



***Manifesto  
di Bruxelles  
di settembre***

**[ IT ]**

SARS-CoV-2 / COVID-19

**2020 Corona Crisis**

# MANIFESTO



## Chiamata ai governi europei

### 10 risoluzioni per una nuova strategia di test su strisce di carta

september-october 2020  
info – at – rapidtests.be

Manifesto\_Brussels\_September\_Manifesto\_2020\_v1.002.0\_it\_02b

*Manifesto subject to change,  
on the basis of scientific progress, and/or  
on the basis of progressive insights.*

Brussels September Manifesto

10 resolutions for a new massive paper-strip test strategy

SARS-CoV-2 / COVID-19 crisis measures

**Manifesto di Bruxelles di settembre :: Una chiamata alle armi a tutti i governi europei ad adottare tutte le misure necessarie per sostenere la produzione e la distribuzione di autotest "Corona" su strisce di carta (Corona screening paper-strip self-tests)**

---

--- **Risoluzione n. 01** ---

Il Manifesto di Bruxelles di settembre invita i governi europei ad adottare tutte le misure necessarie per sostenere la produzione e la distribuzione di massa di autotest "Corona" su strisce di carta.

I cittadini europei dovrebbero essere in grado di effettuare questi test della saliva nel comfort della propria casa (24 ore su 24, 7 giorni su 7), al fine di verificare la propria infettività SARS-CoV-2 o l'assenza di tale contagiosità.

Oggi, in tutta Europa, c'è un bisogno quotidiano di 80 milioni di "test rapidi". Nel solo sistema educativo europeo, almeno 30 milioni di questi test sono necessari ogni giorno di scuola.

Il fallimento delle tradizionali piattaforme diagnostiche a 100 € per test (come i tradizionali test PCR ~ [rt / qRT / RT-qPCR]) e l'effetto devastante di questo fallimento diagnostico su un'opinione pubblica europea sempre più disincantata, dimostra che c'è effettivamente un'urgente necessità di una nuova strategia di rilevamento: lo screening massivo della popolazione - superficiale, anonimo e prolungato, e frequentemente ripetuto; basato su un programma di testings domestici. In termini tecnici: 'COVID-19 Public Health Surveillance' o "sorveglianza sanitaria pubblica COVID-19".

In pratica, semplicemente non c'è alternativa così veloce, economica, comoda, efficace, efficiente, anonima, utile e "scalabile" (estensibile) come il metodo qui sostenuto di screening di massa decentralizzato. Per questo motivo i governi europei devono finalmente prendere la decisione di adottare questo metodo di test preventivo; approvando al più presto i test della saliva sulla striscia di carta 'Do it yourself' (fai da te), incoraggiando - con la massima urgenza - il loro ulteriore sviluppo, e dando un massiccio sostegno alla loro produzione, distribuzione e utilizzo da parte dei cittadini europei.

L'obiettivo deve essere che i cittadini europei siano in grado di effettuare almeno 100 milioni di test della saliva al giorno entro il 31 dicembre 2020.

Con un costo inferiore a 1 € per test o un costo totale inferiore a 100 milioni di € al giorno, questo è - statisticamente parlando - il metodo più efficiente e efficace per testare intere coorti di partecipanti nella

società europea, negli istituzioni educative europee, e nella vita culturale e sociale europea; per poter far uscire l'economia europea dalla stasi e riaprirla il più possibile. Allo stesso tempo, il numero di infezioni da SARS-CoV-2 e il numero di casi di malattie e morte da COVID-19 potrebbero essere ridotti estremamente rapidamente, con mano gentile e in modo sostenibile.

La ricerca mostra - e su questo punto c'è un consenso scientifico generale - che i moderni test di screening antigenici a basso costo possono aiutare efficacemente a rilevare i "casi corona" infettivi; e che i risultati migliori (e più affidabili) si ottengono quando questi test rapidi vengono applicati molto regolarmente (ad esempio giornalmente). Se utilizzato con sufficiente frequenza da alcuni gruppi di popolazione, può anche essere possibile ridurre il numero di casi di malattia da COVID-19 in Europa a quasi 0 ('close to zero'), perché alcuni membri dei gruppi statisticamente più rilevanti (a rischio) che sono stati recentemente infettati e che dovrebbero quindi essere identificati come potenziali spargitori di virus asintomatici, scopriranno immediatamente, tramite test ad alta frequenza, che sono davvero contagiosi, prima di poter infettare chiunque altro. In questo modo, è molto meno probabile che il virus si diffonda nella società, mentre le risorse mediche, scientifiche e diagnostiche saranno liberate per combattere efficacemente la pandemia.

Pertanto, questo tipo di 'screening della popolazione' massivo e il cosiddetto metodo di 'sorveglianza della salute pubblica COVID-19' ('COVID-19 public health surveillance') che ne è alla base, non solo protegge gli interessi privati di ogni singolo utente di autotest, ma anche - in primo - protegge il nostro interesse comune; a cominciare dalla salute pubblica di tutti gli europei.

È tuttavia prevedibile che il nuovo regime di screening come quello qui sostenuto (basato sui test della saliva su strisce di carta) dovrà - purtroppo ma necessariamente - essere mantenuto almeno fino al 2023; cioè, fino a quando il virus SARS-CoV-2 è mutato positivamente e ha diminuito sufficientemente la sua potenza di COVID-19 (cosa improbabile), o fino a quando che agenti antivirali (o modificanti la malattia) sufficientemente efficaci e/o vaccini protettivi (neutralizzanti o non neutralizzanti, ma comunque abbastanza durevoli) sarebbero immessi sul mercato (il che potrebbe essere possibile - al più presto entro il 2023), o fino al raggiungimento dell'immunità di gruppo

(minima) dopo che una coorte sufficientemente ampia è stata vaccinata con un vaccino immunosterilante efficace contro l'infezione da SARS-CoV-2 (che - entro il 2023 al più presto - è anche possibile).

Inoltre, tali aspettative devono essere confrontate e contrastate con gli obiettivi di alcuni vaccini di emergenza puramente 'COVID-19 protettivi contro la malattia' che sono ora in fase di sviluppo accelerato (alla fine del 2020), ma che purtroppo non offriranno una protezione permanente (o sufficiente) contro i rischi di infezione virale da SARS-CoV-2, che sono uno dei tratti distintivi di questo virus e che rendono questo virus e questa pandemia particolarmente pericolosi.

A maggior ragione perché i suddetti vaccini d'emergenza (programmati al più presto per il 2021) offrono una prospettiva - in ogni caso - incerta, anche se gli obiettivi e le aspettative dichiarati - in ogni caso - sono per livelli di efficacia molto limitati, ufficialmente: "la prevenzione o mitigazione della MALATTIA, NON DELL'INFEZIONE", che in termini di efficace controllo della malattia da COVID-19 - secondo gli obiettivi ufficiali dei produttori - ammonta a una protezione di circa il 50% a 70% (e anche allora: solo parziale) contro alcuni importanti sintomi della malattia COVID-19.

In altre parole, e quindi non ci sono malintesi su questo tema: anche se presto saranno ampiamente utilizzati gli autotest rapidi qui consigliati, i "progressi medici fondamentali" tanto attesi dall'opinione pubblica europea nel campo della protezione contro il rischio di trasmissione di SARS-CoV-2 e/o nel campo dei metodi di trattamento per COVID-19, sono - allo stato attuale delle cose, anche secondo le previsioni più ottimistiche - attesi solo nel 2022-2023. Ecco perché - in ogni caso - rimarrà sempre necessario, in coerenza con la strategia iniziale di 'appiattimento della curva' e di 'mitigazione dell'infezione', mantenere molte delle attuali politiche di prevenzione, al fine di ridurre prima il numero di infezioni da SARS-CoV-2 - a tutti i costi - e in seguito di mitigarle il più possibile.

