ALETHEIA
Medicina e scienza per la proporzionalità
Medicina e scienza per l'applicazione di misure proporzionate
www.aletheia-scimed.ch - info@aletheia-scimed.ch
Aletheia c/o Postfach 1248, Bahnhofstrasse 2, 6030 Ebikon

Raccomandata (R)

Ebikon, 10 febbraio 2021

Covid-19 - Lettera aperta di medici, scienziati, imprenditori e professionisti della salute in Svizzera. A tutti i membri del Consiglio federale, del Consiglio nazionale, del Consiglio degli Stati, dei Consigli di Stato cantonali, così come all'UFSP e ai medici cantonali.

Primum non nocere, Secundum cavere, Tertium sanare

Onorevoli parlamentari,
gentili funzionari e decisori della Confederazione e dei Cantoni,

l'associazione Aletheia riunisce più di 1000 professionisti della salute, in particolare medici e infermieri, molti dei quali lavorano quotidianamente sul fronte del coronavirus. Quello che sperimentiamo nella nostra vita quotidiana, professionale e privata non ha alcuna correlazione con i rapporti e le previsioni pregne di paura che i media e le autorità diffondono quotidianamente. Se - come è stato comunicato per mesi - ci fosse una pandemia di tali proporzioni apocalittiche, le conseguenze sarebbero di tutt'altra natura.

Quello che stiamo vivendo, invece, è una politica di misure incoerenti e inconsistenti, caratterizzata da decisioni tanto incomprensibili quanto scientificamente ingiustificabili, e che non trovano alcuna legittimazione nel diritto costituzionale. Si tratta di una politica di misure che mette in pericolo gli standard di qualità e sicurezza del nostro lavoro anche nel settore sanitario. Per esempio, gli interventi dello Stato hanno esacerbato le carenze di personale, già particolarmente importanti nel periodo invernale. La massiccia interferenza delle autorità nella sovranità delle cure mediche costringe molti medici ad agire contro i loro principi etici e medici.

Estratto dalla Dichiarazione di Ginevra dell'Associazione Medica Mondiale:
"Non userò la conoscenza medica per violare i diritti umani e le libertà civili, anche sotto minaccia".

Le nostre opinioni coincidono probabilmente con quelle di una minoranza della professione medica, ma ci attendiamo che teniate in debita considerazione le argomentazioni che vi proponiamo, che consideriamo differenziate. Voi che operate nel settore legislativo o esecutivo siete responsabili degli incommensurabili danni collaterali delle misure adottate, non da ultimo anche della ormai irreparabile divisione della società, della diffamazione dei dissenzienti e dell'esclusione della popolazione dal processo di formazione delle opinioni. Entreremo più in dettaglio su questo argomento nelle considerazioni giuridiche trattate nel capitolo 16.

Il legislatore svizzero non sta adempiendo all'obbligo che gli incombe di esercitare l' alta vigilanza sul Consiglio federale (art. 169 Cost.). Finora l'Assemblea federale non ha provveduto a sottoporre le basi e l'efficacia delle misure del Consiglio federale a una verifica indipendente, critica ed efficace (art. 170 Cost.). Di conseguenza, dal marzo 2020 i meccanismi di controllo e di correzione fondamentali dello Stato di diritto svizzero non sono più in vigore a tempo indeterminato.

In considerazione del gigantesco danno economico di 138 miliardi di CHF finora accumulato (NZZ 28.11.2020[1]) e delle incommensurabili e negative conseguenze psicosociali delle misure legate al coronavirus, chiediamo alla politica, ai decisori, ai funzionari e ai media:

- prima di adottare misure vincolanti per quanto riguarda il coronavirus si informino nel processo decisionale in modo indipendente, critico e completo. Esigiamo che il dibattito politico intorno al coronavirus sia condotto pubblicamente e in modo trasparente. In particolare, chiediamo un dibattito imparziale con la partecipazione di voci critiche, evidenze scientifiche contrastanti e un'informazione da parte dei media completamente neutra;
- la revoca immediata di qualsiasi censura nei confronti dei contributi critici di esperti e la fine immediata dell'allarmismo unilaterale dell'UFSP, della task force, dei politici e soprattutto dei media;
- un riorientamento fondamentale che tenga conto della proporzionalità di tutte le misure, e questo nel dibattito pubblico, nel rispetto delle regole democratiche e delle strutture giuridiche svizzere: non abbiamo mai avuto una vera emergenza. Le attuali misure sproporzionate portano più danni che benefici alla salute pubblica, sul piano economico, fisico, mentale ed emotivo.

Non esistono prove medico-scientifiche sufficienti per giustificare l'attuale politica e le sue misure. Nella loro valutazione complessiva, sarebbe determinante che i decisori procedessero a un esame approfondito, trasparente e completo di tutti i dati scientifici globalmente disponibili, anche tra loro contrastanti, e questo anche se dovesse risultare spiacevole per la task force e se le decisioni precedenti dovessero rivelarsi errate. I media di diritto pubblico non danno abbastanza spazio a un dibattito aperto in cui vengano presentati anche punti di vista e opinioni contrastanti. I dati rilevanti sono stati elaborati, studiati e la loro evidenza confermata da studi scientifici di alta qualità, condotti da scienziati di fama mondiale e altamente qualificati. Tuttavia, gli studi pertinenti sono costantemente e sistematicamente ignorati dai nostri decisori responsabili e dai media, e in parte censurati. Questo impedisce alla popolazione di farsi un'opinione obiettiva e di valutare criticamente le misure ordinate dalle autorità. Inoltre, ogni Cantone ha i pieni poteri politici di aggiungere arbitrariamente anche le proprie misure, di dubbia evidenza scientifica. Questo è incompatibile con la nostra democrazia diretta.

"**Curare senza nuocere**" è il principio di qualsiasi atto medico. Tuttavia, i danni collaterali a breve e a lungo termine ora inflitti alla popolazione in tutti gli ambiti della vita hanno più effetti negativi e letali, in Svizzera e nel mondo, che non il numero di vittime da Covid che vengono ora salvate.

[1] https://www.nzz.ch/wirtschaft/corona-krise-138-milliarden-franken-teuer-ld.1588354

Riteniamo che le attuali misure Covid e le severe sanzioni per il loro mancato rispetto siano in contrasto con i valori della politica sanitaria svizzera, perché non ne sono soddisfatti gli elementi essenziali: "Scienza - Competenza - Qualità - Imparzialità - Indipendenza - Trasparenza". Le conseguenze dannose per la salute e psicosociali sono incalcolabili e incommensurabili, a cui si aggiunge l' annientamento economico delle aziende con la conseguente minaccia esistenziale per le persone.
La politica strettamente repressiva riguardante la situazione Covid è contraria ai principi scientificamente riconosciuti della prevenzione delle malattie, ossia:

- rafforzare il proprio sistema immunitario mediante uno stile di vita che garantisca l' opportunità di fare esercizio fisico secondo le esigenze individuali e la promozione di legami sociali nella sfera personale;
- garantire un'assistenza ottimale alle persone anziane senza rinchiuderle come carcerati all' interno di istituzioni;
- aumentare gli investimenti nel sistema sanitario, soprattutto per quanto riguarda le esigenze di cura, al fine di soddisfare le necessità attuali.

Il concetto di salute

Nel 1948, l'OMS definiva la salute come segue: "*La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale*".
La salute è quindi un concetto ampio che va ben al di là della fisicità, includendo anche il benessere emotivo e sociale dell'individuo. Quando adottano misure di salute pubblica, i politici hanno anche il dovere di includere questi diritti umani nelle loro decisioni. Si tratta di questioni assolutamente fondamentali, come la ponderazione della libertà individuale in relazione alle persone ad alto rischio, soprattutto gli anziani, e l'accettazione della morte in età avanzata. Queste questioni devono essere discusse dalla società nel suo insieme, e in nessun caso i processi decisionali in questo ambito dovrebbero essere lasciati a pochi politici e funzionari.
Gli attuali provvedimenti a livello globale e svizzero per combattere la SARS-CoV-2 violano in grande misura questa visione della salute e dei diritti umani. Sono assolutamente sproporzionati rispetto alla generale minaccia costituita dal virus.

Le nostre richieste in sintesi

La revoca immediata di tutte le misure restrittive emanate, un'informazione alla popolazione completa e basata esclusivamente sui fatti da parte della Confederazione in merito alla natura, agli effetti collaterali e ai possibili danni a lungo termine del vaccino genico, e la reintroduzione del coinvolgimento del popolo quando si tratta di misure restrittive della libertà e il ritorno alla normale (non "nuova") normalità, perché:

1. non vi è proporzionalità delle misure rispetto alla minaccia reale;
2. la SARS-CoV-2 non ha mai mostrato di essere pericolosa, come ripetutamente sostenuto da taluni virologi ed epidemiologi. Ha un comportamento temporale e stagionale come i noti virus influenzali, compreso il coronavirus apparso nel 2003;
3. benché ogni singola morte sia un'esperienza emotivamente devastante per i famigliari, non abbiamo mai raggiunto i tassi di mortalità previsti;

4. tenuto conto dei cambiamenti demografici nella struttura dell'età, mediamente non vi è alcun eccesso significativo della mortalità nel raffronto degli ultimi 10 anni;
5. gli ospedali non sono mai stati sovraccarichi e complessivamente non hanno mai raggiunto i loro limiti, nonostante le rigorose misure di risparmio introdotte nel sistema sanitario negli ultimi anni: chiusure di ospedali, diminuzione di posti letto e significative riduzioni di personale. I sovraccarichi occasionali erano predisposti, sistemici e non possono essere imputati al coronavirus;
6. le unità di terapia intensiva hanno superato di poco, solo sporadicamente e localmente, un tasso di occupazione medio del 75%;
7. le misure restrittive (lockdown) non hanno un'influenza dimostrabile sull'incidenza dell'infezione;
8. per individuare le cosiddette "persone infette" ci si avvale di un test assolutamente inadatto che non è mai stato validato (test PCR), con il quale non è possibile rilevare alcuna infezione da virus replicativo e infettivo;
9. a causa della sua inadeguatezza tale test produce enormi risultati di falsi positivi, sulla base dei quali vengono adottate misure che causano danni economici e sociali incommensurabili che le generazioni future dovranno pagare;
10. non vi è alcuna base scientifica che correla i test positivi con la pericolosità del virus, motivo per cui la marea di misure disposte non giustifica più le restrizioni delle libertà;
11. è molto probabile che il virus non possa essere sradicato con un vaccino, poiché muta troppo rapidamente e bisogna continuare a rincorrerlo, come del resto per tutti i virus influenzali;
12. molte fasi importanti nello sviluppo del vaccino a mRNA volte a stabilirne la sicurezza e l' efficacia sono state tralasciate, sia nella fase preclinica che in quella clinica;
13. lo sviluppo di un nuovo vaccino, che di solito richiede almeno da 8 a 15 anni, è stato compresso in un solo anno, per cui in realtà sappiamo ben poco della sua efficacia e, soprattutto, dei suoi effetti collaterali; è come una scatola nera;
14. a causa dell' inaccuratezza nello sviluppo del vaccino, la promozione della campagna di vaccinazione costituisce una sperimentazione sugli esseri umani, rilevante dal profilo penale;
15. vogliamo che in futuro tutti i sistemi di comunicazione si avvalgano di rapporti obiettivi, neutrali, veritieri, completi e basati su evidenze scientifiche, evitando di fomentare paura e panico. Dovrebbero astenersi da qualsiasi dichiarazione diffamatoria e insultante nei confronti dei dissenzienti e di coloro che si esprimono criticamente, concedendo loro lo spazio necessario per esprimersi liberamente nei media. Soprattutto, dovrebbero adempiere al loro obbligo di mettere in dubbio tutto ed effettuare ricerche serie e fondate, cercando di portare alla luce la "verità", per quanto sia umanamente possibile.

