

L'Emergenza Covid e la strage delle coscienze

Nota: ad articolo già pubblicato, ci siamo accorti di un'imprecisione nel citare un testo di alcuni nostri detrattori, oltre che di un paio di aspetti che meritavano di essere meglio definiti (l'abbiamo fatto adesso aggiungendo due note, la 2 e la 5). Sostituiamo quindi la precedente versione con questa, leggermente riveduta.

Una strage tuttora in corso

La grande montatura medico-spettacolare nota come Emergenza Covid-19 dovrebbe essere ricostruita seguendo due filoni: da un lato il gonfiaggio dei “casi” (compresi i morti per altre patologie) attraverso l’abuso dei test diagnostici detti “tamponi”; dall’altro l’aggravamento della malattia attraverso il boicottaggio sistematico, da parte delle autorità sanitarie nazionali e internazionali, di ogni cura efficace o anche solo promettente nell’affrontare il morbo. Se al primo aspetto accenneremo brevemente (visto che influirà anche nel determinare il “successo” dell’attuale campagna militar-vaccinale), ci concentreremo ancora una volta sul secondo: da un lato perché negli ultimi mesi, in Italia, la questione delle cure domiciliari ha visto nuovi e scabrosi capitoli; e dall’altro perché, sotto i nostri occhi e sulla nostra pelle, continua a consumarsi una vera e propria strage di Stato silenziosa, che non può e non deve essere ignorata da chi tiene minimamente a cuore la propria sorte e quella dei propri simili.

Senza ripercorrere tutta la storia di quali e quante cure sono state negate (servirebbe un libro, o almeno un documentario)¹, cerchiamo di inquadrare brevemente che cos’è il Covid-19 da un punto di vista sanitario (e almeno dal nostro punto di vista, con tutti i limiti costituiti dal fatto che non siamo né medici né scienziati). Si tratta, a quel che appare, di una *strana* sindrome influenzale di origine virale che, a differenza di altre, può determinare un’infezione di *tutti* gli organi del corpo; e che, *se non viene opportunamente curata*, può *in alcuni casi* condurre alla morte o determinare danni fisici anche permanenti. Al di là di quali cure possono essere adottate, la loro efficacia dipende comunque dalla *tempestività* con cui si interviene: se ci sono molte persone che si sono curate con rimedi artigianali, casalinghi, naturali, o che sono guarite spontaneamente, in caso di sintomi pesanti e di individui compromessi dall’età, o da malattie pregresse, cercare di bloccare l’infezione sul nascere è una semplice questione di buon senso. Lo si può fare in una molteplicità di modi: ricorrendo ad alcune vitamine (come la C e la D), proteine (quercetina e lattoferrina), antinfiammatori (come il nimesulide), antivirali (china e derivati), eventualmente associati ad antibiotici (in caso di coinfezione batterica) e anticoagulanti (cortisonici ed eparina, qualora vi sia coagulazione del sangue). Viceversa, ignorando,

¹ Su queste vicende si veda il recente: *Covid: le cure proibite*, di Massimo Mazzucco
https://www.youtube.com/watch?v=Gc-qPDQiRDY&ab_channel=MarcoCerroniMarcoCerroni

A questa pagina si può invece trovare una notevole raccolta di materiali sull'argomento:

<https://pensieriprovinciali.wordpress.com/2021/04/26/100-000-morti-di-tachipirina-e-vigile-attesa/>

denigrando, boicottando le indicazioni di molti medici e scienziati onesti, le autorità sanitarie internazionali (come l'OMS e le varie agenzie del farmaco) hanno diffuso fin dall'inizio un Protocollo di cura *fatto al contrario* e assolutamente *criminale*, basato sul principio della “vigile attesa”: non far niente durante i primi giorni di sintomi, attendendo che più pazienti possibili si aggravino e finiscano in ospedale². Se questo ha legato le mani ai sanitari più coscienti (che agendo di testa loro sono chiamati a rispondere *penalmente* in caso di problemi, rischiando denunce anche per *epidemia colposa*), ha pure contribuito fin da subito ad accentrare la “cura” della malattia negli ospedali. Questi, oltre ad andare in affanno (dando così un po' di sostanza all'allarme mediatico), si sono trasformati velocemente nei principali focolai di contagio, aggravando un problema sanitario che poteva essere contenuto e fungendo da volano di un'Emergenza che non ha cessato di autoalimentarsi.