---

--- **Risoluzione n. 02** ---

Consentire non solo ai cittadini europei, ma se utile anche alle loro scuole, aziende, università e associazioni di istituire un regime preventivo (in linea di principio non vincolante) di screening delle strisce di carta tra i loro membri, come parte di

un ampio screening della popolazione, o di "organizzare" essi stessi massicci screening di gruppo. Ciò significa: permettere a queste istituzioni di insistere affinché i loro membri dimostrino individualmente la propria NEGATIVITÀ al test SARS-CoV-2 ad intervalli regolari - ad esempio ogni 4 ore / 12 ore / 24 ore / 36 ore / 48 ore, a seconda delle esigenze specifiche.

E fare questo: senza prescrizione medica, sulla base di semplici test antigenici della saliva su striscia di carta che danno un risultato sufficientemente affidabile entro 15 minuti (come altri "autotest di riferimento", come i classici test delle urine HCG di gravidanza).

In altre parole: cambiare completamente rotta e implementare un regime di screening-test completamente nuovo, massiccio e decentralizzato. Distribuire alla popolazione enormi quantità di test della saliva, che da un lato possono essere effettuati in modo massiccio e rapido, senza alcun intervento medico, e senza alcuna necessità immediata di ricorrere ad apparecchiature o dispositivi di laboratorio specializzati, ma che dall'altro dimostrano in modo affidabile la negatività del virus, e quindi si trasformano in un 'VIRUS POSITIVO = NON OK! o 'NO GO' o 'NOT OK' se l'utente è già contagioso o minaccia di esserlo (o in un'altra situazione piuttosto eccezionale in caso di test poco frequenti: se l'utente può essere stato contagioso ma presto non lo sarà più, cosa che può essere facilmente verificata con un nuovo test qualche ora dopo).

---

#### --- Risoluzione n. 03 ---

Rendere i cittadini europei consapevoli delle azioni concrete previste a seguito di un test positivo "NON VAI" - "NON OK" / "NO GO" - "NOT OK":

- (1) Autoisolamento immediato, fino a prova contraria.
- (2) Un test "di conferma" istantaneo della saliva su striscia di carta (cioè un test di conferma basato su una diversa composizione molecolare, o anche su una tecnologia Ab monoclonale leggermente diversa).
- (3) Auto-tracciamento dei contatti recenti dell'utente dall'ultimo test della saliva.
- (4) Eventualmente/Facoltativamente un ulteriore test diagnostico clinico "di conferma" (RT-PCR).

In particolare fare appello al buon senso e allo spirito civico degli utenti che effettuano questi test salivari nella sfera privata del proprio domicilio, senza alcun obbligo di comunicare i risultati alle autorità competenti.

Per importanti eccezioni a quest'ultimo principio, vedere la seguente Risoluzione n. 04.

---

#### --- Risoluzione n. 04 ---

Anche fare appello al buon senso e al dovere civico, nel caso in cui questi test di screening siano "organizzati"; ad esempio nell'ambito di istituti o associazioni scolastiche, in aziende di trasporto pubblico o all'ingresso di istituti di cura, in uffici pubblici o aziende private.

A seconda delle circostanze concrete, e solo per quanto strettamente necessario, tali risultati di "screening organizzati" possono essere soggetti a misure individuali o collettive, dirette e coercitive (come, ad esempio, l'isolamento o la quarantena), ma solo a condizione che sia rispettata la privacy di ogni individuo, compresi alcuni diritti sociali di base, il diritto del lavoro e altri diritti umani personali e/o collettivi.

Come misura di sicurezza, nel contesto dei "test salivari organizzati", fornire ad alcuni di questi organismi una serie di test della saliva "di conferma" molecolarmente diversi, che possono servire come doppio test di conferma, ad esempio nel caso in cui uno degli studenti, degli insegnanti, del personale, della facoltà o degli altri membri risultasse positivo, o nel caso in cui un gran numero di test rapidi della saliva producesse inespugnabilmente un numero insolitamente "anomalo" di risultati positivi o negativi. In effetti, la probabilità di risultati "falsi positivi" può di solito essere significativamente ridotta da tali test di "conferma" (doppia conferma). E nel tentativo di aumentare drasticamente il controllo di qualità e in vista di un'abbondante vigilanza da parte degli "organismi organizzatori" che organizzano e/o coordinano ampi programmi di screening, l'uso di "test di validazione" può anche ridurre significativamente il rischio di risultati "falsi negativi" e/o "falsi positivi" (ad esempio implementando campioni di convalida "intelligenti"). Pertanto, gli enti organizzatori più evidenti dovrebbero essere sufficientemente avvertiti e informati sull'impatto statistico di concetti quali "prevalenza", "sensibilità" e

"specificità" sulla probabilità di risultati "falsi positivi" e dovrebbero ricevere informazioni sufficienti su come controllare ed elaborare al meglio i risultati dei loro test di gruppo.

---

#### --- Risoluzione n. 05 ---

Informare tutti gli utenti che l'uso massiccio di autotest rapidi da € 1 non deve (in linea di principio) essere confuso con una diagnosi medica molto più affidabile (in linea di principio), né con test diagnostici clinici (in linea di principio) molto più sensibili / specifici (es. test RT-PCR classici a 100 €), come quelli effettuati durante i primi 9 mesi della pandemia (da gennaio a settembre 2020) come 'gold standard' / "standard di eccellenza" stabilito dall'industria dei test, su base esclusiva da un monopolio di laboratori specializzati e ufficialmente accreditati.

Rendere consapevoli i nuovi utenti dei test dei vantaggi e degli svantaggi di un autotest rapido su strisce di carta. Confrontare e contrastare questi autotest, soprattutto con i tradizionali test diagnostici RT-PCR, che non solo sono molto più impegnativi in termini di capitale, tempo e lavoro (per esempio attrezzature di test, personale medico, spese generali, tempi di attesa, controlli di qualità, ecc. ), ma che spesso possono anche portare a ritardi potenzialmente letali; ad esempio, se un super-spargitore ('super-spreader') asintomatico di coronavirus scopre solo in seguito di essere stato positivo al CORONA al momento del suo test, ma da allora ha semplicemente "continuato a uscire", mentre lui/lei (o le persone nel suo ambiente immediato) da quel momento in poi avrebbe dovuto entrare urgentemente in autoisolamento (e quarantena) - - una situazione che si verifica ancora troppo spesso oggi, a causa di una (intrinseca) mancanza di tempi di risposta sufficientemente rapidi della RT-PCR diagnostica tradizionale.

Pertanto, informare tutti gli utenti del test sulle caratteristiche principali degli autotest della saliva / striscia di carta, e mantenere queste informazioni chiare e facilmente comprensibili:

- Gli autotest sulla saliva su striscia di carta sono relativamente meno accurati: - Paper strip saliva self-tests are relatively less accurate: after all, they are slightly less sensitive and slightly less specific; which can have several consequences.

□ On the one hand, this can give rise to a greater probability of 'false positive' results, ✓ which can subsequently be compensated for by an almost identical confirmatory saliva test (albeit with a different molecular composition), or by a classic RT-PCR test, or otherwise by simply repeating the same saliva test a few hours later.

□ On the other hand, there is a limited risk of "false negative" test results - during a short period of a number of hours at the very beginning of the traditional Corona "infectivity peak", which in most cases tends to be asymptomatic; but this limited risk is in turn - certainly if considered across the entire population - offset by factors such as the following:

a) ✓ an anyhow relatively low individual "viral load" at the start of infectiousness/transmissibility;

b) ✓ a high probability of being 'caught' or 'discovered' in subsequent tests, given the typically-high (e.g. daily) test rate for a representative user of paper-strip self-tests;

c) ✓ fast response times in case of the self-tests in comparison with the long turnaround times for highly specific and / or highly sensitive diagnostics where, instead of the hereproposed 15 minutes, the test results will take at least 6 to 24 hours and (all too) often even up to several days, leading to an increase of the actual risk of infection run by a 'positive' patient upon using high-quality albeit 'slow' test methods such as RT-PCR laboratory diagnostics, that may eventually turn out to be considerably riskier than in case the same test person - ceteris paribus - would have used a screening method based on the 'rapid' do-it-yourself saliva tests;

d) ✓ As a result of the massive deployment of the intended paper-strip saliva tests, many infectious virus carriers are indeed removed from the cohort (ie from the general population), and particularly at those very moments when they are the most contagious (ie during their SARS-CoV-2 infectiousness/transmissibility peak).