Proposte: Sulla base dell'esperienza e dei dati dell'anno scorso, sappiamo quali persone sono maggiormente a rischio di ammalarsi gravemente del virus o di morirne. Si tratta, indipendentemente dall'età, delle persone affette da gravi malattie croniche. Il maggiore aumento dei decessi dovuti al Covid-19 tra gli ultraottantenni è dovuto anche al fatto che in questa fascia d' età la percentuale di persone affette da malattia aumenta in modo sproporzionato in seguito ai movimenti demografici. Con una frazione della somma spesa per i danni finora accumulati a causa delle misure anticovid, si potrebbe elaborare uno specifico concetto di protezione efficiente per le persone a rischio che il nostro sistema sanitario possa facilmente affrontare. I dati dell'Ufficio federale di statistica e dell'UFSP mostrano che la percentuale di morti tra i 70enni è molto bassa e non diverge dagli anni precedenti. Queste persone non devono essere escluse dal processo lavorativo tramite misure di quarantena, e nemmeno si devono portare interi settori dell'economia sull'orlo della rovina mediante lockdown.
Auspichiamo che i nostri sforzi nel fronteggiare fattualmente la crisi Covid siano coronati da successo e che possano incoraggiare i responsabili politici, i funzionari pubblici, gli imprenditori e gli opinionisti ad attenersi ai fatti disponibili, a dibattere sulle più svariate interpretazioni degli stessi e ad agire di conseguenza. E questo a beneficio di tutta la popolazione, delle persone realmente a rischio, degli anziani e soprattutto dei giovani che un giorno si ritroveranno indebitati fino al collo.
Nell'allegato vengono analizzate e discusse le richieste di cui sopra. L'indice vi aiuterà a orientarvi.

Cogliamo l' occasione di porgervi i nostri più cordiali saluti.

Aletheia, medicina e scienza per la proporzionalità

Dr. med. Andreas Heisler, Ebikon
Präsident

Dr. med. Urs Guthauser, Berna

Fabien Balli-Frantz, Bienne

Dr. Sc. Nat. ETH Barbara Müller, Ettenhausen

Dr. Werner Michael Heller, Schüpfheim

Dr. med. Björn Riggenbach, Neuchâtel

Dr. med. Rainer Schregel, Wattwil

Dr. med. Dieter Thommen, Thun

Dr. med. Ruke Wyler, Berna

Dr. med. Thomas Binder, Wettingen

Philipp Kruse, avvocato, LL.M.

Dr. jur. Gerald Brei, avvocato,

Nonché i membri e i sostenitori di ALETHEIA - Medicina e Scienza per la Proporzionalità
www.aletheia-scimed.ch – info@aletheia-scimed.ch

Allegato:

Indice dei contenuti

1. Una pandemia pronosticata con milioni di morti 8
2. Andamento della SARS-CoV-2 9
3. Test RT-PCR di Corman-Drosten 9
4. Cicli di amplificazione, Cycle treshold (valore Ct) 13
5. Misure di lockdown inefficaci 14
6. Numero di riproduzione 15
7. Le misure non hanno effetti sul numero di riproduzione 15
8. Numero di test in relazione alle misure restrittive 18
9. Obbligo della mascherina: nessun influsso sul corso dei contagi 19
10. Nessun sovraccarico delle unità di terapia intensiva negli ospedali 21
11. Nessun eccesso di mortalità: nessun un aumento significativo rispetto al 2015 22
12. Sistema immunitario 24
13. Vaccino 26
14. Mutazione del virus 27
15. Impatto psicologico sulla società 28
16. Considerazioni di carattere giuridico 30

1. Una pandemia pronosticata con milioni di morti

Nel maggio 2009, l' OMS ha soppresso due elementi chiave dalla definizione di pandemia: i morti e i malati. In precedenza, la condizione di pandemia era data dall' enorme numero di decessi e malati diffuso in diversi Stati. Dal 2009 non è più così: ora è sufficiente che l'agente patogeno si diffonda rapidamente in diverse regioni del mondo. Che molti muoiano o si ammalino non è più un criterio per una pandemia.

- "Profiteure der Angst - Das Geschäft mit der Schweinegrippe», Arte.tv documentario del 20 ottobre 2009

I provvedimenti adottati all'inizio della "pandemia" erano comprensibili, anche se i Paesi che ci circondano hanno agito in modi diversi. A marzo l'OMS aveva originariamente riferito che il tasso di mortalità tra i 19 casi registrati era del 3,4%, percentuale si è in seguito rivelata eccessivamente elevata di oltre 10 volte. Sulla base di questi casi, l'OMS aveva previsto milioni di morti a causa di un virus altamente contagioso per il quale non esisteva alcun trattamento o vaccino. Pertanto, secondo l' OMS, ci sarebbe stata una pressione senza precedenti sul sistema sanitario, negli ospedali e nelle unità di terapia intensiva.
In questo secolo e in quello scorso è stato registrato un numero straordinario di morti per influenza. A titolo di esempio, nella primavera del 2015, abbiamo assistito a una forte ondata di influenza che ha causato circa 2500 morti in più rispetto al numero normalmente previsto. Va ricordato che, a causa del crescente numero delle persone anziane, ogni anno in Svizzera muoiono circa 500 persone in più.

- Statistica delle cause di morte 2015, Ufficio federale di statistica (UST), comunicato stampa 14.11.2017.

Le immagini di Wuhan, le suddette dichiarazioni dell'OMS e la natura della segnalazione hanno portato a uno stato di panico globale, di allarme senza precedenti nella storia dell'umanità: "Flattening the curve (appiattire la curva) è diventato lo slogan in tutto il mondo e l'intera società ed economia è stata arrestata mediante l' imposizione di lockdown, mentre le persone sane venivano messe in quarantena. La trasformazione sociale ed economica è stata dichiarata la nuova normalità. La gente aspettava un vaccino prima che le misure potessero essere invertite. Da allora l'atmosfera di panico e le paure sono state mantenute costantemente alte dai media, i quali pubblicano articoli scientificamente infondati e sempre più unilaterali.

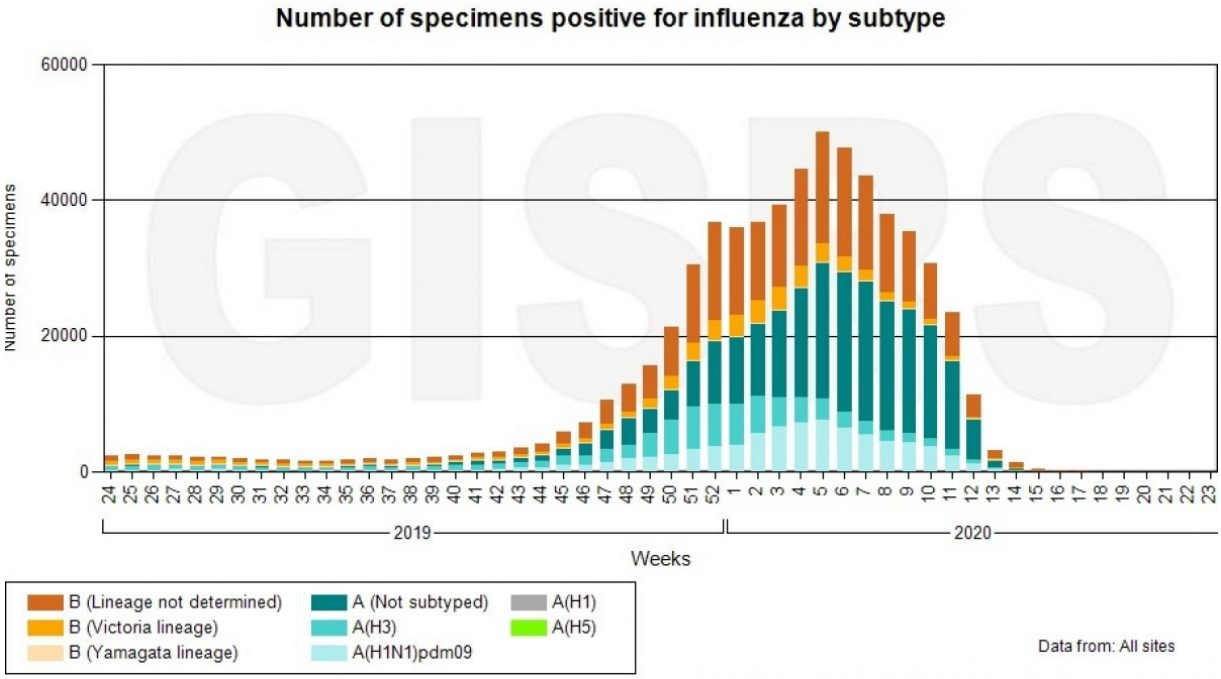
Conclusione: la pandemia di SARS-CoV-2, discutibile dal punto di vista scientifico, è stata dichiarata sulla base della modifica, nel 2009, dei criteri di pandemia da parte dell'OMS, secondo cui conta soltanto la diffusione sovraregionale di un agente patogeno e non più il numero di morti e malati. L'elevato tasso di mortalità inizialmente previsto era un' enorme sovrastima. Il sistema sanitario non è mai stato sopraffatto né le previsioni sono mai state confermate. L'inadeguata gestione scientifica dei dati e il modo in cui sono stati riportati hanno seminato il panico tra la popolazione.

2. Andamento della SARS-CoV-2

I fatti mostrano tuttavia una realtà diversa. Il Covid-19 segue il normale corso temporale di aumento prima e diminuzione poi (figg. 2, 3), come in una stagione influenzale ordinaria (fig. 1). Come ogni anno, vediamo un mix di virus influenzali che hanno questo tipo di andamento: prima i rinovirus, poi i virus influenzali A e B, in seguito i coronavirus. Non c'è nulla di diverso da ciò che conosciamo normalmente.

- Ivor Cummins, <https://youtu.be/3cjgicrA504>, dal minuto 13' 38¨.
- Rapporto sull'influenza stagionale 2016/2017, UFSP, Bollettino 31 dell'UFSP, 31.07.2017 (solo in ted. e franc.)

Figura 1



- <http://www.who.int/flunet>.
- <https://www.riffreporter.de/asset/who-influenza-0620.w1200.c0.jpg>.

Conclusione: i virus della SARS-CoV-2 hanno un comportamento stagionale come i virus influenzali già conosciuti.

3. Test RT-PCR di Corman-Drosten

Questo test, che dovrebbe comprovare se una persona è infetta dal coronavirus, è il cavallo di Troia da cui derivano tutte le attività della nostra task force e dei decisori di tutto il mondo. Esso determina presumibilmente il numero di casi di persone infette e quindi il valore R_e (tasso di riproduzione effettivo); determina in definitiva di cosa è morta una persona. Questo test è la base di tutte le storie d'orrore e della fomentazione della paura nella gente. Costituisce altresì il fondamento che giustifica le misure restrittive e la manipolazione della popolazione. Parte dal presupposto che il virus è estremamente pericoloso e altamente contagioso. I dati finora raccolti indicano tuttavia il contrario: si tratta di un virus con un comportamento e una pericolosità analoghi a quelli dei virus influenzali e dei coronavirus riscontrati in passato

(2003). Il 99,8% e più sopravvive all'infezione, e solo una piccola percentuale dei contagiati richiede un ricovero in ospedale o presenta un decorso grave che necessita di cure intensive*. In Svizzera l'età media alla morte dei pazienti risultati positivi al test è di 86 anni. Il 97% ha per lo più gravi malattie pregresse. L'aspettativa di vita media nella popolazione normale è di circa 84 anni. Anche se ogni morte è un'esperienza triste per i famigliari, occorrerebbe accettare che una morte a questa età, a prescindere dalla causa, è un evento del tutto naturale. Non si capisce perché un'intera società venga danneggiata in modo così massiccio e debba assumersi enormi debiti, il cui rimborso spetterà soprattutto ai nostri giovani, soltanto perché ci siamo allontanati dalla natura a tal punto da non saper più accettare l'evento più naturale della vita: la morte in età avanzata.

- *John P A Ioannidis, Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data, Bulletin of the World Health Organization; Type: Research Article ID: BLT.20.265892, ott. 2020.

Il test in questione è stato oggetto di gravi critiche da parte di vari esperti di alto profilo che tuttavia sono stati ignorati e personalmente diffamati dai media, e le loro obiezioni in Internet sistematicamente eliminate e censurate.
Il 27 novembre 2020, 22 scienziati di fama internazionale e altamente qualificati hanno pubblicato su Eurosurveillance 2020 un rapporto peer-reviewed concernente il test RT-PCR di Drosten che non può ormai più essere censurato. Secondo tale rapporto, il test RT-PCR sviluppato da Corman-Drosten mostra notevoli lacune scientifiche a livello molecolare e metodologico in seguito alle quali è stata redatta una lettera in cui si chiede alla rivista scientifica Eurosurveillance di ritrattare il rapporto di Corman-Drosten et al. del 22 gennaio 2020 sul test RT-PCR da essi sviluppato.

- Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR, Eurosurveillance 25(8) 2020.

Gli autori del rapporto peer-reviewed hanno condotto un' analisi approfondita, punto per punto, del lavoro di Drosten prendendo in considerazione la letteratura esistente in materia.
Ne hanno concluso quanto segue:
"Il protocollo RT-qPCR pubblicato per l' individuazione e la diagnosi della 2019-nCoV e il manoscritto peccano di numerosi difetti tecnici e scientifici, tra cui un design dei primer inadeguato, un protocollo RT-qPCR problematico e insufficiente nonché la mancanza di un'accurata validazione del test. Né il test presentato né il manoscritto stesso soddisfano i requisiti di una pubblicazione scientifica accettabile. Inoltre, non sono menzionati i gravi conflitti di interesse degli autori. Infine, il brevissimo periodo di tempo tra la presentazione e l'accettazione della pubblicazione (24 ore) lascia intendere che non sia stato effettuato un processo sistematico di "peer-review" (revisione tra pari) o che la qualità lasci a desiderare. Forniamo prove convincenti delle molteplici carenze scientifiche riscontrate, un errore dopo l' altro. Alla luce degli errori scientifici e metodologici qui presentati, siamo certi che la redazione di Eurosurveillance non abbia altra scelta se non quella di ritirare la pubblicazione".

„RIASSUNTO DEGLI ERRORI RISCONTRATI NEL DOCUMENTO DI CORMAN-DROSTEN.
1. Non vi sono motivi particolari per utilizzare le concentrazioni estremamente elevate di primer in questo protocollo. Le concentrazioni descritte comportano un aumento del legame aspecifico e delle amplificazioni dei prodotti della PCR, rendendo il test ***inadatto*** *come strumento diagnostico specifico* ***per identificare il virus SARS-CoV-2****.*

2. Sei posizioni traballanti non specificate comporteranno un'enorme variabilità nelle reali implementazioni di laboratorio di questo test; la confusa descrizione aspecifica nel documento di Corman-Drosten non è adatta come protocollo operativo standard, rendendo il test ***inadatto*** *come strumento diagnostico specifico* ***per identificare il virus SARS-CoV-2.***
3. Il test non è in grado di distinguere tra il virus intero e frammenti virali. Pertanto, non può essere utilizzato per diagnosticare la presenza di virus intatti (infettivi), ***rendendolo inadatto*** *come strumento diagnostico specifico* ***per identificare il virus SARS-CoV-2 e dedurre la presenza di un' infezione.***
4. Una differenza di 10°C rispetto alla temperatura di annealing Tm per la coppia di primer1 (RdRp_SARSr_F e RdRp_SARSr_R) rende il test ***inadatto anche come strumento diagnostico specifico per identificare il virus SARS-CoV-2****.*
(5) Un errore grave è l'omissione di un valore Ct in cui un campione è considerato positivo e negativo. Questo valore Ct non si trova nemmeno nelle presentazioni di follow-up, rendendo il test ***inadatto*** *come strumento diagnostico specifico* ***per identificare il virus SARS-CoV-2****.*
6. I prodotti PCR non sono stati convalidati a livello molecolare. Questo fatto rende il protocollo ***inutile*** *come strumento diagnostico specifico* ***per identificare il virus SARS-CoV-2****.*
7. Il test PCR non include un chiaro controllo positivo per valutarne la specificità per la SARS-CoV-2, né un controllo negativo per escludere la presenza di altri coronavirus, rendendo il test ***inadatto*** *come strumento diagnostico specifico* ***per identificare il virus SARS-CoV-2****.*
8. Il design del test nel documento di Corman-Drosten è così vago e impreciso che può condurre in decine di direzioni diverse; niente è standardizzato, e non esiste alcuna "Standard Operating Procedure" (SOP) (procedura operativa standard). Questo mette in dubbio la validità scientifica del test e lo rende ***inadatto*** *come strumento diagnostico specifico* ***per identificare il virus SARS-CoV-2****.*
9. Molto probabilmente, il documento di Corman-Drosten non è stato sottoposto a verifiche da parte di esperti), il che rende il test ***inadatto*** *come strumento diagnostico specifico* ***per identificare il virus SARS-CoV-2****.*
10. Almeno quattro autori presentano ***gravi conflitti di interesse****. Inoltre due degli autori del documento Corman-Drosten (Christian Drosten e Chantal Reusken) sono membri del comitato editoriale di Eurosurveillance. Per di più Victor Corman e Christian Drosten hanno evitato di menzionare la loro seconda appartenenza: il laboratorio di test commerciali "Labor Berlin", di cui entrambi sono responsabili della diagnostica virale; inoltre l'azienda lavora nel campo dei test PCR rapidi.*

Alla luce del nostro riesame del protocollo descritto nel Corman-Drosten per l'identificazione della SARS-CoV-2, abbiamo individuato difetti ed errori associati che rendono inutilizzabile il test PCR della SARS-CoV-2. Riconoscere gli errori ha il vantaggio che in futuro i costi umani e la sofferenza saranno notevolmente minimizzati".

Externe Peer-Review des RTPCR-Tests zum Nachweis von SARS-CoV-2 zeigt 10 wesentliche wissenschaftliche Mängel auf molekularer und methodischer Ebene: Folgen für falsch positive Ergebnisse. Eurosurveillance 2020, 27 novembre 2020

Pieter Borger(1), Bobby Rajesh Malhotra(2) , Michael Yeadon(3) , Clare Craig(4), Kevin McKernan(5) , Klaus Steger(6) , Paul McSheehy(7) , Lidiya Angelova(8), Fabio Franchi(9), Thomas Binder(10), Henrik Ullrich(11) , Makoto Ohashi(12), Stefano Scoglio(13), Marjolein Doesburg-van Kleffens(14), Dorothea Gilbert(15), Rainer Klement(16), Ruth Schruefer(17), Berber W. Pieksma(18), Jan Bonte(19), Bruno H. Dalle Carbonare(20), Kevin P. Corbett(21), Ulrike Kämmerer(22)

Gli autori sono giunti alla seguente conclusione:

„I clinici devono riconoscere il miglioramento dell'accuratezza e della velocità delle tecniche diagnostiche molecolari per diagnosticare le infezioni, ma anche capirne i limiti. I risultati di laboratorio devono sempre essere interpretati nel contesto del quadro clinico del paziente, e per ottenere risultati affidabili sono necessari luoghi, qualità e tempi di raccolta dei campioni appropriati."

L' affermazione di cui sopra presuppone imprescindibilmente e in ogni singolo caso una valutazione medica della condizione clinica per poter stabilire una diagnosi. Nei test di massa effettuati al di fuori dei centri sanitari manca questo requisito fondamentale. La diagnosi "infezione da coronavirus" basata unicamente sul test PCR è pertanto inammissibile e contraddice qualsiasi atto medico corretto. Non basta compilare un questionario quando si prende un campione. I dati pubblicati giornalmente sui nuovi "infetti" sono pertanto insostenibili perché non sono medicalmente correlati con il quadro clinico della persona interessata e quindi generano soltanto paura e panico. Diffondendo fatti falsi si induce nella popolazione un'accettazione che permette di adottare restrizioni sempre più rigorose.

"*Non essendo in grado di distinguere tra il virus intero e i frammenti virali, il test presenta gravi difetti di progettazione, motivo per cui non può essere utilizzato come diagnosi per i virus della SARS.* "

Anche questa affermazione dei suddetti autori lascia intendere che il test PCR non dovrebbe essere usato per diagnosticare un' "infezione da coronavirus". Non rileva alcun virus. I "numeri delle infezioni" pubblicati ufficialmente ogni giorno esprimono in realtà soltanto il numero delle persone risultate positive al test in base a frammenti di virus e non dimostrano la presenza di un'infezione. Pertanto, l' espressione "casi infetti" è fuorviante e inammissibile. Per una comprensione generale, ecco la definizione di "infezione" tratta dal dizionario clinico *Pschyrembel*: "Un'infezione è caratterizzata dall'invasione di un organismo da parte di microrganismi patogeni, come batteri o virus, con successiva colonizzazione e moltiplicazione. La manifestazione dipende dalla patogenicità e dall'infettività del patogeno, nonché dal sistema immunitario dell'ospite. Tuttavia, non tutte le infezioni portano a una malattia infettiva". Il test rileva soltanto frammenti di un mRNA generato da un modello informatico assegnato al Covid-19, e non un intero virus replicabile intatto. Il criterio più importante, "colonizzazione e moltiplicazione", non è comprovato. Del resto, come correttamente indicato sui kit, i test possono essere utilizzati solo per scopi scientifici e non per la diagnosi di malattie.

L'autore di uno studio pubblicato nel settembre 2020 su Nature Public Health Emergency Collection ha concluso: *"La rilevazione della SARS-CoV-2 mediante RT-PCR non è sempre affidabile. Per l'applicazione pratica, questi test presentano molte incertezze che riguardano non solo la cattiva sensibilità e talvolta la cattiva specificità, ma anche la bontà dello stesso rilevamento del campione."*

- Adrian Gillissen, Übersicht zu Sensitivität und Spezifität des SARS-CoV-2-Nachweises mittels PCR (Panoramica della sensibilità e specificità della prova di SARS-CoV-2 mediante PCR), 10.1007/s15033-020-1912-4.

CITAZIONE di KARY MULLIS, premio Nobel e inventore del test PCR: *"E con la PCR, se lo fai bene, puoi TROVARE quasi TUTTO in QUALSIASI COSA! Pretendere che sia SIGNIFICATIVO può essere considerato un ABUSO! Prendere una piccola quantità di QUALSIASI COSA, renderla misurabile e poi presentarla come se fosse IMPORTANTE. Il test NON dice se si è malati, o se ciò che è stato trovato potrebbe effettivamente DANNEGGIARTI".*

Conclusione: il test RT-PCR non è adatto alla diagnosi di una malattia; può essere usato solo per scopi scientifici, come indicato anche su tutti i kit di prelevamento. Il test non può rilevare virus intatti in grado di replicarsi e contagiare. Le persone testate positivamente non devono quindi essere annoverate come malate o contagiose. Il numero di casi così ottenuti è falso. Per effettuare una diagnosi da Covid-19, è imperativo avere sintomi clinici specifici ed evidenti. Vanno escluse altre cause con un modello di malattia analogo.

4. Cicli di amplificazione, Cycle treshold (valore Ct)

In Svizzera, vengono utilizzati svariati test non standardizzati. L'intera strategia di test non è standardizzata. I tassi di amplificazione, ossia i valori Ct, variano fino a 45 volte a seconda del laboratorio. Ciò significa che da un frammento di virus prelevato possono essere prodotte fino a più di 35 trilioni di copie di frammenti. Non è possibile dare una risposta affidabile sulla carica virale dei virus interi in grado di replicarsi, sul loro potenziale di infezione e sulla probabilità che il portatore si ammali. È inaccettabile che, basandosi su un test con più di 30 amplificazioni, una persona sia classificata come infetta, potenzialmente contagiosa e venga messa in quarantena, lei stessa e i suoi contatti. In medicina legale, un test con più di 30 amplificazioni non è più ammesso come prova. L'OMS menziona in un bollettino del dicembre 2020 che non si dovrebbero applicare più di 25 cicli. Nei laboratori svizzeri non esiste una procedura standard, si usano kit di innumerevoli produttori diversi e, a seconda del laboratorio, si applicano fino a 45 cicli di amplificazione. La domanda più che giustificata è: perché nella diagnosi Covid non viene specificato un valore Ct massimo corrispondente?

- Inaugural – Dissertation Medizinische Fakultät der Bayerischen Julius-Max.-Universität Würzburg, Florian Goehtz, feb. 2006.
- WHO: Information Notice for IVD Users del 14.12.2020.
- <https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>.

