devono essere indossate anche dalle persone con le quali si viene a contatto (più persone le portano e meglio è: punto quindi a favore di un'obbligatorietà generale in taluni contesti!). Le FFP2 sono le mascherine che provvedono alla migliore protezione (proteggono bene chi le porta). Nella meta-analisi si dice che le evidenze a favore delle mascherine contro influenza e Covid sono deboli. Lo studio dice però pure che l'uso delle mascherine protegge contro le infezioni respiratorie in generale e che l'efficacia dipende dal tipo di mascherina. Gli autori dicono che le loro scoperte incoraggiano all'utilizzo delle FFP2 per la protezione personale, in attesa di maggiori evidenze per quanto riguarda le chirurgiche e quelle non medicali. Si conclude dicendo che al momento c'è una sostanziale mancanza di evidenza nell'efficacia delle mascherine nell'utilizzo comunitario.

Nanda e colleghi (DOI: [10.1111/jebm.12424](https://doi.org/10.1111/jebm.12424)), pubblicata nel maggio 2021 su J Evid Med.

Conclusioni: "There is limited available preclinical and clinical evidence for face mask benefit in SARS-CoV-2. RCT evidence for other respiratory viral illnesses shows no significant benefit of masks in limiting transmission but is of poor quality and not SARS-CoV-2 specific. There is an urgent need for evidence from randomized controlled trials to investigate the efficacy of surgical and cloth masks on transmission of SARS-CoV-2 and user reported outcomes such as comfort and compliance". Traduzione: "C'è una limitata

evidenza pre-clinica e clinica disponibile per il beneficio delle mascherine contro il Covid. L'evidenza RCT per altre malattie respiratorie mostra che non ci sono benefici significativi nel limitare la trasmissione ma questi studi sono di scarsa qualità e non specifici per il Covid. C'è un urgente bisogno di evidenze con trial randomizzati e controllati per investigare l'efficacia delle mascherine di stoffa e chirurgiche contro la trasmissione della Covid". Nanda in maniera onesta va dritto al punto: dalla sua analisi le evidenze sono poche (e questo non significa che le mascherine non funzionano!) ma per dei motivi ben precisi: non ci sono abbastanza studi disponibili e quelli che ci sono, sono di bassa qualità.

Come si può ben capire il discorso è complesso e non si può prendere solo quello che fa comodo per sostenere le proprie ipotesi. Comunque anche le meta-analisi "negative" non dicono chiaramente che le mascherine non sono efficaci ma che al momento le evidenze sono limitate e che urgono ulteriori studi!

Abbiamo volontariamente evitato di citare la revisione di Chu e colleghi del 2020 (a favore delle mascherine) in quanto è stata finanziata dall'OMS (sicuramente Pamini dirà che è di parte e mal fatta).

Per fare un bilancio, 5 revisioni sistematiche e meta-analisi supportano l'uso delle mascherine mentre 2 no.

Ma veniamo ora al nocciolo della questione. Pamini dice in maniera semplicistica che gli studi si dividono in due: studi di laboratorio e RCT (studi controllati e randomizzati), con questi ultimi che sono i più importanti per confermare in pratica i primi (avere la definitiva certezza dell'efficacia). In verità nella piramide delle evidenze tra gli altri in mezzo ci sono pure gli studi osservazionali, che sono stati analizzati dalle meta-analisi e che hanno una valenza abbastanza importante. Sopra gli RCT invece ci sono le revisioni sistematiche e le meta-analisi, i livelli di evidenza più alta.

Il deputato nella sua mozione ribadisce più volte che gli studi di laboratorio non sono sufficienti ma che è necessario avere un RCT per avere la definitiva sicurezza sull'efficacia. Gli unici due trial RCT eseguiti (studio Danmask e studio del Bangladesh) effettivamente non hanno potuto dimostrarla.