• Gli autotest della saliva su striscia di carta sono notevolmente più efficaci: - Paper strip saliva self-tests are considerably more effective: they are much easier to use (at home or outside), and they also provide their users with the intended 'GO - NO GO' test results much faster. This is particularly important when symptomatic or asymptomatic Corona virus carriers are going through their viral peak (a period of approximately 60 to 72 hours, with the highest viral load and viral shedding, so with the highest

transmissibility, i.e. with the highest risk of infection).

• Gli autotest della saliva su striscia di carta sono notevolmente più economici (fattore 1/100): - Paper strip saliva self-tests are considerably cheaper (factor 1/100): after all, they consist (in principle) only of a paper strip test without further medical intervention. Since they are not capital-, labor- or time-intensive (and - at a rate of € 1 per test - are much more cost-effective), antigen saliva paper-strip tests make it possible to test on an individual basis much more frequently: for example daily, or on working days or school days, or prior to boarding an airplane, a bus or a taxi, or for example at very frequent, regular times: every 8, 12, 24 or 48 hours, etc.).

• Gli autotest della saliva su striscia di carta sono estremamente "scalabili" (estensibili): - Paper-strip saliva self-tests are massively 'scalable': unlike other means of testing they can be quickly and easily produced on a massive scale, almost without limits, as they consist of relatively simple paper-strips that are relatively easy to manufacture in specialized printing and packaging factories. Given the ultra-light nature of these strips, their distribution will also be lowcost and predominantly problem-free.

In particolare, informare tutti gli utenti sulle principali caratteristiche statistiche speciali degli autotest:

(1) affidabilità del quasi 100% in caso di aumento del rischio di contagio, in particolare nel contesto del rilevamento rapido in meno di 15 minuti di "super-propagatori di infezioni" (i cosiddetti "super spreaders") durante il pericoloso "picco di infettività virale" della loro infezione (cioè il periodo di 60-72 ore in cui la carica virale è massima, cioè quando la soglia del ciclo RT-PCR (cycle threshold) è il più basso, quindi in pratica: con il più alto rischio di contaminazione).

(2) un effetto leva statisticamente vantaggioso mediante la combinazione di almeno due test salivari molecolarmente divergenti (ad esempio di produttori concorrenti): come affermato sopra, esiste effettivamente una piccola probabilità (inferiore al 2%) di risultati "falsi positivi", ma questa probabilità diminuirà rapidamente dopo il risultato positivo iniziale, a condizione che venga somministrato anche un test della saliva di conferma (aggiuntivo). A causa degli effetti statistici, questa probabilità scende a meno di 1 su 1000 (meno dello 0,1%), il che è certamente accettabile (ad esempio da un punto di vista bayesiano), considerando tutti gli altri vantaggi offerti da questi test intigenici salivare.

Spiegare ai cittadini europei come questi test di screening della saliva (nonostante le loro caratteristiche e intervalli apparentemente meno affidabili) siano - da un punto di vista statistico-scientifico - preferibili, e spiegare come questo tipo di test e i suoi risultati possono essere al meglio utilizzati.

Informare la popolazione europea sul valore aggiunto statistico / epidemiologico globale di un screening rapido della popolazione basato sui test della saliva, in contrasto con i test diagnostici come i classici test RT-PCR, che in ogni caso sono troppo costosi, troppo lenti e troppo ingombranti e troppo scarsi per essere implementati su una simile "scala massiccia", e che solo per questo motivo, ma non solo per questo, non possono godere della stessa leva statistica dei test rapidi a basso costo. Al contrario: l'elevato costo ed i lunghi tempi di esecuzione dei test diagnostici di alta qualità rappresentano senza dubbio un significativo svantaggio statistico-epidemiologico rispetto agli autotest antigenici rapidi - ad es. dal punto di vista del numero di morti, disabili, feriti, malati, ecc.

Tenuto conto di queste particolari caratteristiche statistiche, in tempi di pandemia è necessario convincere i cittadini europei della necessità economica e sociale di autotest individuali nel contesto di uno screening massivo, decentralizzato e generalizzato della popolazione, che si svolge ora dopo ora, giorno dopo giorno, settimana dopo settimana, rimuovendo 'dalla circolazione' tutti i casi che risultano positivi fino a quando non sono più positivi e quindi non sono più contagiosi.

Informare i cittadini europei - e non lo si sottolineerà mai abbastanza - dell'importanza di seguire le istruzioni per l'uso del test durante il prelievo del campione e durante la lettura e l'interpretazione dei risultati del test rapido; così come dei rischi statistici, complicazioni e costi associati ai test e ai risultati dei test; come i danni associati non solo alla loro corretta o errata somministrazione, ma anche associati alla (deplorabile) non somministrazione di detti autotest di screening COVID-19.

---

--- **Risoluzione n. 06** ---

Si supponga che la maggior parte degli utenti che risultano positivi agli autotest rapidi su striscia di carta vorranno anche

utilizzare molto rapidamente un test diagnostico di conferma tradizionale in un ambiente medico professionale (ad es. il classico test RT-PCR). Fornire i mezzi (aggiuntivi) necessari a tal fine e/o adottare le misure di sensibilizzazione necessarie per evitare di sovraccaricare i laboratori diagnostici all'inizio della nuova strategia di screening rapido.

In ogni caso, fornire sufficienti "test di conferma" (si tratta di test della saliva quasi identici, che differiscono leggermente a livello molecolare dai test standard e possono quindi determinare in modo affidabile se l'utente si trova o meno di fronte ad un risultato "falso positivo"). Ad esempio, con ogni consegna di 100 test standard, i produttori potrebbero includere almeno 10-15 test aggiuntivi di conferma.

Le offerte, le specifiche, i termini di riferimento e i moduli d'ordine che vengono redatti al momento dell'acquisto dovrebbero prevedere una tale disposizione, in quanto questo sistema di conferma del "secondo parere" potrebbe rivelarsi molto utile in seguito, al fine di evitare o risolvere tutta una serie di problemi (ad esempio un improvviso aumento del numero di tester "falsi positivi") e altri inconvenienti, insoddisfazione, mancanza di fiducia, ecc. che dovrebbero essere evitati.

Per "eccesso di cautela", le autorità potrebbero anche decidere che i nuovi test devono essere introdotti inizialmente in fasi, settimana per settimana, per evitare che problemi tecnici o problemi iniziali (per esempio in caso di improvviso e inaspettato aumento del numero di "falsi positivi") provocherebbe un collasso dell'infrastruttura di test diagnostici PCR. Si raccomanda pertanto che tutti i produttori (in consultazione con le autorità competenti) effettuino adeguate prove preliminari così come controlli di qualità sostenuti, da effettuarsi al momento della specificazione, della produzione, della distribuzione e durante la somministrazione di questi test della saliva massicciamente distribuiti. Questi controlli di qualità possono coincidere o meno con altre ricerche epidemiologiche scientifiche che avranno luogo, come l'elaborazione e il trattamento di alcuni risultati (ad es. campioni) nelle indagini europee in corso nel contesto della pandemia SARS-CoV-2 / COVID-19.

In ogni caso, la comunicazione relativa a tutti questi aspetti di rischi particolari o di problemi iniziali o altri problemi tecnici dovrebbe sempre essere rapida, chiara e trasparente; per garantire che la fiducia

degli utenti in questi rapidi auto-test 'corona' non sia compromessa inutilmente. In considerazione della natura visibile e tangibile degli autotest su carta e della tecnologia relativamente semplice che sta alla base della proposta strategia di test (certamente se confrontata con gli attuali metodi di test diagnostici come l'Ab o la PCR), questo non dovrebbe essere troppo problematico.