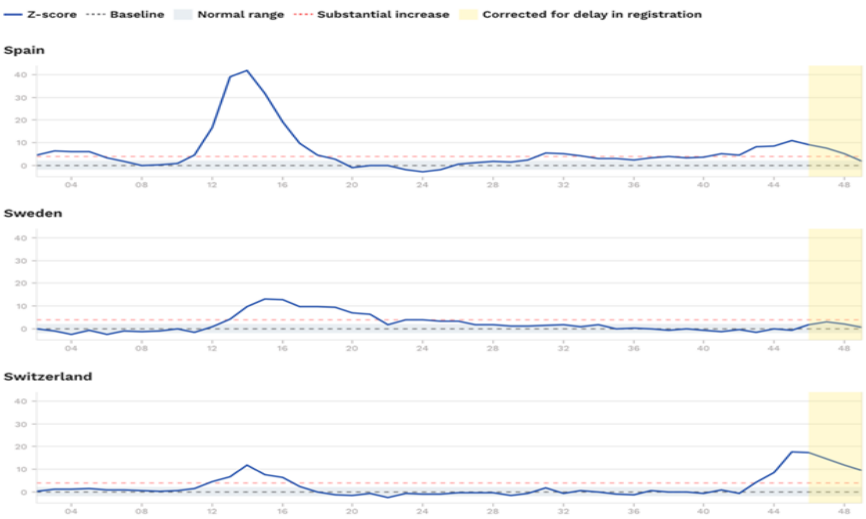
In Svizzera, sono complessivamente 462 623 le persone risultate positive nella settimana 50. Di queste, 16 458 sono state ricoverate, ossia il 3,56%. Il tasso di positività e anche il numero delle persone ospedalizzate risultate positive dipendono direttamente dal test PCR e dal suo tasso di amplificazione. Tuttavia, più alto è il valore Ct, più si contano i falsi positivi, generando un numero eccessivo di ricoveri e decessi diagnosticati con Covid-19. Poiché nella maggior parte dei casi i laboratori non comunicano ai medici curanti i valori Ct utilizzati, non è nemmeno possibile fare dichiarazioni affidabili su una carica virale teorica, che sarebbe un prerequisito per confermare la diagnosi clinica di Covid-19, il che crea una falsa immagine dei ricoveri, dei decessi e del livello di minaccia.

- UFSP Rapporto sulla situazione attuale del 23.12.2020.

Conclusione: non esiste una procedura standard nell'uso del test PCR in Svizzera. Il tasso di amplificazione (valore Ct) può essere fino a 45 volte anziché al massimo di 25. Quanto più alto è questo valore, tanto più alta è la percentuale di falsi positivi, che può superare il 97%. Di solito, però, i medici responsabili non conoscono il valore Ct che è assolutamente necessario per valutare una carica virale teorica. Questo si traduce spesso in una sovrastima delle persone infette, dei malati e dei decessi, sulla base dei quali vengono adottate misure.

5. Misure di lockdown inefficaci

Figura 2



Ad figura 2: Secondo le statistiche di Euromomo, nel raffronto tra Paesi la Spagna, che ha conosciuto uno dei lockdown più severi, ha avuto più vittime della Svezia, dove le restrizioni sono state fra le meno radicali. Nella cosiddetta seconda ondata, la Spagna e la Svezia hanno entrambe registrato una significativa riduzione dei decessi, nonostante misure restrittive molto diverse. Il confronto internazionale, anche con la Svizzera, solleva la questione dei vantaggi delle misure di lockdown.

In uno studio pubblicato nel dicembre 2020, in cui è stato studiato l'effetto delle misure non farmaceutiche (NPIs) sul Covid-19 come il lockdown ecc., il prof. Ioannidis et al. è giunto alla seguente conclusione: "Inferences on effects of NPIs are non-robust and highly sensitive to model specification. Claimed benefits of lockdown appear grossly exaggerated."* Un altro suo studio peer reviewed afferma: "While small benefits cannot be excluded, we do not find significant benefits on case growth of more restrictive NPIs. Similar reductions in case growth may be achievable with less restrictive interventions"** Questi lavori sono in netta contraddizione con un articolo pubblicato su Nature la scorsa primavera, secondo cui l'isolamento completo comporterebbe una riduzione dell'80% del valore di riproduzione.

- *Effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19: A Tale of Three Models, Vincent Chin, John P.A. Ioannidis et.al, medRxiv preprint: <https://doi.org/10.1101/2020.07.22.20160341>.
- **ASSESSING MANDATORY STAY-AT-HOME AND BUSINESS CLOSURE EFFECTS ON THE SPREAD OF COVID-19, Ioannidis J. et al. European Journal of Clinical Investigation, gennaio 2021.
- Ivor Cummins, https://youtu.be/3cjgicrA504

Conclusione: nel raffronto tra Paesi, non si constata alcun effetto delle misure sulla diffusione del virus. La Spagna ma anche la Svizzera, che hanno adottato misure molto più restrittive, in autunno hanno subito più morti della Svezia, con restrizioni comparativamente blande. Il tasso maggiore di mortalità osservato in Svezia in

primavera era di natura sistemica e ha colpito soprattutto le case di cura e le case per anziani.

6. Numero di riproduzione

Le misure restrittive sono prese, oltre al numero di casi, anche in base ai numeri di riproduzione. In base al valore di riproduzione (valore R_e), la task force valuta la situazione epidemiologica in un dato momento (v. grafico qui sotto). Il numero di riproduzione indica la media di persone che viene contagiata da una persona infetta alle condizioni attuali. Un valore $R_e = 1$ significa che un portatore di virus infetta in media un'altra persona. In tal modo il numero di persone malate rimane costante. Con un valore inferiore a 1, la diffusione di un patogeno è inibita, mentre con un valore superiore a 1 la diffusione del virus aumenta fino alla crescita esponenziale.

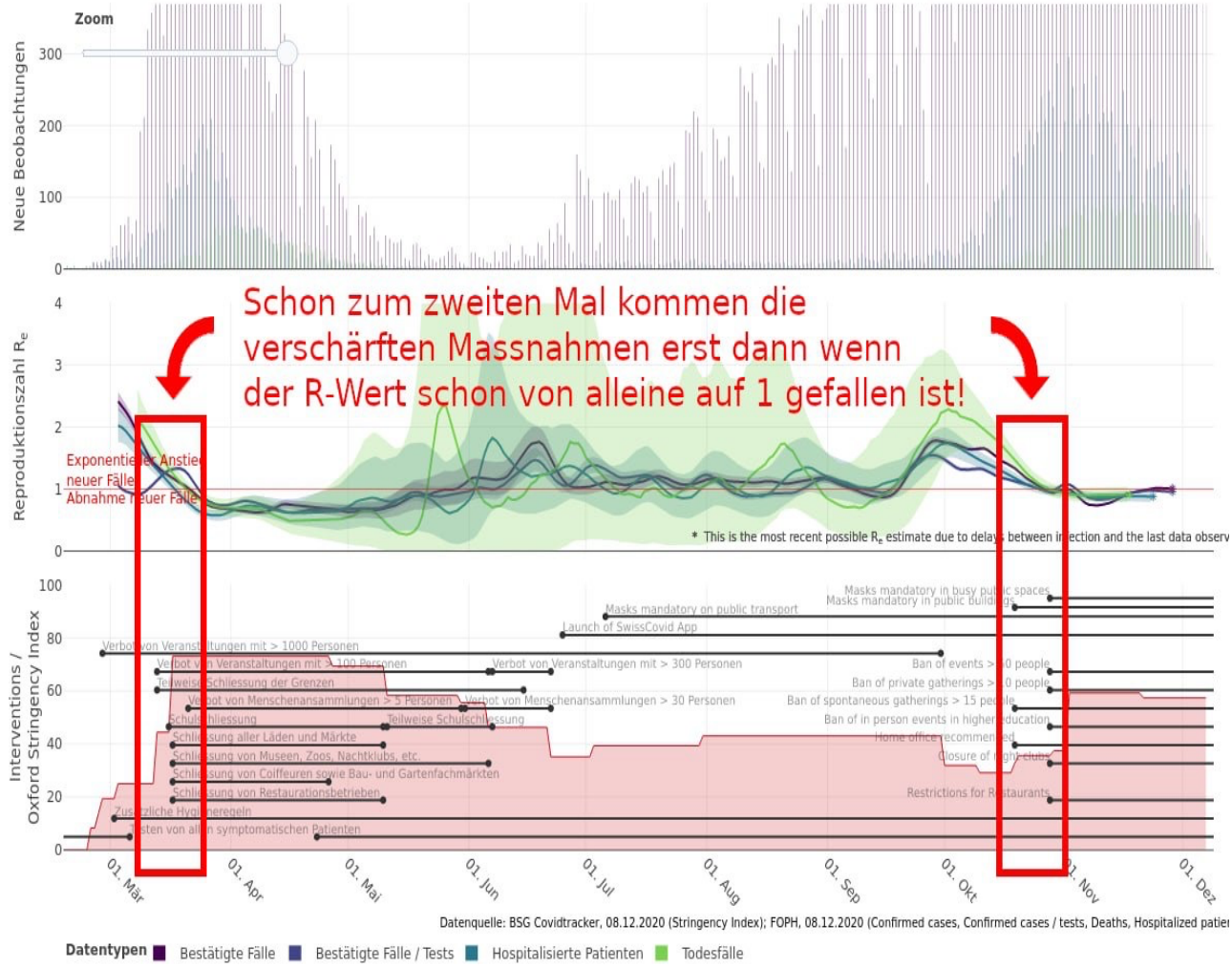
- PF Zurigo, <https://tb.ethz.ch/plot.html>.

Un calcolo esatto del numero di riproduzione è difficile o addirittura impossibile, poiché dipende in grande misura dalle informazioni disponibili. Anche il numero di test eseguiti svolge un ruolo: quanti più test vengono eseguiti, tanto più elevato è il valore R_e che può essere aumentato in modo arbitrario. Questo test si basa su una procedura completamente inadatta a diagnosticare "un'infezione da coronavirus", il test PCR, che a sua volta può produrre molti risultati falsi positivi a seconda del numero di amplificazioni.

- <https://www.br.de/nachrichten/wissen/was-bedeutet-die-reproduktionszahl-r,RwQHkDb>.

7. Le misure non hanno effetti sul numero di riproduzione

Figura 3 Fonte: Swiss National Covid-19 Science Task Force



Ad figura 3: Nella parte superiore del grafico vediamo i valori R_e e in quella inferiore i provvedimenti adottati dalla Confederazione nel tempo.
Dall'inizio di marzo, osserviamo un forte calo dei valori R_e da quasi 3 a poco più di 1 fino al 17 marzo, data alla quale è stato dichiarato il lockdown in tutta la Svizzera. Tuttavia, secondo la task force svizzera, il valore R_e calcolato oggi rappresenta l' incidenza dell'infezione di circa 10 giorni prima. Ciò significa che il 7 marzo, o anche prima, l'incidenza dell'infezione non stava più crescendo in modo esponenziale, ossia la capacità di contagio si era stabilizzata o stava già diminuendo ben prima che le misure di lockdown fossero attivate. Nel corso dell'anno, notiamo nella curva la totale assenza di segnali che potessero indicare qualsiasi influsso della diffusione del virus grazie alle misure adottate. Alla fine di giugno, è stata introdotta l'applicazione Swiss Covid, e all'inizio di luglio sono state rese obbligatorie le mascherine in tutti i mezzi pubblici. Anche queste misure non hanno avuto alcuna incidenza sulla curva*. Nemmeno l' esecuzione di test su tutti i pazienti sintomatici ha avuto un effetto sulla diffusione del virus. A metà settembre, è avvenuto l'atteso aumento di valori R_e, test positivi, ricoveri e decessi, e ciò nonostante le misure in atto. Dal 1° ottobre, i suddetti valori R_e scendono nuovamente tornando, a fine di novembre, a "1". Tenuto conto che la morte avviene in media dopo circa 14-21 giorni dall'insorgenza di un'infezione grave, le misure non hanno alcun influsso nemmeno sui decessi. Tuttavia, a fine novembre seguono nuove