È vero, come ricorda più d'uno, che questo meccanismo ha trovato la strada spianata da anni di tagli alla medicina territoriale, e di accentramento della sanità all'interno delle grandi strutture ospedaliere. Ma è vero anche – senza di che il quadro è monco – che in Italia ci sono tuttora 44.000 medici di famiglia che potevano essere messi in condizione di operare, e che invece sono stati lasciati a casa a prescrivere per telefono la tachipirina (che non allevia l'infiammazione, ma la aggrava), oppure mobilitati negli ospedali (dove solo nel nostro Paese circa 400 sanitari, tra medici e infermieri, hanno trovato la morte durante la cosiddetta “fase 1”). Più che per i tagli, l'aziendalizzazione della sanità ha contribuito a costruire e alimentare l'Emergenza in un altro senso. Secondo quel principio neoliberale di “autonomia” che a partire dagli Novanta ha letteralmente *contagiato* ogni servizio pubblico (per citarne solo alcuni, le scuole e le università), le strutture sanitarie ricevono finanziamenti secondo i *risultati* prodotti e le *esigenze* esibite. Come ha ricordato anche Guido Bertolaso in un'intervista³, in nome dell'Emergenza ogni ospedale riceve dai 1000 ai 2000 euro al giorno per ogni paziente classificato come “caso-covid”, con il massimo del *montepremi* per i giorni di terapia intensiva. Chiaro come questo abbia sia favorito il ricovero indiscriminato nei reparti-covid di chi aveva sintomi appena compatibili con quelli della malattia, sia incentivato il ricorso *facile* ai reparti di rianimazione, con

² In realtà, nella prima frase dell'Emergenza (febbraio-maggio 2020), ad essere negato è stato più l'intervento dei medici che le cure in sé e per sé. Mentre la prima nota dell'Aifa (17 marzo 2020) prevedeva proprio l'uso di quei farmaci (idrossiclorochina e azitromicina) poi più ferocemente boicottati, in quel periodo erano *i medici stessi* ad esser tenuti lontano dalla casa dei pazienti, con una serie di prescrizioni volte a impedirne l'intervento (tra le quali, in caso di contatto coi pazienti, comunque fortemente scoraggiato, l'uso obbligatorio di mascherine FFP2, che non sono state disponibili prima della fine di marzo), sotto minaccia di denuncia per *epidemia colposa*. A questo proposito si legga questa intervista alla dottoressa bolognese Maria Grazia Dondini:

https://www.lanuovabq.it/it/medici-di-base-impotenti-ma-ho-continuato-a-curare?fbclid=IwAR2yIIOe4TSKJaS3_ANudfROfWI52FesTaYzeZUeQHvij8AGiee4aheoZoU

utile anche a capire una serie di meccanismi con cui fin dall'inizio si è gonfiato il numero dei casi e concentrato tanto l'intervento quanto i pazienti negli ospedali. L'attacco vero e proprio agli schemi terapeutici su cui si basano le cure domiciliari precoci comincia in realtà alla fine di maggio, con la campagna pseudo-scientifica contro l'idrossiclorochina. Su quest'ultima vicenda in particolare confronta ancora Mazzucco, *cit.*, oltre che il nostro articolo precedente *L'affare Covid*.

³ <https://www.secoloditalia.it/2020/11/covid-bertolaso-2000-euro-per-ogni-ricoverato-in-terapia-intensiva-ce-un-listino-prezzi/>

l'unico limite costituito dall'onestà o dal "buon cuore" del primario e del capo reparto di turno. Se a tutto ciò si aggiunge l'assurdità di *scoraggiare* le autopsie (svolte solo alla fine di aprile 2020 da alcuni medici che hanno disobbedito alla nota circolare del Ministero della Salute), col risultato di scoprire in ritardo la coagulazione del sangue e di far morire decine di migliaia di persone nelle terapie intensive; il clima determinato dall'allarme mediatico (con migliaia di persone che ai primi sintomi affollavano i pronti soccorsi, e medici di base che non visitavano i malati per paura di contrarre la nuova peste); gli effetti psicosomatici generati dalla paura e dalla reclusione sui sistemi immunitari della popolazione; e infine quelli *materialmente* prodotti dalla disorganizzazione sanitaria sulla cura di tutte le altre patologie, con centinaia di migliaia di visite e interventi saltati, annullati, rinviati... avremo forse il quadro completo. La logica dell'Emergenza, della quale sono responsabili tanto i media ufficiali quanto le autorità medico-scientifiche e i vari governi, ha trasformato un problema sanitario di relativa pericolosità in una tragedia planetaria, facendo *strage* di milioni di individui.

Come la logica dell'Emergenza ha affossato ogni cura

Come ogni altro ambiente regolato da organizzazioni e logiche autoritarie, anche la Comunità medico-scientifica obbedisce a norme e convenzioni eterogenee, spesso in contraddizione tra loro e ancor più spesso modulabili a piacimento. Più che il ginepraio delle norme, a determinare il da farsi, in ultima istanza, è sempre chi ha il potere di interpretarle ed applicarle. La stessa logica dell'Emergenza (che implica *sempre* risposte eccezionali e straordinarie) può essere usata a piacimento in almeno due sensi: calpestando ogni cautela, o viceversa richiamando alla massima precauzione. Se per quanto riguarda i vaccini si è seguito senza esitazione il primo approccio (immettendo sul mercato dei ritrovati *sperimentali* testati nel giro di pochi mesi), sul fronte delle cure ci si è più volte appellati al secondo, boicottando sul nascere ogni sperimentazione o squalificandone il valore, spesso a dispetto di ogni logica ed evidenza. Vediamo come.