Inoltre, le suddette considerazioni non devono essere usate impropriamente come scusa o causa di ritardo nella progettazione o nella gestione della nuova strategia di screening della popolazione. Le fasi necessarie, come lo sviluppo e la standardizzazione delle specifiche, la designazione degli sistemi di controllo, l'organizzazione della logistica, la preparazione delle campagne di sensibilizzazione, ecc. dovrebbero avere la priorità. Dopo tutto, non c'è tempo da perdere.

---

#### --- Risoluzione n. 07 ---

Rendere disponibili tutti i fondi pubblici richiesti (compresi i finanziamenti di emergenza) necessari per finalizzare e accelerare il nuovo regime di test e di screening e per procurarsi i molti miliardi di test su strisce di carta richiesti per questa campagna di salute pubblica, al fine di essere massicciamente distribuiti tra la popolazione, in modo che - in interesse pubblico - questi "test della saliva fai da te (DIY)" sono facilmente accessibili ai cittadini europei.

Nella misura in cui - come in questo caso - sono ancora necessari ulteriori investimenti in R&S/logistica e distribuzione/marketing e campagne R.P. di sensibilizzazione - nell'ambito dell'impiego di questi test rapidi sulle strisce di carta - dovrebbero essere messe a disposizione ulteriori risorse pubbliche per superare i rimanenti ostacoli tecnici/logistici. Ciò dovrebbe essere fatto in modo ambizioso e decisivo, compresa la mobilitazione di tutte le competenze accademiche disponibili e di tutte le risorse militari pronte ad assistere, compresi i sussidi per l'industria locale e per le organizzazioni della società civile, e nel necessario, comprese le requisizioni e le espropriazioni legali.

Come per la distribuzione delle maschere corona, la distribuzione di 'rapid test' dovrebbe essere gratuita, così come la distribuzione gratuita di preservativi o la fornitura di test diagnostici gratuiti all'inizio dell'epidemia di HIV/AIDS a

metà degli anni '80 - un virus per il quale non è stato ancora sviluppato un vaccino efficace (35 anni dopo).

Nota: anche se la pandemia di SARS-CoV-2 / COVID-19 in caso di infezione o malattia offre prospettive di sopravvivenza significativamente migliori rispetto alla corrispondente infezione o malattia all'inizio della pandemia di HIV/AIDS, il mantra dovrebbe sempre essere che la prevenzione è meglio della cura, quindi per il momento, la prevenzione delle infezioni virali da SARS-CoV-2/COVID-19 merita una priorità assoluta, rispetto alla ricerca di trattamenti o alla ricerca di vaccini COVID-19. Dopotutto, non si può semplicemente presumere che questa situazione di crisi del COVID-19 attualmente in corso sarà definitivamente risolta entro i prossimi 6 mesi.

Inoltre, c'è sempre più bisogno di una serie di attività umane senza maschere facciali: alcuni contatti sociali e familiari, educazione di gruppo, eventi sportivi e culturali, ecc. Tali attività possono essere svolte solo se vengono prese adeguate precauzioni e misure preventive.

Dare priorità ai "test frequenti e rapidi" è una parte essenziale di qualsiasi politica di prevenzione delle infezioni da corona, con l'obiettivo di isolare il maggior numero possibile di individui infetti, in modo che la vita normale possa continuare e affinché le nostre strutture sanitarie non rimangano "esponenzialmente" sepolte sotto una valanga di casi COVID-19 urgenti e ad alta intensità di cure. Il metodo di auto-screening della saliva, come qui raccomandato, è la strategia più efficace ed efficiente (se non l'unica estensibile, quindi praticabile) per rimuovere da tutti i tipi di strati sociali e demografici il maggior numero di casi infettivi, nel modo più rapido ed economico possibile - ovunque e in qualsiasi parte d'Europa; almeno fino a quando risulteranno di nuovo negativi e quindi non rappresenteranno più alcun pericolo per i loro concittadini europei.

La forza intrinseca di questo metodo di screening rapido risiede negli effetti biostatistici ed epidemiologici di un auto-testing continuo, frequente e massiccio da parte dei singoli cittadini, che scopriranno immediatamente i risultati dei propri test. È quindi essenziale che i nostri concittadini europei ricevano un numero massiccio di test il più presto possibile, in modo che possano iniziare a eseguire i test istantanei in gran numero.

--- **Risoluzione n. 08** ---

Act locally, Think globally: Agire localmente, Pensare globalmente - coordinare tutte le misure a livello centrale europeo, e porre queste misure sotto l'autorità di istituzioni internazionali come la Commissione Europea e l'OMS (e forse, se ancora utile o necessario, la NATO).

Quindi, implementare un programma di screening di autotest su vasta scala, coordinato a livello centrale, su scala veramente massiccia, a livello nazionale e regionale, ma in conformità con le linee guida europee (aggiuntive).

Condurre questo nuovo massiccio programma di screening della popolazione europea su base scientifica, e preferibilmente sulla base del principio di sussidiarietà, sulla base di una rigorosa politica di applicazione e sulla base di atteggiamenti ragionevoli e di solidarietà intergenerazionale:

◆ Base scientifica

Adattare la politica di screening alle più recenti conoscenze scientifiche. Garantire che la salute pubblica europea (e le conoscenze scientifiche in materia) abbia la precedenza sull'economia europea. Prendere la scienza sul serio: includendo l'economia della sanità pubblica, la governance della salute pubblica, la virologia, l'immunologia, l'epidemiologia e la bio-statistica.

Adottare le misure pubbliche necessarie per proteggere la salute pubblica europea, ma farlo nel modo logicamente più ragionevole e statisticamente più efficiente; anche se si devono utilizzare mezzi di test meno accurati (sub 'Gold standard', sub-RT-PCR), come gli autotest rapidi antigenici.

Incoraggiare il dibattito scientifico, ma stabilire un rapido consenso scientifico sulle sfide politiche più urgenti che richiedono un controllo centrale e decisioni rapide (come i metodi di screening della popolazione basati sui test domiciliari antigenici). Comunicare su questo con una voce chiara.

Informare accuratamente le autorità politiche e sanitarie locali di tutte le decisioni prese a livello centrale, nonché delle basi scientifiche di tali decisioni.

◆ Sussidiarietà

Fare a livello locale, ciò che meglio può essere organizzato e implementato a livello locale. Sostenere le autorità locali con le loro politiche.

Ma nel caso - come nel caso della pandemia di corona - che alcune autorità locali rischiano di perdere il controllo della situazione o che chiaramente non

hanno una sufficiente padronanza della politica, non esitare a intervenire, coordinare e organizzare tale politica al loro posto (e, se necessario, ad anche attuare questa politica al loro posto) a un livello più alto e più centralizzato. Nel caso del metodo di screening dell'autotest a livello europeo: a livello della Commissione europea e/o a livello nazionale degli Stati membri.

Nel caso in cui questo minacci di degenerare in un qualsiasi tipo di dibattito politico, condurre queste discussioni nel rispetto della scienza e tenendo conto degli input politici e delle proposte avanzati dagli scienziati. Vale a dire, sottoporre il più possibile il processo decisionale politico al consenso scientifico "applicato" stabilito.

◆ Politica di applicazione seria

Attuare una seria politica di applicazione nel contesto delle misure e dei mandati della corona; soprattutto nel campo delle maschere facciali corona e degli autotest corona. Informare accuratamente le autorità locali di tutte le decisioni prese a livello centrale e della base scientifica di tali decisioni. E informare i cittadini delle conseguenze mediche e scientifiche delle loro azioni, nonché delle possibili conseguenze legali di tali azioni; o di non compiere questi atti.