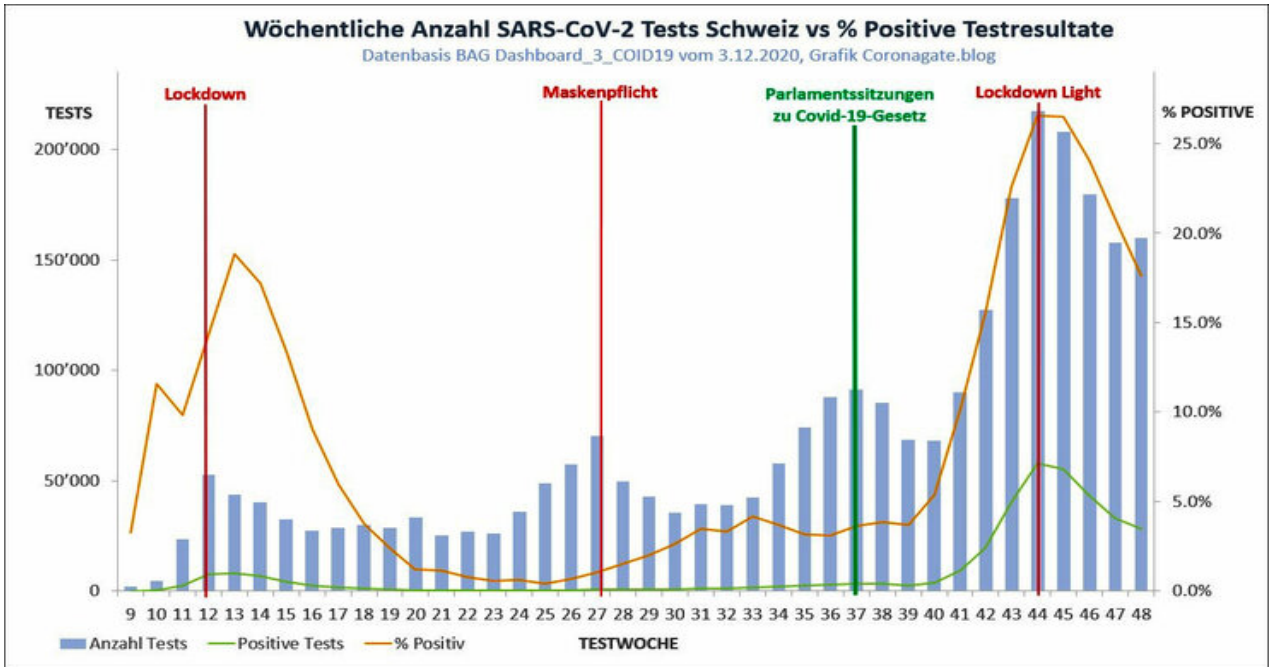
massicce restrizioni e l’ obbligo delle mascherine in tutti i luoghi chiusi e nelle scuole. Senza alcuna base scientifica oggettiva che ne attesti il beneficio, le persone sane sono costrette a indossare la mascherina per ore mentre lavorano. A questo proposito, uno studio del novembre 2020 condotto a Wuhan non ha riscontrato contagi provenienti da persone sane e asintomatiche**. Gli alunni sani sono costretti a indossare mascherine anche se i dati mostrano che sono in grado di superare l'infezione senza gravi sintomi e che non costituiscono alcun rischio di infezione per gli anziani. In ogni caso, non vi sono prove scientifiche a sostegno del contrario. Non vi è alcuna giustificazione per questa misura, soprattutto se si tiene conto delle conseguenze negative per la salute dell'uso della mascherina. La politica delle restrizioni diventa del tutto incomprensibile dato che, in una situazione rassicurante, vengono adottate misure che mettono il turismo, la ristorazione e altri settori nelle più gravi difficoltà economiche, che sfociano anche nel fallimento. Inoltre, il Consiglio federale si è arrogato il diritto di interferire nelle questioni private familiari dei cittadini stabilendo le modalità dei contatti sociali più intimi all'interno delle famiglie.

- *Lockdowns and Mask Mandates Do Not Lead to Reduced COVID Transmission Rates or Deaths, New Study Suggests, Stephen C. Miller, American Institute for Economic Research, agosto 2020.
- **Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China, ShiYi Cao et al., Nature communications, nov. 2020, https://doi.org/10.1038/s41467-020-19802-w.
- FOUR STYLIZED FACTS ABOUT COVID-19, Andrew Atkeson et.al., <https://www.nber.org/system/files/working_papers/w27719>, NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH, agosto 2020.

Conclusione: nessuna delle misure attuate è stata in grado di arginare la diffusione del virus. La riduzione dei ricoveri e dei decessi è iniziata molto prima che le misure venissero attuate. Dopo l'inizio di ogni misura, l'effetto sperato sull'incidenza dell'infezione non si è concretizzato. Al contrario, nel tardo autunno, come in ogni stagione influenzale, i casi di malattia e i decessi sono di nuovo aumentati, nonostante le restrizioni più severe. Le misure hanno causato danni immensi a tutti i livelli della vita sociale, ma nessun beneficio dimostrabile. Le misure restrittive devono quindi essere sospese immediatamente.

8. Numero di test in relazione alle misure restrittive

Figura 4



Ad figura 4: Questo grafico mostra in modo impressionante come il numero di test (aree blu) sia aumentato massicciamente nelle settimane 12, 27, 37 e 44 prima dell'introduzione di misure più restrittive e come il numero di test sia nettamente diminuito dopo l'introduzione delle nuove misure. Non si capisce perché, in base alla strategia della Task Force, l' esecuzione dei test sia stata ridotta in ogni fase esponenzialmente crescente dei casi. Vi è legittimamente da chiedersi se non si producano più "casi" prima dell'introduzione di nuove misure per far meglio accettare le restrizioni alla popolazione, e se non vengano in seguito di nuovo ridotti per far credere al successo delle misure.

Benché i dati disponibili in Svizzera siano sufficienti per considerare la strategia di contenimento un fallimento, è tuttavia opportuno ricorrere ai dati di altri Paesi. Nella sua analisi, Ivor Cummins fa riferimento a 40 articoli scientifici e dimostra che il coronavirus si comporta interamente secondo le leggi dei suoi virus fratelli conosciuti e di tutti gli altri virus influenzali come influenza, rinovirus e adenovirus. Egli mostra come da anni tutte le curve coincidano e come la diffusione del virus sia simile nei vari Paesi nonostante le grandi differenze nella severità delle restrizioni adottate.

- Ivor Cummins: CRUCIAL Viral Update Dec 7th - Europe and USA Explained.
- The Transmission of Epidemic Influenza, R. Edgar Hope-Simpson.

Conclusione: i test presentano un alto ed efficace potenziale di manipolazione. Più test vengono fatti, più risultati positivi si trovano perché il virus è molto più diffuso di quanto possa essere testato. Questo dà l'impressione che l'incidenza dell'infezione stia aumentando nella popolazione. Benché i risultati dei test non dicano nulla sulle infezioni, sono tuttavia utilizzati per giustificare la strategia della Confederazione. Se i test vengono ridotti dopo l'introduzione delle misure, queste ultime appaiono efficaci, perché logicamente diminuisce anche il numero di casi positivi.

9. Obbligo della mascherina: nessun influsso sul corso dei contagi

Da diversi mesi, siamo sottoposti all' obbligo diffuso della mascherina per disposizione delle autorità. Si applica a tutta la società all'interno e, in parte, anche all'esterno, indipendentemente dal livello di rischio individuale. Le persone devono indossarla durante tutte l' orario lavorativo e scolastico, i bambini perfino quando giocano durante la pausa, gli adulti anche durante gli allenamenti nei centri fitness. Questo obbligo della mascherina poggia, da un lato, sulla convinzione di prove scientifiche secondo cui la mascherina offre protezione contro il coronavirus e, dall'altro, sulla convinzione del risultato di un test PCR inutile e inammissibile. Esiste ora una pletora di studi, di qualità da moderata a molto buona, sull'effetto della mascherina in luoghi pubblici al di fuori dei centri sanitari. Andrebbe oltre lo scopo di questa lettera discutere i singoli studi: i benefici delle mascherine non sono supportati da alcuna evidenza chiara, né a favore di un punto di vista né dell'altro, ovvero la questione rimane controversa. Entrambe le parti hanno buone ragioni per le loro convinzioni. Ma se, data la situazione, l'autorità decide a favore dell'uno o dell'altro campo è del tutto arbitrario o una mera questione di fede. Tuttavia, la statistica dei ricoveri e dei decessi legati al Covid sull'asse temporale mostra che le misure, compreso l'obbligo della mascherina, non hanno avuto alcun effetto (figg. 1, 2 UFSP, UST, Task Force). Anche in un confronto tra Paesi, e persino in un raffronto intercantonale, non vi è correlazione tra le mascherine obbligatorie e il contenimento delle infezioni e delle loro conseguenze. Nel frattempo, ci sono anche studi che indicano che la frequenza di infezione è ancora maggiore tra i portatori di mascherine che non tra i non portatori.

Nel bollettino dell'OMS del 1° dicembre 2020 "*Mask use in the context of COVID-19*" è riportato quanto segue: *„At present there is only limited and inconsistent scientific evidence to support the effectiveness of masking of healthy people in the community to prevent infection with respiratory viruses, including SARS-CoV-2."*

I seguenti effetti collaterali sono descritti e scientificamente provati:

Aumento del volume dello spazio morto con l' aumento del tenore di CO_2 nel sangue (ipercapnia). Stress renale: i reni vengono sollecitati per compensare metabolicamente l'ipercapnia. Ulteriori possibili effetti collaterali: sudorazione, pressione alta, palpitazioni e aritmie, respirazione accelerata (tachipnea), mal di testa, confusione, perdita di coscienza, nausea, malessere generale, mancanza di respiro, attacchi claustrofobici fino a reazioni di panico, sensazione di abuso fisico e mentale. Disturbi mentali non ancora previsti, depressioni, deterioramento significativo delle capacità cognitive, con un impatto negativo soprattutto sui bambini. Nei bambini, soprattutto nell'apprendimento, il comportamento psicosociale con gli altri è massicciamente ostacolato, perché viene meno il più importante mezzo di comunicazione: la mimica.

Qualsiasi affermazione che sminuisce la possibilità di effetti collaterali, spesso proveniente anche da medici professionisti, è un'opinione soggettiva e quindi una presunzione. È arbitraria e irresponsabile. La sofferenza non può essere misurata in modo oggettivo e nessuno è autorizzato a qualificare o quantificare la sofferenza di un terzo. Pertanto, non spetta a un'autorità decidere se una misura è ragionevole per la persona interessata o meno.

Nel caso delle persone anziane che soffrono di malattie cardiovascolari o di insufficienza renale, indossare la mascherina rappresenta un serio rischio per la loro salute, soprattutto se sottoposti a uno sforzo fisico. È proprio a queste persone che le autorità chiedono di indossare le mascherine per una presunta autoprotezione, contro qualsiasi motivo medico.
Chiediamo con forza l'abolizione immediata dell'obbligo generale di indossare mascherine negli spazi pubblici e la fine di un'inaccettabile umiliazione delle persone. Se proprio, l'uso delle mascherine dovrebbe essere su base volontaria. E se occorre trovare un equilibrio tra la limitazione dei danni e la restrizione delle libertà individuali, ciò deve essere fatto rigorosamente sulla base di risultati scientifici.

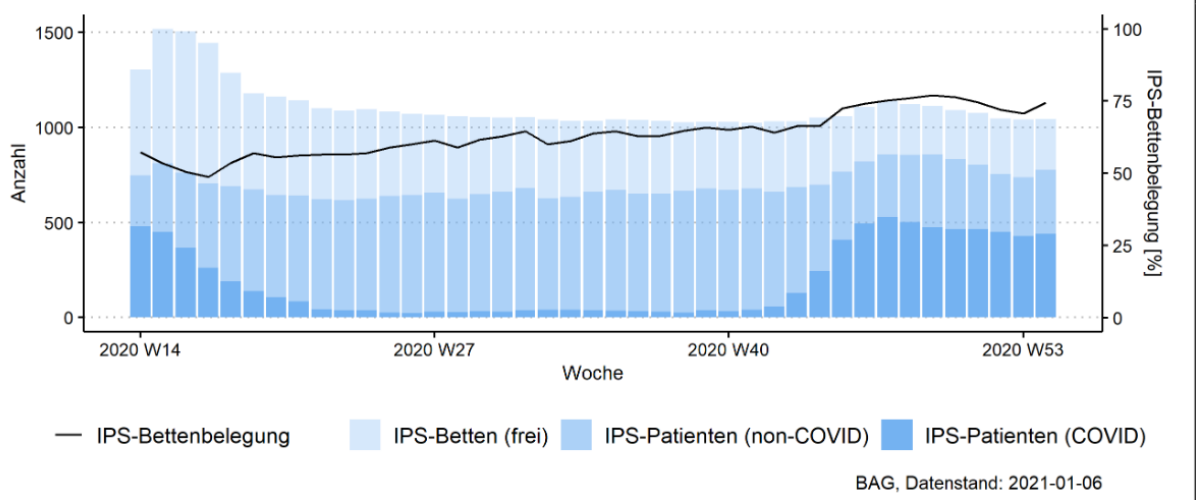
- Mandates Do Not Lead to Reduced COVID Transmission Rates or Deaths, New Study Suggests, Stephen C. Miller, American Institute for Economic Research, agosto 2020.
- <https://swprs.org/who-mask-study-seriously-flawed> Metastudie WHO, giugno 2020, mit Einbezug sämtlicher Daten, mit maximaler Transparenz und ohne Zensur.
- Rückatmung von Kohlendioxid bei Verwendung von Operationsmasken als hygienischer Mundschutz an medizinischem Fachpersonal, Ulrike Butz, Dissertation 29.11.2004, Institut für Anaesthesiologie der Technischen Universität München.
- Effectiveness of Adding a Mask Recommendation to Other Public Health Measures to Prevent SARS-CoV-2 Infection in Danish Mask Wearers, H. Bundgaard et al., Annals nov.2020, <https://doi.org/10.7326/M20-6817>.