Mentre la propaganda inondava la popolazione mondiale con informazioni tanto allarmanti quanto contraddittorie, nell'ambito più strettamente medico si approntava un preciso dispositivo di discorso: siccome siamo in presenza di un virus completamente nuovo, *non abbiamo a disposizione nessuna cura di provata efficacia*. Cosa significa concretamente? Il modo in cui si guarda e si nomina la realtà produce delle conseguenze. Così anche la malattia chiamata Covid-19 può essere osservata da due punti di vista: o valorizzandone i tratti comuni ad altre influenze (che siano più o meno lievi, più o meno gravi), oppure enfatizzandone la *novità* in senso assoluto. Non tener minimamente conto del primo aspetto è stata una scelta deliberata: sia perché il Covid-19 è un'influenza che agisce come tante altre (determinando infiammazioni più o meno estese, e conosciute nei loro meccanismi di azione), sia perché si tratta di un parente prossimo delle due SARS precedenti: quella cinese del 2003 e quella mediorientale del 2012 (la MERS), entrambe generate da coronavirus e diverse volte più letali di quella odierna. Così, mentre in Cina si risolveva

velocemente il problema anche rimettendo mano agli studi sull'idrossiclorochina di quasi vent'anni prima (e altri Paesi, come Cuba, Venezuela, Vietnam, Corea del Sud e infine Australia e Nuova Zelanda, con o senza *lockdown*, seguivano più o meno la stessa strada, lasciando dietro di sé un numero contenutissimo di morti), in Occidente si mettevano più ostacoli possibile tanto a chi curava la malattia affidandosi al proprio buonsenso (e a farmaci comunemente utilizzati contro le polmoniti interstiziali), quanto, se non di più, a chi cercava di *provare* l'efficacia di determinate terapie secondo parametri scientifici. Ciò che è toccato in sorte, per fare solo un paio di esempi, sia all'illustre Didier Raoult (che nel 2020 vede interrotti dalle autorità francesi gli studi sull'idrossiclorochina condotti presso l'Ospedale Universitario per le Malattie Infettive di Marsiglia) sia, alle nostre latitudini, al meno noto Giuseppe De Donno, le cui sperimentazioni sul plasma iperimmune (o plasmaferesi) presso l'ospedale di Mantova *si inceppano* inspiegabilmente quando comincia a occuparsene l'Istituto Superiore di Sanità, mentre il reparto del medico mantovano viene addirittura perquisito dai NAS⁴ (e tutto questo nonostante la plasmaferesi venga sperimentata con successo in altri Paesi, come ad esempio il Venezuela e la stessa Cina). Se fin qui siamo di fronte al *terrorismo sanitario* di Stato più spicciolo e brutale, contro la nota esperienza di cura dei medici di base (come quelli del Movimento Ippocrate, o del Comitato italiano per la Terapia Domiciliare) vediamo all'opera una logica ancora più sottile e perversa. Di fronte agli innegabili risultati ottenuti da questi medici (pochissimi ricoveri e quasi nessun morto), si invoca l'assenza di *studi clinici controllati* che dimostrino in modo incontrovertibile l'efficacia delle cure. Conviene qui capire di cosa si stia concretamente parlando. Con l'espressione *studi clinici controllati* si intendono sperimentazioni effettuate su un numero ristretto di volontari a partire da precise metodologie, tra le quali la più rigorosa è la sperimentazione detta *in doppio cieco*. Quando si adotta questo approccio, gli individui che fanno da cavie vengono divisi più o meno a metà tra un gruppo cui viene somministrato il medicinale da testare e un altro (detto "gruppo di controllo") al quale viene fatto assumere un placebo, senza che né gli sperimentatori né i volontari sappiano a chi venga somministrato l'uno o l'altro. Non solo condurre una sperimentazione di questo tipo per il Covid sarebbe aberrante da un punto di vista etico⁵ (visto che a una parte dei *malati* sarebbero negate le cure), ma per dei medici di base sarebbe del tutto impossibile, o almeno controproducente, condurre anche sperimentazioni d'altro tipo. Con quali *strumenti* potrebbero mai farlo, *all'interno delle case*? E chi tra loro potrebbe mai dedicarsi alla raccolta dei dati (attenzione: *non* i dati sugli *esiti*: guariti, ricoveri, morti, che sono verificabili presso le ASL/USL, ma quelli riguardo *i decorsi*, quindi lo stato di salute generale dei pazienti, le terapie impiegate, la posologia dei farmaci utilizzati, il miglioramento o peggioramento