◆ Ragionevolezza - Solidarietà

Nella misura in cui ci si può ragionevolmente aspettare dai cittadini europei, fare appello alla loro comprensione, alla loro solidarietà intergenerazionale, al loro buon senso e al loro senso morale del dovere civico.

Ricordare ai cittadini europei la loro responsabilità individuale di effettuare regolarmente i nuovi autotest rapidi (secondo le istruzioni d'uso del produttore) e il loro dovere morale di seguire correttamente i risultati di questi autotest.

Far capire a tutti che si tratta di uno sforzo comune europeo, in cui tutti hanno una responsabilità e in cui tutti abbiamo un interesse: giovani e anziani, da nord a sud, da est a ovest.

Sottolineando questi punti, promuovere un sostegno pubblico sostenibile e democratico tra la popolazione europea per quanto riguarda la necessità del nuovo metodo di SCREENING (basato su massicci autotest), e la necessità dei fondi pubblici da accantonare e delle altre misure di emergenza europee da applicare a questo scopo.

Coordinare lo sviluppo, le specifiche, l'approvvigionamento, la produzione e la

logistica per questo schema di auto-screening europeo centralizzato. Organizzare questa massiccia indagine sulla popolazione come una campagna militare e utilizzare tutti i mezzi possibili per trasformarla in un successo. Adattare le tattiche locali alla situazione e alle persone sul campo; ad esempio, tenere sufficientemente conto delle differenze culturali, delle barriere linguistiche o di altri ostacoli pratici che potrebbero ostacolare o impedire la distribuzione e l'uso regolare di questi 'rapid test'.

In un recente contributo, F. Vandembroucke, R. Beetsma, B. Burgoon, F. Nicoli, A. de Ruijter (2020) affermano letteralmente: "L'UE può svolgere un ruolo importante in Covid-19 organizzando la solidarietà sanitaria mediante un cosiddetto processo di appalto pubblico europeo". - "The EU can play an important role for Covid-19 in organizing health solidarity through a European public procurement process."

*EU SOLIDARITY IN HEALTH*

*Solidarity is explicitly recognized in EU law and policy. In the case of disasters, such as a pandemic, the European Treaties set out a clear mandate, at least in principle. Article 222 of the Treaty on the Functioning of the EU (TFEU) stipulates that solidarity demands that in case of a disaster, Member States are to provide assistance to one another and act jointly and in cooperation.*

*EU HEALTH SOLIDARITY IN THE FACE OF DANGER*

*In order to understand the current role the EU can have with respect to organizing solidarity for responding to Covid-19, particularly with regard to the public procurement of pandemic medicines and medical countermeasures more generally, we should go back to 2009 with the global spread of a new virus, swine flu.*

*In the year of the swine flu outbreak, new provisions in the Lisbon Treaty created the basis for the current EU role, by adding to Article 168 TFEU: "Union action, which shall complement national policies, shall be directed toward improving public health, [...]. Such action shall cover the fight against major health scourges, by promoting research into their courses, their transmission, and their prevention, as well as health information and education, and monitoring, early warning of, and combating serious cross-border threats to health."*

..

Following Commission efforts in order to address some of the problems identified above, in 2013 Decision 1082/2013/EU of the European Parliament and the Council was adopted dealing with serious cross-border health threats. Again, however, Member States did not agree to a binding system for public procurement. Instead, Article 5 of the Decision created the legal basis for voluntary public procurement of medical countermeasures in case of a health emergency. The Joint Procurement Agreement (JPA) that further implements Article 5 entered into force in 2014. This agreement applies to joint procurement of medicines, medical devices and "other services and goods" needed to mitigate or treat cross-border threats to health.

..

The EU can play an important role for Covid-19 in organizing health solidarity through a European public procurement process. The current system already has created a centralizing effect in a pre-purchase that was done with 15 Member States in 2019, and currently more of these processes are on the way.

Another route for a more central role for the EU could be under the heading of EU solidarity proper, rather than under that of the EU health law regime. The EU Civil Protection Mechanism based on Article 222 TFEU depends on the willingness of Member States to join forces. In 2019 the Mechanism was strengthened by "rescEU", in an attempt to centralize EU capacities. Article 12 of this Decision provides for the EU to use its internal funds, pre-committed national funds, and EU co-financed Member States capacities at the disposal of EU efforts, to respond to a major emergency. This mechanism also creates the possibility for joint procurement, parallel to the JPA under the health infrastructure. Here, the Commission can assume a more central role, because the Decision allows for central EU implementation of decisions toward distribution and allocation. Nevertheless, the actual capacity of rescEU still largely depends on the willingness of Member States to contribute, and is likely substantially smaller than what can be nationally organized or through the JPA.

..

#### POLICY SUGGESTIONS FOR AN EFFECTIVE WAY FORWARD

Across EU countries, there are large differences in healthcare systems. Systems differ not only in terms of the quality and available budgets, but also in terms of

history, culture, and organization. There are valid reasons to respect the "subsidiarity principle" in healthcare matters, as deviations from this principle carry a danger of inefficiencies or may exacerbate inequalities: a central decision that ignores differences in national health arrangements could have widely varying impacts on Member States healthcare systems. The issue is different, however, when it comes to decisions related to infectious diseases, because such decisions may have large cross-border spillovers. In this case, "national prerogatives" may create a problem of collective action that yields, in the end, bad outcomes for everyone.

If the line of argument is accepted that claims based on "national prerogatives" now have to give way to true European solidarity, then the EU must prove that it can also support the Member States in a tangible way at the EU level. Therefore, the joint procurement initiatives both within the EU health regime (which can ensure size and volume) and the rescEU (which creates a central allocation authority for the Commission) are so important. However, "volume" and "central authority" do not coincide. It does not suffice for Member States to say that the EU should merely ensure the integrity of the single market and allow for unfettered free movement.

The EU will then also need to be empowered to set up real cooperation to keep citizens more safe.

..

Europe is now paying the price for a lack of a centralized policy in the face of pan-European health threats. Countries are competing with each other to acquire medical countermeasures, for example by imposing export bans. The result is a decentralized outcome that is suboptimal in the sense of these products not always being allocated where they are most needed. However, in the current circumstances, legal threats from infringements of the internal market rules likely have little effect.

So what needs to be done? The EU urgently needs to develop and use a well-embedded and efficient central capacity for a truly centralized EU procurement of medical countermeasures as is outlined in rescEU, without the inefficiencies that are currently there as a result of the intergovernmental and voluntary nature of the process under the health regime and the legally embedded possibilities for behavior lacking in solidarity. Central procurement is needed for protective devices, and will certainly be needed for

the vaccine against the Covid-19 virus once it becomes available. It will also be needed for future infectious diseases. Funding of the capacity can come from the EU budget or by levying a separate contribution from the Member States linked to their GDP, population, and demographics. Demographics is relevant, because countries with an elderly population make more use of medicines on average. It cannot be excluded that the proposed policy centralization has redistributive elements, which is the case when contributions are linked to per capita GDP. However, the relatively limited redistributive effects should be weighed against the benefits of centralization.

What are these benefits? First, by centralizing procurement it will be more difficult for pharmaceutical companies to play off Member States against each other by threatening not to supply to an individual Member States if it tries to negotiate lower prices. Secondly, with a common stockpile of medical countermeasures managed at the EU level, excess demand in some countries and excess supply in other countries, an obvious economic inefficiency, can no longer co-exist. Thirdly, and most importantly, because the stockpile is common and, hence, larger than any potential national stockpile, there is much greater firepower to target outbreaks of infectious diseases wherever and as soon they emerge. In other words, risk sharing against the consequences of pandemics becomes much more effective than when each country is responsible for its own stock of medicines and equipment.

..

Ideally, the EU sets up arrangements ex ante that are ex post credible. Obviously, Europe has missed the "ex ante" of the current crisis. However, this crisis may also provide a chance to get to solutions that are normally unthinkable. We have seen that during the European debt crisis when crisis arrangements like the ESM were set up. Our proposal for the centralization of procurement, stockpiling, and deployment decisions of medical countermeasures to infectious diseases is ex post credible, provided the design is right. This requires centrally controlled guidance on the use of medicines based on the pooled expertise and instructions of the European Medicines Agency and the European Centre for Disease Prevention and Control.