Conclusione: non esistono prove sull'effetto positivo dell'uso della mascherina al di fuori dei centri sanitari. La questione dei dati scientifici è controversa. Gli studi che non mostrano alcun effetto sono di qualità particolarmente elevata. Indossare mascherine è pericoloso per la salute di molte persone, soprattutto per i bambini e gli anziani. L'obbligo di indossare le mascherine, che è stato comunque applicato, è arbitrario da parte della politica che non ha legittimità scientifica.

10. Nessun sovraccarico delle unità di terapia intensiva negli ospedali

Figura 5

Abbildung 11. Zeitlicher Verlauf der Auslastung der IPS-Betten, COVID-19- und nicht-COVID-19-Patienten- und Patientinnen für die Schweiz und das FL.



Ad figura 5: Le unità di terapia intensiva non sono mai state utilizzate completamente in tutta la Svizzera. Il tasso medio di utilizzo è stato del 75%. Gli scenari di orrore descritti dai media e da certi epidemiologi di unità di terapia intensiva completamente sovraccariche non si sono mai verificati in tutto il 2020 o al massimo solo occasionalmente, come accade ogni anno durante la stagione dell'influenza. Anche i letti per i casi gravi non sono mai stati occupati completamente, anche se per motivi economici ogni ospedale si sforza di occuparli al massimo. Il tasso di occupazione dei letti ospedalieri pari al 69,3% il 22 dicembre rientrava in un range stagionalmente basso, come mostra un confronto con gli anni precedenti. In molti ospedali, interi reparti sono chiusi per mancanza di personale, a causa delle eccessive misure di risparmio operate nel settore sanitario. Sarebbero quindi disponibili letti supplementari. L'aumento dei ricoveri è dovuto anche al fatto che i pazienti affetti da Covid 19 non possono essere curati a casa, altrimenti i loro familiari sarebbero messi in quarantena. Le carenze temporanee di personale possono anche essere spiegate dal fatto che molti addetti alle cure sono stati messi fuori servizio a causa della quarantena. Non si è mai potuto constatare un sovraccarico di tutto il personale infermieristico in generale, e se ciò si è puntualmente verificato è una questione di natura sistemica e non a causa del coronavirus. Anche a questo proposito non vi è trasparenza su quanto viene riportato: le immagini della stampa, che suggeriscono una realtà diversa, sono false e costituiscono una disinformazione deliberata.

- <https://www.re-check.ch/wordpress/fr/soins-intensifs-satures-d/>.

Conclusione: né i normali letti d'ospedale né quelli delle unità di terapia intensiva sono stati mediamente più occupati nel 2020. Le unità di terapia intensiva sono state occupate a più del 75% solo occasionalmente. Per motivi economici, gli ospedali sono sempre più costretti a lavorare ai limiti delle loro capacità. I sovraccarichi occasionali sono dovuti a motivi di natura strutturale e sistemica. Questo solleva anche la questione

dell'impatto che le chiusure di ospedali, le riduzioni di personale e le misure di risparmio nel sistema sanitario hanno avuto nel parziale sovraccarico di lavoro.

11. Nessun eccesso di mortalità: nessun un aumento significativo rispetto al 2015

Le cifre pubblicate dall'UFSP e dall'UST (tabella 1) dimostrano che la costante e aggressiva rendicontazione della stampa su un presunto eccesso di mortalità dovuto al coronavirus è un'irresponsabile distorsione della realtà che suscita paura e panico nella popolazione. I dati che seguono sono tratti dalle statistiche dell' UST.

Tabella 1

Totale dei decessi in Svizzera UST al 2 febbraio 2020 (BFS-Nr. cc-d-01.04.02.01.32)
Tutti i decessi nel 2015: **68' 786** Abitanti CH 1.1.2015: **8' 237' 666**
Tutti i decessi nel 2020: **76' 526** Abitanti CH 1.1.2020: **8'606' 033**
Nel **2015**, la percentuale di morti rispetto alla popolazione totale è stato dello **0,84%**, nel **2020** dello **0.89%.**
I numero di morti nel 2020 si situa palesemente nel range calcolato dall'UST, "entro il quale le fluttuazioni devono essere considerate casuali". Contrariamente all'onnipresente narrativa, non vi è un eccesso significativo della mortalità.

A questo propostito si veda il comunicato stampa dell' UST del 16.12.2019: *"Nel decennio attuale il numero di decessi aumenta ogni anno di circa 500–800 unità, poiché le prime generazioni del baby-boom del dopoguerra hanno raggiunto la loro speranza di vita media."* Pertanto, è probabile che tra 2500 e 4000 decessi a partire dal 2015 siano dovuti al mutamento demografico in atto.

Figura 6

Percentuale di morti all'anno in diverse fasce d'età in Svizzera. Dati dell'UST.

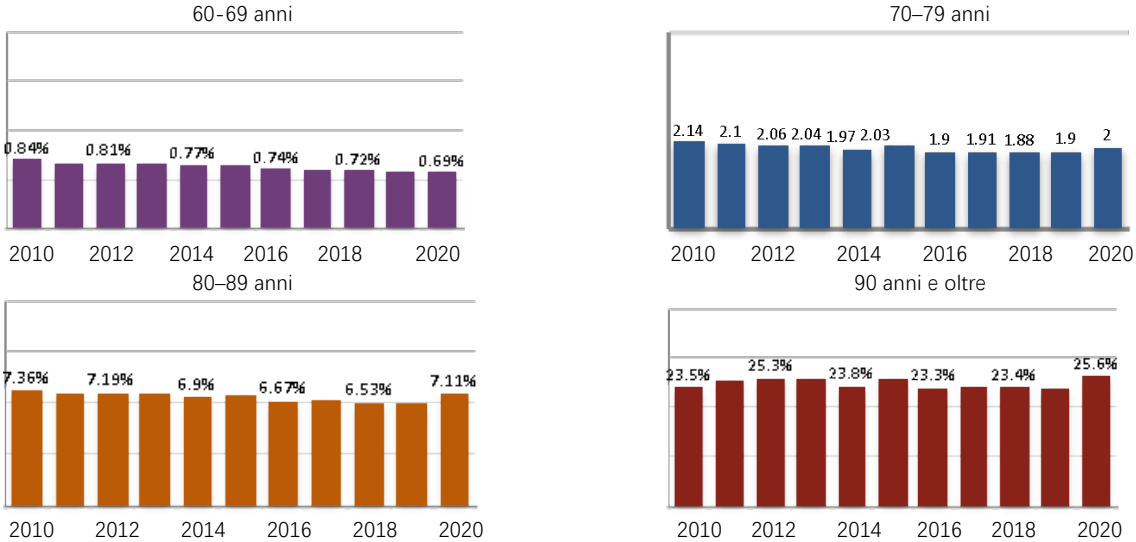


Figura tratta da: Analisi della situazione Covid-19 Svizzera – Collettivo di esperti CH, D, A 13 gennaio 2021, e-mail: situation-c19-ch@protonmail.ch

La **figura 6** mostra la percentuale di decessi per fascia d'età, tenendo conto dell'aumento della popolazione per gruppo di età. Anche questo diagramma illustra la mancanza di eccesso di mortalità di tutte le fasce d' età oltre i 60 anni rispetto agli ultimi 10 anni.

Secondo John P A Ioannidis: The median infection fatality rate across all 51 locations was 0.23% (sotto i 70 anni 0,05%).

- Publication: Bulletin of the World Health Organization; Type: Research Article ID: BLT.20.265892.
- J.P.A Ioannidis: Global perspective of COVID-19 epidemiology for a full-cycle pandemic, European Journal of Clinical Investigation 07.10.2020, <https://doi.org/10.1111/eci.13423>.

In termini positivi, ciò significa che il **99,8%** delle persone infette sopravvive. Quindi non si tratta di un virus particolarmente pericoloso o addirittura assassino, anche se può colpire duramente singole persone che possono anche morirne. Negli ultimi decenni abbiamo avuto ripetutamente lo stesso comportamento e lo stesso impatto con altri virus influenzali, senza peraltro che i governi reagissero adottando misure così distruttive.
Bisognerà indagare in che misura l'aumento dei decessi avvenuti nel tardo autunno tra gli anziani gravemente malati sia una conseguenza delle misure di lockdown. In primavera, migliaia di studi medici sono stati chiusi o quanto meno ne è stato fortemente ridotto il funzionamento, e importanti operazioni sono state rinviate. Le indagini dovranno chiarire in che misura l' offerta insufficiente e l'assistenza medica inadeguata hanno accelerato i processi di malattia durante questo periodo causando in tal modo morti premature. La solitudine, l'isolamento sociale, la mancanza di speranze e la perdita di fiducia nel periodo di vita rimanente potrebbero a loro volta aver portato all'accumulo di decessi che abbiamo riscontrato nel tardo autunno. Liquidare l'aumento dei decessi come unica conseguenza della malattia Covid 19 è scientificamente non provato e irresponsabile.
Le risposte alla nostra inchiesta, a cui hanno partecipato due capoclinici delle unità di terapia intensiva svizzere, sui criteri in base ai quali viene effettuata la diagnosi di Covid-19, mostrano chiaramente che il test PCR determina in larga misura la diagnosi, sia nel caso di pazienti malati sia nel caso dei decessi. Non esistono chiari criteri clinici, di laboratorio o di riproduzioni di immmagini che permettano in modo univoco e incontrovertibile la diagnosi di Covid-19. La diagnosi viene fatta dal medico secondo la sua esperienza e competenza a partire dal quadro generale di tutti i risultati degli esami e dal quadro clinico del paziente. Anche con approcci più coscienziosi, le diagnosi false positive sono inevitabili perché il test PCR non è in grado di distinguere tra virus virulenti e frammenti virali inefficaci e il quadro clinico spesso non permette di distinguere le malattie per altre cause. Solo un valore Ct basso aumenta la probabilità di diagnosticare un'infezione reale. Tuttavia, a seconda del laboratorio, vengono eseguite fino a 45 amplificazioni. Risultati positivi con amplificazioni superiori a 25 non dovrebbero essere considerati come criterio diagnostico, e questo anche secondo il bollettino dell'OMS del dicembre 2020. È sorprendente il fatto che pochissimi laboratori rivelino il valore Ct ai medici curanti. Inoltre, è usuale che le persone risultate positive siano state conteggiate più volte.
Il bollettino dell' UFSP del 18.12.2020 riporta i criteri di dichiarazione secondo cui il personale medico è chiamato a dichiarare addirittura i pazienti che presentano un test PCR negativo con *"criteri clinici soddisfatti e immagine TC compatibile con la COVID-19* ***oppure***

*con criteri clinici ed epidemiologici.** In tal modo, la causa di morte Covid-19 delle persone decedute viene stabilita anche sulla base del solo quadro clinico, senza ulteriori verifiche, per esempio tramite autopsia. Secondo uno studio che mette a confronto i risultati dell'autopsia con le diagnosi cliniche, tuttavia, discrepanze significative ed errori diagnostici sono tuttora rilevati fin nel 25% dei casi. Questo avviene anche quando il medico si sente sicuro della sua diagnosi. L'autopsia è considerata un' evidente e difficile possibilità di errore e di qualità per il clinico che crede di sapere tutto**. Anche il professor Klaus Püschel, medicina legale, dichiarava in aprile: *"Tutti i deceduti da me sottoposti ad autopsia soffrivano di diverse malattie pregresse, in parte gravi. Le misure sono sproporzionate rispetto al rischio rappresentato dal virus."*** Alla luce di questi fatti, si può ritenere che i decessi dichiarati a causa del Covid-19 siano troppo alti e che le misure restrittive basate su queste cifre false siano inammissibili.