⁴ Cfr. Mazzucco, *cit.*

⁵ Ciò non toglie che esperimenti di questo tipo siano stati effettivamente compiuti, con modalità assolutamente *scorrette* da un punto di vista scientifico oltre che etico, proprio nel quadro della campagna internazionale contro l'idrossiclorochina (a partire dal maggio-giugno 2020). Per avere un'idea della scorrettezza, si visiti la pagina dell'Aifa in cui questi "studi" vengono riassunti: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/idrossiclorochina%20update05_22.12.2020.pdf tenendo presenti due aspetti: 1) l'idrossiclorochina, come praticamente *tutte* le cure per il Covid-19, è efficace se somministrata entro i primi 3-4 giorni di manifestazione dei sintomi, e 2) il dosaggio normalmente previsto è 400 mg al giorno. Come ciascuno potrà constatare, questi "studi" sono stati tutti effettuati in ospedale e/o a diversi giorni dalla comparsa dei sintomi, ma quel che è peggio con un evidente *sovradosaggio* del medicinale (con punte di 800 mg al giorno!).

giornaliero dei sintomi ecc.), se non sacrificando tempo ed energie preziosi già dedicati a *curare* contro intralci istituzionali di ogni sorta, per poi magari vedersi ancora negare dalla (tecno)burocrazia i risultati ottenuti?

Una vicenda più recente, e tuttora in corso, illumina pure un altro aspetto della questione. Data l'alta popolarità raggiunta dal Comitato per la Terapia Domiciliare (la cui pagina facebook conta, nel momento in cui stiamo scrivendo, quasi 500.000 iscritti), nel febbraio scorso Mario Draghi si convince a dare un segnale, nominando il dottor Giuseppe Remuzzi come consulente per le cure domiciliari. Direttore dell'Istituto per la ricerca farmacologica "Mario Negri" di Milano, Remuzzi è estraneo sia al Comitato sia al Movimento Ippocrate, ma è comunque un sostenitore della necessità di "superare" la linea della «vigile attesa», intervenendo contro il Covid fin dai primi sintomi. Si tratta quindi del personaggio ideale per assicurare i medici, tentare una mediazione prima che qualcuno perda la pazienza e, soprattutto, continuare a *prendere tempo*.

A partire da questa "svolta", il dottor Remuzzi e il collega Fredy Suter, all'interno dell'Istituto "Mario Negri", stanno svolgendo la sperimentazione di un Protocollo domiciliare precoce *ridotto all'osso*: niente tachipirina, per fortuna, ma nemmeno idrossiclorochina, proteine e vitamine. Soltanto aspirina e antinfiammatori ai primi sintomi, con l'aggiunta di antibiotici in caso di coinfezione batterica e di cortisonici ed eparina per l'eventuale coagulazione del sangue. Nonostante l'evidente laconicità (per non dire *incompletezza*) di questo Protocollo, i risultati sono già promettenti, con un abbattimento del 90% dei giorni di ospedalizzazione⁶. Se per chi conosce la lunga vicenda delle cure domiciliari si tratta davvero di una *scoperta dell'acqua calda*, l'aspetto più significativo di questa ricerca milanese è che si tratta di uno *studio retrospettivo*: invece di adottare il *doppio cieco*, Remuzzi e Suter somministrano le cure a *tutti* i volontari, per poi confrontare decorsi ed esiti con le cartelle cliniche pregresse di malati dalle caratteristiche analoghe (per età, stato di salute generale ecc.) che non hanno potuto beneficiare di cure precoci, attraverso l'utilizzo di un algoritmo. Se non possiamo ancora sapere quanto si terrà conto di questa ricerca (e scommettiamo che, nel farlo, il suo *uso* politico sarà considerato maggiormente del suo *valore* scientifico), essa ci dice chiaramente una cosa: ammesso e non concesso che degli *studi clinici controllati* fossero necessari, questi erano possibili già *da prima*. Mentre se ne contestava l'assenza, e se ne rendeva impossibile lo svolgimento, tutto è stato detto e fatto fuorché promuoverli o anche solo permetterli. Dobbiamo aggiungere ancora altro per svelare la frode? Crediamo di no. Tuttavia, c'è un ultimo capitolo che merita di essere raccontato.

Il gioco delle tre carte

Il 4 marzo scorso, alcuni medici del Comitato italiano per la Terapia Domiciliare, col consueto patrocinio dell'avvocato Grimaldi, ottengono dal TAR del Lazio l'annullamento del Protocollo della "vigile attesa", con la facoltà per tutti i medici di

⁶ <https://sinistrainrete.info/articoli-brevi/20334-istituto-mario-negri-curare-il-covid-19-a-casa-studio-clinico-su-un-possibile-trattamento-precoce.html>

poter curare i pazienti «secondo scienza e coscienza» senza più rischiare ripercussioni legali. Di fronte a questa sentenza, che rischia di far tremare seriamente tutta l'impalcatura della “nuova normalità”, il governo decide di giocare su due tavoli, ricorrendo al trucco più vecchio del mondo: quello di dividere i compiti tra uno sbirro cattivo e uno “buono”⁷.

La parte del “buono” tocca al viceministro della salute Pierpaolo Sileri, inviato a trattare con i medici del Comitato. Dopo aver farfugliato qualcosa sull'assenza dei dati, Sileri fissa col Comitato un incontro in cui saranno presenti anche Matteo Bassetti (capo di AGENAS, l'ente che coordina le “cure” per il Covid a livello nazionale) e lo stesso Remuzzi, divenuto ormai il mediatore ufficiale tra i medici fedeli ad Ippocrate e i manutengoli della Region di Stato.