(CESifo Forum 2 / 2020 July - Volume 21 - p.47-52 - F. Vandenbroucke, R. Beetsma, B. Burgoon, F. Nicoli, A. de Ruijter: 'Centralizing EU Policy in Fighting



--- **Risoluzione n. 09** ---

Affiliare e chiarire tra la popolazione europea le conoscenze di base generali di alcuni principi scientifici fondamentali, in modo che i nostri concittadini europei - dai giovani agli anziani - possano comprendere l'importanza dei singoli autotest di saliva su carta che devono somministrare loro stessi, e allo stesso tempo aumentare la comprensione della gente del ruolo sociale globale che ogni singolo utente di questi test rapidi massicciamente impiegati può svolgere nel contesto dell'indagine sulla popolazione ('public health screening') a livello europeo.

In particolare, aumentare la comunicazione sui principi scientifici di base nei seguenti campi: virologia, epidemiologia, medicina, sanità pubblica, assistenza e protezione sociale, economia, diritti civili e umani, dovere civico e solidarietà intergenerazionale.

Collocare queste conoscenze di base nel contesto degli aspetti medico-scientifici che riguardano direttamente i cittadini europei:

- *the latest status and the latest developments in the context of all kinds of 'social distancing' and other preventive measures (lockdowns, red zones, curfews, etc.) that the authorities apparently find increasingly difficult to impose on their exhausted 'corona-ed out' citizens, in the attempt to 'flatten the curve';*
- *the latest state of the research into anti-viral drugs, or the lack thereof as of now;*
- *the current state of viral and post-viral COVID-19 medical treatment techniques (eg during hospital admissions), and their often long-term consequences (eg disability, rehabilitation, ...);*
- *the latest state of the research for a 100% effectively sterilizing vaccine (sterilizing effect is essential for protective SARS-CoV-2 transmission and transmissibility prevention);*
- *the latest state of the search for a 100% effectively neutralizing antibody vaccine (neutralizing action is essential to contain the damaging effects of the COVID-19 pandemic, and can also be fundamental to the development of sterilizing vaccines);*
- *the latest state of development(s) of the so-called emergency vaccine; and of the rather limited objectives set by manufacturers (e.g.: no sterilizing or*

*neutralizing effect; no long-lasting effect; only a partial protective anti-COVID-19 effect to combat some disease symptoms, and then in only 50 to 70% of the unabated SARS-CoV-2 infection cases);*

• *the latest state of research into the possible side effects of (all) the protective / neutralizing / sterilizing vaccines currently under development, and some of which have been the topic of doomsday reports, sometimes leading to so much fear and / or suspicion that there are not enough suitable participants (eg healthy elderly) willing to participate in the so-called phase 3 studies for these vaccines; forcing their developers and big pharma companies - despite their 'no-liability legal-immunity vaccine mandates' - to start acting with much greater transparency and caution - in order to preserve their public credibility.*

• *the latest state of affairs in the global race for an emergency vaccine and / or for 100% effective SARS-CoV-2 sterilizing / neutralizing vaccines and / or for durable high-quality protective COVID-19 vaccines; where it is clear that the speed with which these vaccines are being tested and the whirlwind speeds at which they will later be approved, distributed and deployed for emergency use, is indeed met with considerable scepticism and opposition from the European public hesitant to be vaccinated by such high-tech novelty experimental vaccines, so that here too - particularly as a result of the confusion surrounding these vaccines and their development - there is a real risk of additional obstacles to the rapid achievement of the so much hoped-for Europe-wide group immunity;*

• *the latest state of the art of traditional gold standard diagnostic tests (such as the classic RT-PCR test), and the inherent problems that these tests face time and again (logistical problems, long waiting times, shortage of reagents, etc.), which ensure that such highly specific / highly sensitive diagnostic tests are insufficiently 'scalable' and therefore - in practice - cannot be deployed quickly enough and / or at a sufficiently large scale;*

• *the current state of developments and scientific insights in the field of alternative testing methods (eg paper strip rapid saliva tests, eg home device Ab rapid tests, eg Ab lab tests, etc.); where researchers from several important international research institutions (Harvard University, Yale University, Cambridge University) are now calling for these massive screening tests to be massively developed, produced, deployed and used, or at least for these screening tests to urgently have their potential use scientifically explored. Incidentally, a number of pilot projects have also been run at the Universite de Liege and at*

*Utrecht University, since the end of September 2020, to investigate the effectiveness of certain rapid saliva tests.*

**Anti-Viral Therapeutics & Emergency Vaccines:**

*Raise awareness and inform the European citizens, and make clear to them that both A) the current development of antivirals, and B) the development / introduction of some new emergency vaccines, will not suffice in the short to medium term to put an end to the high (exponential) risk of infection that is typical for the SARS-CoV-2 virus. Make clear to the European population that the emergency vaccines that are currently being tested are (for the time being) only aimed at a very limited scope of COVID-19 disease control objectives, but that they will certainly not be sufficient to effectively reduce the acute interpersonal SARS-CoV-2 contamination risks (which, for example, emanate from pre- and asymptomatic SARS-CoV-2 virus carriers, and particularly from the infamous Corona super-spreaders).*

**Hospital Treatment & Diagnostics:**

*Raise awareness and inform the European citizens, and make clear to them that the recent progress made in hospital treatment techniques will not suffice indeed, whereas the widespread use of traditional diagnostic testing techniques (such as RT-PCR) for purely technical-logistical reasons is simply not suitable to be expanded 50-fold, or to be transposed from the medical laboratories to the kitchen or to the bathroom, to the station, to the office or to the school campus; let alone that the time frame required for these diagnostic tests could easily be reduced to less than 15 minutes - let alone on the basis of a mere saliva sample. Nevermind the fact that the (overworked) services that run this overburdened RT-PCR test infrastructure, and which are under ever more pressure to reduce turnaround times for these testing platforms, are probably unable to guarantee the duefull protection of the privacy / anonymity of their patient data. Let alone that they could offer such privacy guarantees for the foreseeable future. Incidentally, proposals are popping up all over Europe all the time that jeopardize the aforementioned anonymity / privacy of test user data.*

**Screening & Diagnostics:**

*Therefore, make clear to the European citizens that they should not be too hopeful or naive in the short to medium term. The mere "testing, testing, testing" paradigm or the mere approval of an "emergency vaccine" (whatever its ultimate efficacy may be) or the mere introduction of "new treatment*

techniques" will certainly not suffice to exit the crisis in the short to medium term.

#### Test Regimen & Pandemic Strategy:

Therefore, make clear to European citizens that they will have to adapt - in any case - to the fact that the recent profound behavioral changes, as adapted since March 2020, will also be necessary in the medium term (i.e. well into 2021 and 2022). And that thus - despite the obstacles described hereabove - the competent authorities will have to switch to a number of alternative strategies and new methods to reduce the acute (often invisible, because asymptomatic) contamination risks that arise in the context of this COVID-19 pandemic as caused by the SARS-CoV-2 virus, in their ongoing effort to mitigate the pandemic. The most important tool - in addition to the classic face mask - to help European citizens keep up with the expected behavioral change (s) and with this kind of drastic social restrictions, is a new self-test screening regime based on paper-strip saliva tests.