- *Nuovo coronavirus (COVID-19) Criteri di sospetto, di prelievo di campioni e di dichiarazione del 18.12.2020, Ufficio federale della sanità pubblica UFSP.
- **PRAXISSchweiz Med Forum 2007;7:278–283278, Die Autopsie: anachronistischer Zopf oder vernachlässigte Qualitätskontrolle? Erfahrungen aus einem Kantonsspital, Claus Hoess et. al, PRAXIS Schweiz Med Forum 2007;7:278–283.
- ***Professor Klaus Püschel, Chefarzt Hamburger Rechtsmedizin, Der Streit ums richtige Mass. Hamburger Morgenpost. 3 aprile 2020

Conclusione: rispetto agli ultimi 10 anni non vi è alcun eccesso significativo della mortalità se si considerano tutte le fasce d' età e l' intero arco dell'anno. Il più alto tasso di mortalità percentuale si situa nella fascia d' età superiore ai 90 anni. In questa fascia d'età abbiamo anche il maggior aumento di persone a causa del mutamento demografico. In questa fascia d' età, il tasso di mortalità non è significativamente aumentato dal 2010 al 2015. Ci si chiede se il tasso di mortalità tra gli over 90 leggermente aumentato in termini assoluti sia una conseguenza del lockdown, legato alle cure trascurate e alla solitudine.

12. Sistema immunitario

L'organismo umano, come tutti gli esseri viventi, è stato esposto giornalmente per migliaia di anni ad agenti potenzialmente patogeni (virus, batteri e funghi). Nel nostro corpo ci sono miliardi di virus e batteri. Nel corso di milioni di anni di evoluzione, i virus hanno contribuito a produrre il nostro DNA. Viviamo con loro, in parte in simbiosi. In parte, il corpo deve inoltre respingere permanentemente virus, batteri e funghi che causano malattie. Un corpo giovane e sano lo gestisce senza problemi e quindi si ammala meno spesso di una persona anziana.
Per difenderci, noi esseri viventi abbiamo sviluppato un sistema di difesa a più livelli. Questo sistema evolutivo è estremamente adattivo. Deve allenarsi confrontandosi costantemente con agenti patogeni estranei, il che rafforza il sistema. Se questi incentivi esterni vengono a mancare a causa di misure igieniche eccessive o addirittura di una strategia di evitamento troppo rigorosa, come quella che dobbiamo applicare attualmente con le misure adottate, a lungo termine indeboliamo il nostro sistema immunitario e siamo quindi ancora meno preparati per la prossima mutazione che verrà. I vaccini esistenti e futuri non garantiscono l'immunità di gregge, tanto più che i vaccini convenzionali sono efficaci solo tra il 30% e il 50%,

e ancora meno nei pazienti a rischio. Le persone immunocompromesse hanno altri mezzi per proteggersi dagli agenti potenzialmente patogeni, per il cui utilizzo è competente il medico generico.
La prima linea di difesa si trova nelle membrane mucose del corpo, nella pelle e nei fluidi corporei (IgA) ed è considerata non specifica. Questo è di per sé un sistema molto efficiente, grazie al quale gli agenti patogeni vengono eliminati già nella prima linea di difesa e quindi non causano infezioni. Chi ne è colpito non si accorge di nulla, non sviluppa alcun sintomo, non si ammala, non è malato e, soprattutto, non è contagioso. Questo accade permanentemente, ogni secondo, anche quando si beve un bicchiere d'acqua. Grazie alla PCR frammenti di questi agenti patogeni eliminati possono tuttavia essere ancora rilevabili per molto tempo sulla pelle e le mucose. Questo accade anche con i coronavirus eliminati, con le note conseguenze devastanti, poiché chi risulta positivo al test è considerato "infetto". Di solito dopo questi test non viene effettuato un rilevamento di virus interi o esami sierologici.
Il sistema di cellule T specifiche con diversi sottotipi è la causa dell'immunità cellulare e della nostra immunità incrociata esistente. Non producono anticorpi. Se in passato siamo entrati in contatto con virus simili al coronavirus, i linfociti T hanno imparato a eliminare questi virus in interazione con il sistema delle cellule B e, d'altra parte, a uccidere direttamente le cellule infettate dal virus e degenerate (linfociti T citotossici), anche le cellule T killer sono coinvolte in questo processo. Questo è uno dei motivi per cui così tante persone sono immuni al coronavirus anche se non si rilevano anticorpi. Pertanto, l'assenza di anticorpi non dovrebbe essere usato come argomento per dimostrare la mancata immunità contro il coronavirus.

- SCIENCE: Selective and cross-reactive SARS-CoV-2 T cell epitopes in unexposed humans, Jose Mateus et.al, 10.1126/science.abd3871 (2020). Sekine et al, Robust T cell immunity in convalescent individuals with asymptomatic or mild COVID-19, 2020.
- Immunity to COVID-19 is probably higher than tests have shown, Karolinska Institute.

Il sistema delle cellule B forma poi i vari anticorpi (IgM, IgG), la risposta immunitaria umorale che possiamo misurare nel sangue, ma che hanno una vita più breve.
I dati immunologici attuali vietano una vaccinazione di massa diffusa, dato che una parte significativa della popolazione ha già sviluppato un'immunità. I ricercatori hanno trovato fino al 60% di reattività della SARS-Cov-2 con le cellule CD4+T in una popolazione di individui non infetti, suggerendo una reattività incrociata con altri coronavirus. Non esiste che queste persone vengano comunque vaccinate, anche se senza anticorpi diventa più arduo dimostrare l'immunità. Questo è un fatto problematico tanto più che negli ambienti politici si sta chiedendo che in futuro soltanto un passaporto vaccinale possa preservare le persone dalle restrizioni.

- Targets of T-Cell Responses to SARS-CoV-2 Coronavirus in Humans with COVID-19 Disease and Unexposed Individuals: Alba Grifoni et.al, Cell. 2020 Jun 25; 181(7):1489-1501.e15. doi: 10.1016/j.cell.2020.05.015. Epub 2020 maggio 20.
- Doshi P. Covid-19: Haben viele Menschen bereits bestehende Immunität? BMJ. 2020; 17(370): m3563.https://doi.org/10.1136/bmj.m3563.
- Sekine T, Perez-Potti A, Rivera-Ballesteros O, et al. Robuste T-Zellimmunität bei rekonvaleszenten Personen mit asymptomatischem oder leichtem COVID-19. Zelle. 2020; 183(1): 158bis 168.e14. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.08.017>.

Conclusione: l'immunità alla SARS-CoV-2 è molto più diffusa nella popolazione di quanto inizialmente sospettato, anche a causa dell' immunità incrociata. Su questo non esistono dati precisi. Tuttavia, si parla di un tasso superiore all'80%. Dobbiamo questa immunità principalmente all' attività delle cellule T. Inoltre, abbiamo efficienti sistemi di difesa già sulle nostre membrane mucose. Determinare l'immunità basandosi solo sugli anticorpi non è corretto. La prova dell'immunità con un certificato di vaccinazione basato solo sugli anticorpi è problematico: le libertà personali di accesso e di movimento potrebbero essere ingiustificatamente limitate.

13. Vaccino

Il Prof. Dr. Suchard Bhakdi, Specialista in microbiologia ed epidemiologia delle malattie infettive, Università Johannes Gutenberg Mainz scrive:
„I vaccini in fase di sviluppo a cui si sta dando la precedenza sono basati sui geni. Il potenziale di pericolo non è stato sufficientemente studiato. Il solo atto della vaccinazione può causare gravi effetti collaterali. La metà dei giovani volontari sani ha avuto febbre, brividi, dolori agli arti, mal di testa e si è sentita male dopo la vaccinazione. La gravità degli effetti collaterali descritti non può essere prevista nelle persone anziane con malattie pregresse. Dai test sono escluse le persone precedentemente malate. Il vaccino contiene diverse componenti che possono causare gravi reazioni allergiche. In caso di una vera infezione successiva con coronavirus o un altro virus, la vaccinazione stessa può portare a un decorso molto grave della malattia (Antibody Dependent Enhancement - ADE). Negli esperimenti sugli animali, questo rafforzamento immunodipendente di una malattia è stato dimostrato nei test di un vaccino contro la SARS-CoV-1. La reazione è stata quasi fatale per gli animali. Durante la vaccinazione, il vaccino basato sui geni entra in pochi minuti nelle cellule che non sono normalmente attaccate dai virus. Le proteine virali si formano in queste cellule che diventano fabbriche di proteine. Altri pericoli includono lo sviluppo di malattie autoimmuni, disturbi a livello embrionale che portano alla morte del feto e alla sterilità della donna. Questi pericoli sono stati descritti in teoria, ma non sono mai stati testati. "
Il principio guida di ogni medico "Primum non nocere" viene così gravemente trascurato.

- <https://www.youtube.com/watch?v=wMzqExjmFs4>.
- Informed consent disclosure to vaccine trial subjects of risk of COVID-19 vaccines worsening clinical disease: Timothy Cardozo et.al. Int. J. of Clinical Practice, October 2020, https://doi.org/10.1111/ijcp.13795.

Anche il prof. dr. Stefan Hockertz, immunologo, tossicologo e farmacologo, afferma:
„…che ad oggi non c'è praticamente nulla di disponibile in termini di dati di sicurezza e qualità dei vaccini basati sui geni. Il lavoro preclinico non è stato praticamente realizzato e anche questo è un punto rilevante dal punto di vista del diritto penale. I requisiti di sicurezza, efficacia e qualità non sono soddisfatti. Le fasi cliniche 1 e 2 non sono state realizzate con la cura necessaria. È subentrata prematuramente la fase 3 con valutazioni troppo precoci anziché aspettare la fine della sperimentazione. Anche nei campi della tossicologia e della farmacologia mancano le indagini indispensabili. Inoltre, l'effetto previsto del 95% è completamente assurdo. Non c'è ancora un solo vaccino mRNA al mondo che sia stato

approvato. Nello sviluppo del nuovo vaccino con una strategia completamente nuova, nessun dato di riferimento può essere preso dai vaccini approvati già esistenti. Si tratta di un nuovo principio vaccinale che deve passare attraverso la tossicologia e la farmacologia con tempi che spaziano da 4 a 4,5 anni. Tutto questo deve essere prima testato sugli animali, anche se non è ancora stato trovato l'animale adatto. Tutta l'istologia deve essere fatta nella sperimentazione animale. Le funzioni nel sistema immunitario devono essere provate: tutto questo non è stato fatto". La risposta del produttore del vaccino Pfizer alla domanda del prof. Hockertz è stata*: "Ancora nessun dato disponibile ".*
E Swissmedic ha commentato l' 1.12.2020 tramite SwissInfo Ticker: *„Important data and safety efficacy and quality of deal are missing."*

- <https://www.youtube.com/watch?v=iiTrttV7Q8A>.

In mancanza di tali dati, si è passati direttamente alla sperimentazione sugli esseri umani, e questo contro un virus che in oltre l'85% dei positivi testati non presenta assolutamente alcun sintomo e il tasso di sopravvivenza è del 99,8%.

- Impfstudien könnten unsauber sein – bis hin zu Fälschungen, Professor Dr. rer. nat. Gerd Antes, Uniklinik Freiburg im Breisgau, 1997 bis 2018 Leiter des deutschen Cochran-Zentrums, Martina Frei, pubblicato il 12.08.2020.
- https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4037

Conclusione: i vaccini contro la SARS-CoV-2 attualmente disponibili sono basati sui geni. I vaccini hanno come base d'azione un principio completamente nuovo rispetto ai vaccini influenzali convenzionali. Fino ad oggi, non è mai stato possibile produrre vaccini genici senza effetti collaterali. La produzione di un vaccino il cui principio è completamente nuovo richiederebbe da 10 a 15 anni se si rispettassero, come per i precedenti vaccini, tutte le fasi di sviluppo, test e produzione. In soli otto mesi e grazie a una procedura accelerata è stato immesso sul mercato un vaccino, omettendo o abbreviando fasi di test estremamente importanti. L'efficacia, gli effetti collaterali e i danni a lungo termine sono sconosciuti. Questa strategia di vaccinazione è una sperimentazione effettuata direttamente sugli esseri umani.