La parte del cattivo, ovviamente, se la assume chi non ha più alcuna faccia da perdere: il ministro Speranza. La sua prima mossa, quasi scontata, è fare ricorso al Consiglio di Stato contro la sentenza del TAR, giocando l'ultima carta rimasta: meglio il vecchio Protocollo che *nessun* Protocollo. Quando, il 22 aprile, si tiene l'udienza, Speranza vince il ricorso *proprio perché non ha niente in mano*: i giudici del Consiglio si lasciano convincere che l'assenza di un Protocollo unico nazionale determinerebbe un grave vuoto di procedure.

Proprio il giorno dopo, 23 aprile, avviene l'incontro tra AGENAS e i medici del Comitato, convinti nonostante tutto di avviare la discussione sulle nuove linee guida. Non sanno di assistere a un vero e proprio gioco delle tre carte, e che nel giro di poche ore saranno ancora beffati.

In un'intervista al “Messaggero” del 24 aprile ⁸, infatti, Sileri annuncia che, *a neanche ventiquattr'ore dall'inizio dei lavori*, il “nuovo” Protocollo è inspiegabilmente già pronto. Il 26, al momento della pubblicazione sulla Gazzetta ufficiale, viene svelata la beffa: si tratta del *vecchio* Protocollo della “vigile attesa”, con tanto di avvelenamento da paracetamolo, e con la sola aggiunta di alcuni antinfiammatori (come l'aulin). Se l'uso di antibiotici è di nuovo escluso, viene sbloccata l'eparina, ma a basse dosi e solo per gli allettati in ospedale. Lasciamo perdere, ovviamente, l'idrossiclorochina, le proteine e le vitamine. Accantonate di nuovo – è proprio il caso di dirlo – «scienza e coscienza», i medici si trovano ancora con le mani legate.

Estorsione vaccinale

Cerchiamo di fare il punto. Perché tanto accanimento contro le cure domiciliari? A che gioco stanno giocando Lorisignori? Se dimostrare – e prima ancora *prevedere* – tutte le finalità di una manovra vasta come l'Operazione Covid non è semplice, bisogna essere davvero ciechi per non coglierne almeno l'obiettivo immediato: fare più vaccinazioni possibile. Se non fosse già chiaro dalla stessa propaganda mediatica,

⁷ Su queste vicende cfr. queste testimonianze dell'avvocato Grimaldi:
https://www.youtube.com/watch?v=qpYp9XSJGXc&ab_channel=LaCitt%C3%A0NewsLaCitt%C3%A0News
https://www.youtube.com/watch?v=ron8VihAato&ab_channel=MatteoGracis

⁸ https://www.ilmessaggero.it/salute/medicina/covid_cura_monoclonali_casa_antinfiammatori_cosa_cambia_farmaci_usati_novita_news-5918221.html

per come ha costruito e accompagnato l’Emergenza fin dall’inizio, si vada a guardare come l’EMA ha concesso *l’autorizzazione condizionata* (fino al 2023!) per dei vaccini apertamente sperimentali, e testati per un tempo ridicolo su un numero limitato di soggetti.

«L’immissione in commercio condizionata dei medicinali per uso umano» è regolata dalla legge europea 507 del 2006⁹. Come si può leggere all’articolo 4, si ha autorizzazione condizionata quando, «malgrado non siano stati forniti dati clinici in merito alla sicurezza e all’efficacia del medicinale», si riconosce che questo «risponde a esigenze cliniche insoddisfatte». Per tali «esigenze», «si intende una patologia per la quale non esiste un metodo di diagnosi, prevenzione e *trattamento* autorizzato dalla Comunità o, anche qualora tale metodo esista, [...] il medicinale in questione apporterà un sostanziale vantaggio terapeutico a quanti ne sono affetti» [corsivo nostro]. Mentre sarebbe tutt’altro che semplice dimostrare qualsiasi «vantaggio terapeutico» dei cosiddetti vaccini (visto, a tacer d’altro, che persino chi li ha approntati non sa indicarne efficacia e durata), continuare a squalificare ogni cura permette di esibire la mancanza di un «trattamento» che nella realtà... manca proprio perché *fatto* mancare. Dall’altro lato dell’Oceano, le leggi americane in materia stanno esattamente allo stesso modo¹⁰. Al di là dell’aspetto meramente legale, sono gli *effetti* della malattia non curata (insieme alla montatura scientifica che li accompagna) a giustificare le restrizioni dette “sanitarie”; mentre queste, a loro volta, spingono a vaccinarsi anche chi non vi è direttamente obbligato. Come ha esclamato di recente – in un momento di sconcerto dettato dalle riaperture del Texas e della Florida – la signora Leana Wen (un’accademica da salotto televisivo molto nota negli USA, e vicina all’ambiente del World Economic Forum), «se tutti cominciano a *riaprire*, quale *carota* potremo offrire alla gente per spingerla a vaccinarsi?»¹¹. Nel frattempo, si è scoperto che anche l’idea del passaporto vaccinale non è affatto sorta con la “pandemia”, visto che se ne parlava già in due documenti della Commissione Europea rispettivamente del 2018 e del 2019, per “incentivare” – se così si può dire – vaccinazioni di ogni tipo¹². Sono questi, piaccia o non piaccia, i tratti e le modalità di un nuovo *capitalismo della costrizione*, per come va nascendo sotto i nostri occhi e sulla nostra pelle.