#### ADVANTAGES of the New Screening Test Regimen:

- ✓ very fast test taking ~ carrying out a saliva test can be done very quickly, when appropriate or convenient (24h/7d)
- ✓ 'point of need' ~ carrying out the tests can be done wherever and whenever it is appropriate ~ unlike traditional (diagnostic) 'point of care' or laboratory tests
- ✓ routine job ~ daily users can take this test on their own in less than 1 minute on a routine basis, to read the result of the test less than a quarter hour later
- ✓ ready-to-use ~ new testing regime that can be immediately implemented ~ no need for new anti-viral drugs, no need for new medical treatment methods, no need for additional medically / para-medically trained personnel, no need to wait for the new 'emergency vaccines', no need for doctor visits or COVID-19 hospital admissions, no dire shortages of diagnostic test tube reagents, etc. ~ the necessary technology and infrastructure are already largely available
- ✓ 'fast positives' ~ virus positive cases get an almost instantaneous 'NO GO' or 'NOT OK' test result, and can adjust to this result immediately
- ✓ rapid isolation ~ virus positive testers can go into isolation immediately within 15 minutes after the test is administered, with the possibility of an additional 'confirmatory' saliva test and / or a confirmation based on a gold standard clinical RT-PCR diagnosis
- ✓ possibility of immediate counter-assessments ~ direct access to a

confirmatory test ~ for confirmation purposes, a limited number of identical paper-strip saliva tests are also supplied with every 100 paper strips that work on the basis of an alternative molecular composition (= double-check)

- ✓ "fast negatives" ~ virus negative cases get the 'GO' or 'OK' result of their test very quickly, and can continue the activities that are planned for the rest of that day in an unhindered / unabated way; albeit - evidently - without prejudice to the continued observance of the applicable preventive precautions

- ✓ user-friendly ~ test results are easy (and without risk of confusion or differences of interpretation) for laymen and users to read and to understand

- ✓ safe ~ by definition the testing protocol involves self-testing ~ in other words, no assistance from third parties or specialized personnel is required, so that these third parties can never become infected during the taking of the test ~ unlike with PCR tests, no "Martians"/PPE are required, which in turn saves a lot of time and money

- ✓ low cost ~ can be applied on a massive scale by the entire population (eg daily, at less than € 1 per test) ~ economic leverage effect ~ negative opportunity costs + return on investment

- ✓ "scalable" ~ test that can be applied massively (= by the masses + frequently) in the short to medium term ~ ideal for pandemic screening and / or population screening ~ this is a very interesting feat not just for the users, but also for their organizations and authorities

- ✓ statistically relevant ~ (structured) test results can assist scientists and policymakers in their decision-making ~ decentralized population screening = a cheap research, development and policy tool

- ✓ practical / effective triage tool ~ interplay between screening and diagnostics ~ the new paper-strip saliva test screening method is an ideal supplement and / or precursor and / or selection and triage tool for traditional diagnostic tests, which addresses the massive demand / need for RT-PCR tests, whereas at present such massive numbers of RT-PCR-tests can absolutely not be handled by hospitals and diagnostic labs

- ✓ anonymous ~ (in principle) no need for track & trace ~ protection of privacy ~ protection against 'big brother' and against so-called 'digital surveillance capitalism'

- ✓ comfortable ~ can easily be taken at home by laymen - no need for terrifying nose swabs, no need for complex lab equipment

- ✓ compact ~ is portable and stowable ~ can easily be carried in a pocket in a jacket or in a backpack or in a handbag

- ✓ child-friendly ~ comfortable for children aged 7 to 77, and possibly for those who are younger or older

- ✓ practical for traveling ~ eg public transportation, airplanes, etc.

- ✓ practical for on the road ~ eg work, school, hospital, theater, station, airport, stadium, place of worship, workshop, Christmas party at grandma's, etc.

#### CONS of this new (less accurate) public screening rapid testing regimen:

- x limited risk of "false negatives" if the test is not administered correctly and / or if the test results are not correctly read and / or misinterpreted

~ □✓ However: all kinds of precautions can be taken by the user himself/herself (e.g. assistance of children and the elderly, 4-eyes principle within the same family, pointing-and-calling method, test in a quiet room such as a bathroom, etc.). Organizing organizations can also take extra precautions. And in the first place, the manufacturers themselves will of course take the best precautions - as much as possible and as useful as possible. In addition, the government and the media can also raise awareness among the population about the risks of 'false negatives', which will always exist anyway (as they do with other tests), and which of course should not be underestimated. ~ Past experience with other self-tests (such as pregnancy tests, HIV tests, etc.) shows that this type of risk does not have to be an insurmountable problem, and that in developed countries (such as the EU member states) these risks practically can be reduced to almost zero. But even then, even if something goes wrong now and then, the ultimate global effect of this screening method remains predominantly positive, and its ultimate impact remains much better than anything that has been tried so far.

- x limited risk of 'false negatives' at the (in any case asymptomatic/presymptomatic) very beginning of the 'highly-virus-infectious phase'; this is the 'Virus Infectious / Transmissible Phase with high viral loads and high viral shedding' = 'Ultra-Ansteckende Phase'

~ □✓ However: during their so-called 'viral peak' (60-72h with highest risk of infection) this 'initial risk' for false negatives in virus-positive test users is not statistically relevant (thus negligible) from an epidemiological point of view; although it may be useful to remind each test user at an individual level of the existence of the (limited) probability of 'false negatives' at the very beginning of the virus-contagious phase: this risk is not to be 100% neglected indeed, so that

other precautions must still be permanently observed.

- x likelihood of "false positives" (especially given certain typical Bayesian effects), which may give rise to an increasing demand for additional RT-PCR tests, as well as give rise to unnecessary panic, anxiety, work disabilities, school quarantines, etc.

~ √ However: this risk is largely offset by the additional special 'confirmatory tests' that are included with each batch of standard tests, and that reduce the probability of 'false positive' test results (after a double saliva test) to less than 1/1000 (~ <0.1%).

- x risk of unexpected escalations and / or other 'butterfly' or 'bullwhip' effects as a result of some technical details that currently still need to be - at long last - clarified (and preferably as soon as possible), because otherwise they could cause confusion / disinformation with the users of the respective tests, as they will be marketed by different manufacturers. Obviously, what we are dealing with here are simple screening paper-strip tests and not diagnostic devices, but nevertheless there exists a risk for some (admittedly technically-scientifically perfectly explainable) differences in the field of test criteria (specs / specifications) as used by the different Ag saliva test manufacturers; which could indirectly lead to confusion and / or misplaced dissatisfaction among test users, a phenomenon that should therefore be avoided as much as possible.

After all, there is a real possibility of:

(a) divergent test results of scientific samples, (partially due to :)

(b) divergent quantitative and qualitative benchmark and threshold specifications as used by the various saliva test producers. On this very issue, some notable suggestions were launched in recent weeks (among others by certain academic circles in the US and in Berlin), but today the transparency needed to make rapid progress in this field is still lacking.

This concerns, for example, the criteria (to be applied) for 'viral loads & shedding' / 'RT-PCR-ct cycle threshold equivalents'; and this both in terms of the relevant ct values and the VL / ct calibration methods. These are important in delineating what actually constitutes a "positive" and what actually constitutes a "negative" saliva test.

In addition, there is a real possibility that the various saliva test producers apply different criteria with regard to the exact method/protocol to be followed by the individual private users for administering the saliva test; among other things each depending on possibly divergent test specifications (e.g. as a result of differences in the molecular composition

of the actual antigenic test strips, which may or may not be open source), in function of diverging views on quality control, in function of user support 'at the point of use', etc.

~ √ However, this mainly concerns scientific-philosophical discussions. Those can quickly (and easily) find a technical / economic / administrative solution: within the acceptable safety margins and within the probability intervals for screening tests; especially in the framework of the pandemic emergency situation Europe finds itself in. Moreover, the quasi-100% reliability of the saliva tests at the time of a so-called 'viral peak' (i.e. the period of 60-72 hours with the highest risk of infection) must also be considered as a key success driver for the lowcost antigen tests. Hence, possibly divergent criteria and, later on, the risk of divergent tests-results between the different saliva test platforms - in case of a virus-positive test - are actually statistically irrelevant (and therefore practically negligible from an epidemiological point of view); whereby it can not or may not be expected that each test user would (wish to) take these differences into account on his/her individual level. Nevertheless one should caution against a cacophony of differing expert opinions or differences in diagnostic interpretations, which may lead to the test users losing confidence or becoming confused and disinformed. In any case, it would be intellectually dishonest for certain public authorities and / or certain academic bodies and / or certain big-pharma companies to abuse this kind of backbench discussions to block the necessary transition to the new screening test-regime. Such hesitations simply amount to culpable negligence on the part of those responsible. After all, what we are dealing with here are (by definition slightly less accurate) mass public health surveillance screening tests, and not (by definition highly accurate) clinical diagnostic tests. This is precisely the crux of the story, and one should therefore refrain from confusing the population / citizens / test users about the tradeoffs at hand ...