14. Mutazione del virus

I virus mutano: è una loro proprietà intrinseca. Alcuni sono molto stabili e mutano poco, come il morbillo o i poliovirus, altri sono instabili e mutano molto frequentemente, come i virus dell'influenza, compresi i coronavirus. Grazie alle campagne di vaccinazione, i virus stabili possono essere meglio combattuti rispetto a quelli instabili. La poliomielite, per esempio, è stata quasi eradicata grazie a una sistematica strategia di vaccinazione a livello mondiale. Ciò non è possibile con i virus che mutano frequentemente: ecco perché non è stato ancora possibile eliminare i virus dell'influenza. Nonostante le campagne di vaccinazione, grazie alla mutazione, ne subiamo ripetutamente gli attacchi nell' ormai nota scadenza annuale. Per gli stessi motivi, molto probabilmente non saremo in grado di eliminare il virus SARS-CoV-2 con la tecnologia vaccinale basata sui geni perché muta troppo frequentemente e troppo rapidamente.

La nuova variante SARS-CoV-2 è definita da diverse mutazioni nella proteina spike (Deletion 69- 70, Deletion 144, N501Y, A570D, D614G, P681H, T716I, S982A, D1118H), la proteina che permette al virus di entrare nelle cellule umane. Si stima che alcune varianti mutate portino a un aumento della trasmissibilità fino al 70% e a un aumento del valore R_e dello 0,4*. Tuttavia, il prof. dr. Jörg Timm, capo dell'Istituto di Virologia dell'Ospedale Universitario di Düsseldorf, afferma: *" Questo non significa che anche la variante causi una malattia più grave. Non ci sono dati affidabili a questo proposito. Tuttavia, secondo una prima impressione, ciò non è il caso"*. Un altro studio sottolinea l'importanza di indagare se la presenza di diverse mutazioni è correlata alla mortalità**. Secondo uno studio pubblicato su Science, negli esperimenti sugli animali è stato riscontrato un aumento dell'infettività dei mutanti, ma nessun aumento della patogenicità***. Un altro studio mostra che una mutazione può anche portare a un decorso meno grave della malattia****.

- *Mutationen in SARS-CoV-2-Variante in UK und Erbgut-Analysen in Deutschland, Science Media Center Germany, dic. 2020.
- **Emerging SARS-CoV-2 mutation hotspots include a novel RNA-dependent-RNA polymerase variant Pachetti et al. J Transl Med (2020) 18:179 <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02344-6>.
- ***(2020; DOI: 10.1126/science.abe8499).
- ****Weniger schwere COVID-19-Verläufe bei bestimmter Mutation von SARS-CoV-2 Sept.2020*, Deutsche Gesellschaft für Neurologie.

Conclusione: ad oggi, nessun dato indica un aumento del numero di ricoveri o della mortalità a causa delle varianti mutate di SARS-CoV-2. Da un punto di vista scientifico non si giustifica l'inasprimento delle misure, già di per sé discutibili, a causa di questi mutanti.

15. Impatto psicologico sulla società

I risultati del terzo sondaggio dello Swiss Corona Stress Study svolto tra l'11 e il 19 novembre 2020, in cui sono state intervistate 11 620 persone di tutta la Svizzera, mostrano un impatto preoccupante delle misure Covid a livello psicosociale. I livelli di stress sono aumentati in misura significativa rispetto al primo lockdown di aprile. Mentre all'epoca l'11% degli intervistati riportava un livello massimo di stress, a novembre era il 20%. L'aumento dello stress è stato accompagnato da un aumento della depressione. Il principale motore dello stress psicologico e della depressione era l' onere rappresentato dalle misure Covid 19 sul lavoro, nelle scuole e nell'educazione, nonché dalle perdite finanziarie e dalle paure per il futuro. Questi fattori di stress sono aumentati in notevole misura rispetto al periodo di lockdown di aprile. Sta inoltre crescendo il timore che le persone della stretta cerchia di conoscenti o familiari possano ammalarsi gravemente o morire. Le ansie sono sorte a causa delle restrizioni sociali e i conflitti familiari sono aumentati sensibilmente. Il valore PHQ-9, uno strumento di screening per diagnosticare la depressione per l'impiego di routine nel campo della medicina somatica, è aumentato dal 3% prima delle misure al 18% nel novembre 2020 e per il futuro si prevede un ulteriore aumento. Il rischio di sviluppare una depressione

dipende dall'età: i più giovani mostrano il maggior rischio ed è più alto tra coloro che hanno sperimentato una perdita finanziaria a causa della situazione Covid-19. Si nota anche una netta differenza nella Svizzera francese, dove le restrizioni sono state applicate più a lungo, rispetto alla Svizzera tedesca.
I seguenti disturbi di carattere psicosociale sono aumentati notevolmente:
sentimenti di impotenza, depressione, reazioni di stress psico-vegetativo, percezione della separazione e dell'alienazione, paura, autolesionismo e lesioni agli altri così come compulsioni, irritabilità, ritiro sociale fino all'autoisolamento, aumento dell'aggressività, percezione più difficile dell'identità e delle emozioni dell'altro a causa delle mascherine, panico, aberrazioni psicotiche, traumatizzazione e soprattutto ri-traumatizzazione, aumento dei suicidi e dei tentativi di suicidio.

- The Swiss Corona Stress Study: www.coronastress.ch secondpandemic wave, nov. 2020 Conn.

Conclusione: i danni causati dalle misure restrittive a livello psicosociale sono incalcolabili. Sono enormi e, per chi ne è colpito, in parte incommensurabili. Il tasso di suicidio è aumentato. Questi effetti sono noti dalle autorità come danni collaterali, presumibilmente sulla base di un livello morale superiore: occorre salvare le persone, e proprio per questo molte esistenze vengono distrutte. Sui danni psicologici a lungo termine si può per ora solo speculare, ma questi vanno presi estremamente sul serio.

16. Considerazioni di carattere giuridico

Nello stabilire le misure motivate dall' emergenza epidemiologica (limitazione dei diritti fondamentali; riduzione degli usuali processi normativi dello Stato di diritto), il Consiglio federale è vincolato all'ordinamento giuridico, in particolare alla Costituzione federale e alla legge sulle epidemie, LEp (RS 818.101).
Per quanto riguarda la Costituzione federale, il principio di legalità (art. 5 cpv. 1 Cost.), il principio di proporzionalità (art. 5 cpv. 2 Cost.) e il divieto di arbitrarietà (art. 9 Cost.) sono di primaria importanza.
La stessa legge sulle epidemie contiene importanti istruzioni destinate all'esecutivo per gestire le situazioni epidemiche. Secondo l'articolo 4 capoverso 2 della legge sulle epidemie, il Consiglio federale e i Cantoni sono tenuti, nell'affrontare un'epidemia, a tenere conto in particolare di quanto segue:

- raccomandazioni e linee guida internazionali;
- lo stato attuale della scienza.

Come già osservato sopra, il Consiglio federale ha finora omesso di rispondere a numerose nuove importanti scoperte scientifiche e a raccomandazioni internazionali.
Per esempio, ha ignorato gli avvertimenti di numerosi scienziati sulla mancata idoneità del test PCR inteso a diagnosticare una malattia con conseguenze notevoli. Perfino l'OMS, nei suoi due briefing del 14 dicembre 2020 e del 20 gennaio 2021, mette chiaramente in guardia dai test PCR falsi positivi se non sono adempiti rigorosi criteri per stabilire la diagnosi. Come già spiegato, questi criteri non sono dati, in particolare nel caso dei test di massa, soprattutto di persone asintomatiche, una pratica che si sta sempre più affermando come requisito obbligatorio de facto per numerosi gruppi di persone (scolari, impiegati, viaggiatori ecc.).

- <https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>.

Inoltre, aderendo a criteri decisionali palesemente inadeguati, il Consiglio federale asseconda il rischio di rendere la Confederazione e i suoi funzionari debitori di richieste di risarcimento dei danni estremamente elevate.

- Legge federale sulla responsabilità della Confederazione, dei membri delle autorità federali e dei funzionari federali (Legge sulla responsabilità, LREsp, RS 170.32).
- Secondo l' art. 10*a* cpv. 2 e 3 dell' ordinanza 2 del Consiglio federale del 13 marzo 2020 sui provvedimenti per combattere il coronavirus "le strutture sanitarie quali ospedali, cliniche e studi medici" [···] dovevano "rinunciare a interventi medici e terapie non urgenti." Vedi: Ordinanza 2 COVID-19 (RS 818.101.24), stato al 17 marzo 2020.

All' estero si stanno già preparando azioni collettive corrispondenti che alla fine non risparmieranno nemmeno la Svizzera. Le prime richieste di risarcimento basate sulla legge sulla responsabilità civile sono in preparazione anche in Svizzera o sono già state presentate.
Inoltre, non è chiaro se il Consiglio federale stia in qualche modo affrontando seriamente gli effetti dei suoi provvedimenti.
Rimangono in sospeso, tra le altre, le seguenti questioni:
(1) Quali sono gli effetti sulla salute e sull'aspettativa di vita delle disposizioni destinate alla popolazione periodicamente rinnovate e inasprite, l' appello all'isolamento, soprattutto per la parte più anziana della popolazione? Si noti che questi ordini vanno in parallelo con le restrizioni ordinate nell'ambito dell' assistenza sanitaria e della prevenzione. L'isolamento e

la restrizione dell'assistenza sanitaria abituale imposti dal marzo 2020 possono potenzialmente causare più danni alla parte più anziana della popolazione che non il virus stesso. A questo proposito il numero di persone morte nel 2020 senza un test PCR positivo è allarmante.

(2) Quali sono gli effetti sulla salute e sull'aspettativa di vita delle misure a lungo termine, pregiudizievoli per l' economia, sulla salute e sull'aspettativa di vita della popolazione attiva e su quella delle giovani generazioni? Questo comporta la chiusura di interi settori, la disoccupazione, l'aumento della dipendenza dallo Stato in grandi numeri, e allo stesso tempo si assiste a un peggioramento della situazione economica ecc.

Non tenendo in debito conto gli effetti dannosi della sua politica di misure ed esigendo immensi sacrifici da tutta la popolazione, il Consiglio federale viola in modo permanente e significativo il principio costituzionale della proporzionalità (art. 5 cpv. 2 e art. 36 cpv. 3 Cost.).

Data l'importanza dell' affermazione del principio di proporzionalità per qualsiasi gestione delle epidemie, il legislatore ha ribadito aspetti essenziali di tale principio nella stessa legge sulle epidemie. Per quanto riguarda le misure restrittive del Consiglio federale nei confronti della popolazione, l'articolo 40 capoverso 3 della legge sulle epidemie recita:

"I provvedimenti possono essere applicati solo finché sono necessari per impedire la propagazione di una malattia trasmissibile. I provvedimenti sono verificati regolarmente. "

Non prendendo in considerazione l'impatto delle sue misure sulla salute e l' aspettativa di vita dei gruppi di popolazione più colpiti, il Consiglio federale viola l'articolo 40 capoverso 3 della legge sulle epidemie e il principio fondamentale della proporzionalità.

In questo contesto, non è più comprensibile perché la massima autorità dello Stato sia rimasta in silenzio fino ad oggi. Il legislatore svizzero viene meno al suo obbligo istituzionale di diritto costituzionale di controllare il Consiglio federale (art. 169 Cost.). Fino ad oggi, l'Assemblea federale non è riuscita a sottoporre le basi e l'efficacia delle misure del Consiglio federale a una verifica indipendente, critica ed efficace (art. 170 Cost.).

Ciò significa che i meccanismi costituzionali di controllo e correzione dello Stato di diritto svizzero sono sospesi dal marzo 2020 a tempo indeterminato. Questo avviene in un momento in cui il danno economico per l'economia svizzera, il settore privato svizzero e le persone colpite, così come la compromissione della salute e dell'aspettativa di vita di un numero incalcolabile di persone, aumenta ogni giorno che passa.

Non si intravvede una fine di questo progressivo regime di misure incontrollate e nocive.

Queste poche indicazioni sono solo a titolo di esempio e non vanno considerate come conclusive.

ALETHEIA – Medicina e scienza per la proporzionalità