Tra domande e disgusto

Il silenzio di gran parte del mondo “antagonista” su tutta la vicenda delle cure negate, nonché una più generale supinità di fronte alla narrazione pandemica unica del potere, fa ormai più inorridire che riflettere. Se anche non si vuole credere a *oscuri piani di Satana*, per quale motivo ci si ostina a non prendere atto di una strage sanitaria più che provata, e *dolosa* al di là di ogni ragionevole dubbio? A chi pretende di avere un punto di vista di classe più lungo degli altri, ma forse è solo accecato dai grafici del PIL, gioverà ricordare una banalità: mentre finora *non c’è stata una*

⁹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32006R0507&from=DE>

¹⁰ <https://www.fda.gov/media/142749/download>

¹¹ Intervista alla CNN del 5 aprile 2021, in Mazzucco, *cit.*

¹² <https://www.lindipendente.online/2021/05/04/i-piani-europei-per-il-green-pass-erano-gia-pubblici-20-mesi-prima-della-pandemia/>

singola “morte eccellente” per Covid – neanche una sola vedette del mondo politico, padronale, televisivo, giornalistico, scientifico che non si sia ripresa dalla malattia nel giro di pochi giorni... –, la gran parte dei falcidiati dalla sua infame gestione sanitaria sono *salariati più o meno in pensione*, ovvero... proletari. E non è troppo difficile capirne i perché (con le debite differenze di contesto, è acclarato che negli Stati Uniti la gran parte dei morti attribuiti al Covid sono afroamericani poveri)¹³. Saremo forse «anime belle» ottocentesche, ma le morti inferte alla nostra classe non ci feriscono e non ci fanno incazzare di meno quando avvengono su un letto d’ospedale, anziché sotto la pressa di una fabbrica. Non solo. A costo di esporci agli strali della retorica marxista più deteriore, ammettiamo che neppure le morti di baristi, bottegai, piccoli imprenditori e finanche «tatuatori» ci lasciano indifferenti. Si trattasse pure di camorristi e trafficanti d’organi, noi non faremmo morire *nessuno* intubato in una terapia intensiva; e non augureremmo a *nessuno* di veder sparire i propri cari in un ospedale senza neanche poterli assistere negli ultimi momenti, né poter dar loro l’ultimo saluto. Se avere un cuore, e considerare il *come si muore* tanto importante quanto il *come si vive*, significa essere dei «piccoli borghesi», confessiamo volentieri questo nostro limite inverecondo. A differenza di quanti credono che il fine giustifichi i mezzi, per noi *posso uccidere ma non torturare* resta un principio. E ancora: se anche ci se ne vuole fregare di tanti padroni, padroncini, negozianti, artigiani più o meno piccoli gettati sul lastrico (compresi quelli che vivevano solo *del proprio lavoro*, senza sfruttare nessuno), cosa si pensa dei loro dipendenti, ridotti – quando va bene – a campare di miserevoli sussidi? E dei tanti – compresi molti adolescenti, e persino diversi *bambini* – che si sono suicidati? Sono forse, questi, problemi poco prosaici, troppo metafisici? Non ci pare.

Affermare che occuparsi di idrossiclorochina non sarebbe «serio», dimostra solo l’ottusità e la spocchia di chi lo scrive, mentre non sposta di un millimetro la realtà dei fatti. Non sappiamo, e probabilmente non sapremo mai precisamente, quali meccaniche¹⁴, pressioni, convergenze di interessi tra capitali e Stati più o meno “profondi” abbiano determinato, *a livello mondiale*, una gestione tanto dissennata e criminale dell’epidemia (semmai abbiamo ipotizzato, con buone ragioni e in folta compagnia, quali componenti del Gran Capitale abbiano maggiormente spinto in questo senso). Di più: da inguaribili volontaristi quali siamo, crediamo solo fino a un certo punto a leggi più o meno oggettive del capitalismo, e ancora meno a “piani” così perfetti da non poter essere sventati – vuoi per rivolgimenti operati dalla concorrenza e dalla lotta di classe, vuoi per «sedimenti extraeconomici» (*sic!*) di tipo antropologico e istituzionale (siamo d'accordo: per noi gli individui, la cultura e lo

¹³ <https://www.focus.it/scienza/salute/usa-perche-tanti-afroamericani-muoiono-di-covid-19>