Se non ci sono riusciti c'è un perché: per quanto riguarda alcuni temi (per es. le mascherine) gli RCT hanno dei grossi limiti poiché le variabili in gioco sono troppe, inoltre ci sono grossi problemi etici e logistici per effettuarli! Spieghiamo ora il perché di queste difficoltà. In uno studio RCT un gruppo consistente di persone viene scelto casualmente e gli viene applicato un trattamento. Un altro gruppo di persone viene pure selezionato casualmente (si tratta del gruppo di controllo) ma gli viene somministrato un placebo. L'esempio più classico è quello di un RCT per valutare l'efficacia di un farmaco o di un vaccino. Al primo gruppo viene dato/iniettato il farmaco per un determinato tempo mentre al secondo una pastiglia che non contiene niente o una soluzione che contiene acqua e sale. Entrambi i gruppi non sanno cosa ricevono. Alla fine si analizzano e confrontano i risultati dei due gruppi valutando per esempio quante persone sono guarite o non si sono ammalate in rapporto al medicamento/vaccino ricevuto e si guardano gli effetti collaterali. Per quanto riguarda le mascherine la cosa è molto più complicata in quanto chi ha il compito di portare la mascherina (per esempio tutte le volte che esce di casa o quando si entra in spazi pubblici) è ovvio che sa di portarla mentre chi non deve portarla sa che non la porta. Da un punto di vista etico poi chi non deve metterla magari è una persona a rischio o una che non vuole rischiare di prendersi la malattia. Il comportamento dei due gruppi potrebbe essere influenzato (chi non la porta magari per paura tenderà a lavarsi di più le mani o ad uscire di meno di casa), inoltre ci sono troppe variabili in gioco per poterle controllare tutte: una persona che non porta la mascherina e si infetta, non potrebbe avere contratto il virus a casa dai famigliari? Una persona che la porta e si ammala, non potrebbe darsi che la mascherina non la manipoli correttamente? Un RCT sulle mascherine di qualità probabilmente non ci sarà mai per questi motivi, allora tutti gli altri studi sono da buttare? Per fortuna ci sono almeno gli studi di laboratorio (che sono un importante punto di partenza) e gli studi osservazionali (hanno una valenza rilevante) ed è su quelli che bisogna basarsi!

Concludiamo augurandoci che il Consiglio di Stato prenda in considerazione la nostra presa di posizione e le relative critiche alla mozione Pamini, scegliendo di decretare ancora l'obbligo dell'utilizzo della mascherina in taluni contesti (specialmente negli spazi chiusi aperti al pubblico, sui mezzi pubblici, in presenza di assembramenti come per esempio nei grandi eventi, nelle scuole post-obbligatorie) nel caso di una nuova forte ondata di coronavirus. Come operatori sanitari vi possiamo assicurare che non abbiamo ancora visto un solo caso di persona ricoverata a causa di problemi causati dalle mascherine mentre di persone ricoverate con il Covid ne abbiamo viste a centinaia, anche persone di 40-50 anni che sono finite in cure intense ed hanno rischiato di morire. Per quanto riguarda adulti, anziani e malati, la mascherina, unita alla vaccinazione ed al rispetto delle basilari regole di igiene delle mani e distanziamento, deve rimanere un mezzo importante nella prevenzione del Covid-19. Auspichiamo pure che i quotidiani che ci leggono in copia possano parlare della mozione Pamini e delle nostre criticità, pubblicando la nostra lettera in maniera integrale sul loro sito.

AMICI CONTRO LA DISINFORMAZIONE

La lettera è stata citata sulla Regione del 13 settembre 2022, in un articolo in cui il dottor Mattia Lepori (vice capo area medica dell'EOC, in prima linea durante la pandemia), ha criticato fortemente la mozione Pamini e parlato della grande importanza avuta dalle mascherine.

Ci auspichiamo che la commissione sanità (lettera spedita nel marzo del 2023) ci prenda in considerazione nella valutazione della mozione Pamini (augurandoci che venga respinta da essa e poi dall'intero Parlamento) e che abbia il coraggio di pubblicare la nostra presa di posizione integrale sul sito del Cantone, nella pagina degli atti parlamentari in cui si trova la mozione (come allegato). Non si tratta di un tema banale ma di un presidio che nel caso di una nuova pandemia (ci si augura non ne arrivino più) può salvare delle vite umane e la popolazione e tutti e 90 i deputati devono venire a conoscenza della nostra analisi. Soprattutto devono venire a sapere delle imprecisioni, esagerazioni, cattive interpretazioni, lettura superficiale, approccio non equilibrato ecc. di Pamini sul tema mascherine. Che la pianti ad atteggiarsi a medico o scienziato e si concentri nel fare l'economista! Siamo rimasti un po' delusi dal Consiglio di Stato che seppur giustamente sostenendo l'uso della mascherina non ci ha citati nella sua risposta alla mozione e non ha citato le nostre valutazioni e osservazioni, le quali secondo noi sono più forti di quelle da lui citate e l'avrebbero aiutato a sostenere le sue tesi.