¹⁴ Tuttavia, di tali meccaniche possiamo indicare almeno la più intuibile: la *pressione* esercitata dalla stessa montatura scientifica, e da quella mediatica. Pensiamo per esempio al noto scivolone di Boris Johnson all’inizio della “pandemia”: «Siccome non vogliamo rinunciare alla nostra libertà, dobbiamo accettare che muoiano milioni di persone». Dopo le ovvie polemiche, il *lockdown* in Gran Bretagna. Dobbiamo per forza pensare a un “teatrino” pre-allestito? Bah, non siamo paranoici fino a questo punto. Possiamo pensare, invece, a qualche dottorone al servizio di Sua Maestà che – in buona o malafede – ha suggerito a Johnson la *cazzata* che poi questi ha pronunciato, con tutto ciò che ne è conseguito (canea mediatica e allineamento britannico alle *chiusure*). Che nessuno poi ci accusi di “complotto” se facciamo notare che non tutto ciò che accade è anche per ciò visibile, e che servizi segreti, apparati militari, gruppi di interesse ecc. sono *costantemente* al lavoro, stabilendo intese anche all’insaputa degli esecutivi. Stati e governi non sono la stessa cosa.

Stato hanno una loro autonomia, molto meno relativa di quanto pensino certi marxisti), vuoi, ed è quel che più ci interessa, dall'azione cosciente degli esseri umani. E forse peccheremo di eccessivo ottimismo, ma ci pare che la stessa tenuta dell'Operazione stia un po' scricchiolando. Se la svolta autoritaria c'è ed è flagrante (e non è realmente cominciata, semmai si è “vaccelerata” con l'ultima Emergenza, visto che prosegue a passi più o meno lunghi almeno dall'11 settembre 2001), per arrivare a imporla seriamente ci vuole ben altro che un anno di martellamento televisivo. Se è da vent'anni (in Italia, con varia intensità, da almeno quaranta) che subiamo restrizioni contro le lotte come contro le libertà anche più spicciole, la tendenza degli Stati – per ora – è imporre crescenti giri di vite mantenendo i paramenti della democrazia, e puntando di conseguenza sull'autocontrollo (riflessivo e reciproco) di individui tenuti in un continuo stato di tensione. Si tratta di una strategia di logoramento, efficace proprio perché lenta, capillare, pervasiva. Ma che ha anche i suoi limiti. Per imporre una vera e propria dittatura, ci vogliono infine le armi e il sangue sul selciato. Col teatrino della paura si può fare molto, ma alla lunga... la gente si stufa, e non bastano slogan sempre più ripetitivi (gli irresponsabili, il virus che corre, la movida, i benefici che superano i rischi ecc.) e la celere schierata in massa contro ogni “assembramento” (conditi da un po' di arresti e manganellate, e diverse multe regolarmente annullate in caso di ricorso) per farla rinunciare del tutto alla vita. I tanti e le tante che in questi mesi sono ripetutamente scesi in strada (per contestare i vaccini o la DAD, per violare il coprifuoco, per cantare e persino per festeggiare lo scudetto), o hanno disdetto l'appuntamento per la dose, hanno sferrato contro il baraccone dell'Emergenza coltellate più poderose di quanto immaginino. Al momento, un'insubordinazione generale e diffusa appare come la strategia più efficace per buttarne giù l'impalcatura, o almeno per limitarne gli effetti collaterali, con i quali comunque dovremo fare i conti per anni (pure se l'Operazione dovesse rientrare). Auspichiamo tra l'altro che si comincino a sferrare *colpi secchi* anche contro il passaporto vaccinale, prima di lasciar passare l'ennesima *rogna* per la libertà di tutti (compreso chi si vaccina). Se poi davvero si sta preparando una discesa agli inferi dell'alta finanza, far fallire la stramaledetta campagna vaccinale – col crollo delle azioni di borsa che ne conseguirebbe – ci sembra anche un contributo ad affrettare la crisi. Anche questo è poco «serio», o lo è piuttosto far da sponda a un inedito «bisogno sociale» di donare il corpo alla Scienza?

Oltre a ciò, dopo 17 mesi di Emergenza e assurdità, chi non intende riconoscere il dolo nella “pandemia” dovrebbe quantomeno *iniziare* a farsi carico di una lettura alternativa un po' convincente, e spiegare almeno una parte delle sue aporie. Ci venga spiegato, ad esempio, con quale logica si è accettato di contare i “casi” nei quotidiani bollettini della paura affidandosi unicamente a un test diagnostico approntato a gennaio 2020, senza vincolarlo né a sintomi né ad esami più approfonditi¹⁵; un test

¹⁵ Cfr. p.es. Marco Mamone Capra, *I vaccini al tempo del covid-19*, reperibile all'indirizzo www.dmi.unipg.it/mamone/sci-dem ma anche questa interessante intervista a Giorgio Palù, prima che fosse sistemato all'Aifa: https://www.repubblica.it/cronaca/2020/10/25/news/coronavirus_il_virologo_palù_positivo_non_vuol_dire_malato_e_contagioso_ed_e_polemica-271849490/

che è stato accettato per la pubblicazione dopo *un solo giorno* di *peer review*¹⁶; che si basa sulla ricerca di 3 minuscoli frammenti del virus su circa 30.000 basi¹⁷; che viene spesso eseguito anche oltre il limite estremo del *gold standard* (35 cicli di amplificazione della PCR)¹⁸; un test mai standardizzato né validato secondo le procedure della comunità scientifica, e per di più *tradito* nella sua concreta applicazione (con la rilevazione, fin dall'aprile 2020, anche di *un solo frammento* per decretare la positività al virus!)¹⁹. Ci venga spiegato come mai, anche quando non si facevano le autopsie, questi stessi tamponi venivano, e sono tuttora eseguiti persino sui cadaveri, pur di accrescere il numero di “casi” e l'allarme sulla letalità²⁰. Ci venga spiegato come mai l'OMS ha indicato criteri minimamente più selettivi e rigorosi per decretare la positività solo con due note pubblicate rispettivamente a dicembre e gennaio scorsi²¹, proprio in corrispondenza con l'inizio della campagna vaccinale. Ci venga spiegato, infine, perché in questo strano inizio di millennio tanti “sovversivi” continuano a esibire sufficienza verso chi manifesta dei dubbi, risparmiandosi oltretutto la fatica di informarsi, mentre sembrano aver perso l'abitudine di incalzare *i governi* sulle loro scelte e contraddizioni, anche flagranti.

Peraltro, quando certi “compagni” provano a intraprendere un discorso critico sulla gestione dell'epidemia, i risultati sono generalmente imbarazzanti. Vorremmo chiedere, a certuni di loro, come si possa blaterare di medicina del territorio senza parlare delle cure negate; come si possano invocare gli esempi “virtuosi” dei Paesi “socialisti” e orientali senza neanche accennare alle cure che vi sono state applicate; con quali ragioni insistere sulla logica (peraltro tendenzialmente poliziesca) del *tracciamento a ritroso*, quando è reso oggettivamente impossibile da migliaia e migliaia di “casi” al giorno. Ci spieghino come si possano tenere insieme vaccinazione di massa e medicina territoriale, fingendo di ignorare che la prima non potrà che sottrarre risorse alla seconda (e lo sta già facendo). Ci spieghino come intendono difendere i lavoratori della sanità quando sarà la telemedicina (dopo l'obbligo vaccinale) a ricattarli e minacciare di spazzarli via. Ci spieghino, soprattutto, *come si possa tenere il virus fuori dagli ospedali senza curare la gente a casa*. Ci spieghino con quale coscienza denunciino stragi di Stato recenti e remote, senza spicciare mezza parola contro un'ecatombe *di Stato* quotidiana.

A queste domande, che con sgomento rivolgiamo anche a noi stessi, potremmo rispondere con una frase fatta, che è riecheggiata più e più volte dall'inizio di questa situazione. *La pandemia ha davvero portato a galla ciò che già c'era, e non sapevamo né volevamo vedere*. Ma questo, se può valere per la nostra società, vale ancora di più per i cosiddetti “movimenti”. Non stiamo parlando per forza e soltanto dei vari rigurgiti scienziati, tecnofili e persino stalinisti, peraltro emersi in abbondanza fin dai primi mesi, ma di qualcosa di più profondo: una sorta di intima e costante

¹⁶ Mamone Capra, *cit.*

¹⁷ <https://sinistrainrete.info/articoli-brevi/20281-leopoldo-salmaso-covid-19-mentana-sbufalatore-distratto.html>

¹⁸ Cfr. http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=91248 ma anche questa intervista dice molto: <https://www.lanazione.it/firenze/cronaca/tamponi-molecolari-le-cose-che-non-sappiamo-1.6120151>

¹⁹ Cfr. ancora Mamone Capra, ma la cosa è arcinota.

²⁰ <https://napoli.fanpage.it/coronavirus-napoli-morti-bare/>

²¹ *Ibidem*, pp.8-9

repulsione per la verità: di se stessi, dei propri moti di sdegno, delle proprie ragioni, del mondo là fuori (e, sia detto di passata, vedervi *solo* il momento della contraddizione tra Stati, Regioni ecc., che pure c'è stato, ci sembra davvero fermarsi alla «schiuma di superficie»). Come se guardare le cose coi propri occhi, dire ciò che si vede, denunciare l'ingiustizia ed esporre le proprie istanze di felicità ai nostri complici sconosciuti fosse la cosa più indegna di un "compagno" come si deve. La miseria militante non sa più guardare il mondo né sa dirne alcunché di verace: sa solo *posizionarsi* al suo interno. Fino a tollerare l'intollerabile, fingendo che non esista. Se a questo aggiungiamo che non piace a nessuno ammettere di esser stati raggirati per un anno e mezzo, il cerchio si chiude. Siamo ancora in tempo a romperlo, se si mette da parte l'orgoglio, e soprattutto se lo si vuole.

Un amico di Winston Smith