- x limited risk of technical problems and teething problems, whether or not in combination with incorrect use and / or incorrect interpretation of the confirmatory tests supplied with each batch of standard tests, and whether or not organized by 'test-organizing' organizations. This is all the more so, because the 'viral cell load' of a simple saliva sample can be lower than an equivalent nasopharyngeal swab, possibly leading some to conclude 'that opportunities or signals are being missed'

~ √ However, these risks can be managed to a significant degree, by way of a phased-in deployment of this new low-tech testing technology, by way of preliminary testing and simulations, by way of sampling and quality control, by way of appropriate training and by way of a Europe-wide awareness-raising campaign that is aimed at the individual testers, at the organizing organizations, as well as at some of the health care personnel. Speed and ease of use are precisely the drivers required for widespread public support for these antigen auto-tests as they will underpin their massive, frequent use, eventhough they are less reliable to begin with. After all: one should not put the cart before the horse; and what clearly prevails here is that the European population continues to frequently test itself in massive numbers, without quitting or giving up because of all kinds of discomforts or inconveniences. What counts is that the decentralized population screening and public health surveillance programs can continue unabated. In other words, and as strange as this may sound: in the case of the modern Ag SARS-CoV-2 saliva tests (and this is particularly true from an epidemiological point of view) the ease of use and the fast turnaround times prevail over the accuracy of the test, which comes in second place. Obviously, one must continue to take as much care as possible (or as useful) to avoid testing incidents and testing accidents, yet especially the speed, the massive numbers and the high frequency, but also the low cost and the comparative ease of use, should prevail over the fact that these Ag saliva tests are somewhat less accurate than the gold standard RT-PCR tests.

- x limited risk of dangerous behavior and / or a careless attitude in some who think that - in the case of a negative, ie "OK" or "GO" test result - they can let go and start taking unnecessary risks: both in the context of social distancing and personal prevention measures, and in the context of the testing strategy; e.g. in case they no longer continue to regularly observe the frequency and the user instructions such as they apply for the respective saliva test regimens.

~ √ However, once again, an appropriate enforcement policy, in combination with a Europe-wide awareness-raising campaign, can work miracles, especially among certain population groups (e.g. among children, among the elderly, among tourists, among university students, among the homeless, among refugees, among drug addicts. or also: in the case of schools, associations, airlines, bus companies, organizers of sporting events, etc.). In addition, past experience with other home tests (pregnancy tests,

HIV tests, etc.) in developed countries such as the EU member states demonstrates that this kind of risks is certainly manageable, and that it is possible to rely on the common sense and civic spirit of our fellow Europeans.

### --- Risoluzione n. 10 ---

Non trattare i cittadini europei come un branco di idioti, ma trattarli con rispetto e con trasparenza; anche nel campo degli interessi industriali, macroeconomici o geopolitici prevalenti, come quelli che tendono a "informare" la politica.

Infine, offrire maggiore chiarezza e apertura sui vaccini attualmente in fase di sviluppo, sui quali l'opinione pubblica europea ha una struggente mancanza di comprensione e per i quali nutre molte aspettative ingenuo o fuorvianti. Ad esempio, la maggior parte degli europei sembra credere ancora oggi - troppo spesso incoraggiata da alcuni media (statali) e/o piattaforme come Facebook - che la maggior parte, se non tutti, dei vaccini di emergenza che sono attualmente "in fase 3" e che sarebbero sul punto di essere approvati nel 2021, sarebbero efficaci al 100%; l'opinione pubblica è inspiegabilmente sull'impressione che questi vaccini offrirebbero tutti i tipi di effetti neutralizzanti e/o sterilizzanti, il che contribuirebbe ad una certa immunità di gruppo - generalmente auspicata e, negli stessi mezzi di comunicazione, troppo spesso annunciata; mentre il numero di vaccini d'emergenza con effetti neutralizzanti e/o sterilizzanti durevolmente, oggi attesi dagli osservatori specializzati entro il 2021, è in effetti stimato esattamente a 0 (zero).

Spiegare meglio anche tutte le aree politiche e tutte le misure politiche applicabili, in modo trasparente, serio ed equo. Anche nei media: offrire notizie e analisi politiche basate su conoscenze scientifiche, spiegate da persone con conoscenze scientifiche.

Nel fare ciò, evidenziare i seguenti punti:

- *First, the enormous need among European citizens to be able to individually test and demonstrate - in a quick, cheap and easy way - that they and their families are Corona virus NEGATIVE; and this each to themselves, as well as to their respective family members, extended families, companies, schools, universities, employers, sports clubs, cultural associations, transport*

companies, ... which these citizens have to deal with every day during the ongoing Corona pandemic.

- *Associated with this: the concern of European citizens to protect their loved ones as much as possible (children, grandparents, colleagues, neighbors, friends, students, spectators, customers, etc.), and the persistent anxiety that affects these citizens, who are very well aware that they are at constant peril of being infected - even unconsciously / asymptotically - by these very same people in their close environment.*

- *And directly associated with this: finally inform the European population sincerely and honestly about the expected efficacy (or not) of the emergency vaccines currently under development (~ no protection against SARS-CoV-2 virus contamination / ~ no protection against SARS-CoV-2 virus transmissibility / ~ only 20% extra (so very limited) effectiveness against COVID-19 disease symptoms / ~ 50 to 70% or 80% protective effectiveness against COVID-19 hospitalization or mortality).*

*Finally, once and for all, make clear to the European public opinion that no real contribution to effective 'herd immunity' can be expected by way of these initial corona emergency vaccines; i.e. from none of the emergency vaccines that are currently under development by 2021. All the more so since the first neutralizing / sterilizing vaccines that are currently also under development - and which could therefore contribute to this kind of Europe-wide group immunity (i.e. that are protective against SARS-CoV-2 virus infection and infectivity) - according to some public statements by their own developers can only be expected by 2023, at the earliest, so that until then a number of drastic "mitigating" "flattening-the-curve" prevention measures will probably have to remain in place and / or will need to be introduced. This includes extra so-called 'social distancing' measures, stricter 'face mask' mandates, and evidently a new massively-expanded 'public health surveillance' testing regime. One should be a lot more sincere about this, and one should stop acting silly when educating or elucidating members of the public about these issues.*

- *In addition, despite popular confidence in the quality of our European health care: there is an enormous aversion on behalf of many in the E.U.'s public opinion towards 'the whole Corona thing' and towards 'the whole Corona industry'. And for sure, this does not only concern all kinds of polemics and debates*

surrounding the development of emergency vaccines (eg Putin v. Trump), or surrounding the usefulness of repurposed therapeutic treatments (eg hydroxychloroquine).

Are also meeting increasingly stiff opposition: the current 'nose-swab' RT-PCR testing regime with its frightening, slow, expensive and cumbersome diagnostic tests, apparently aimed at attaining 100% accuracy when testing symptomatic people for suspected Corona-virus POSITIVITY, without however being able to successfully mitigate the exponential infection curves, as part of a set of current policies and measures - of which this diagnostic RT-PCR testing-strategy still is one of the basic pillars. This is a very regrettable development as it becomes painfully clear that we are not only losing a lot of time, but apparently are also at risk of losing sight of 'the bigger picture'.

- - ♦ *For instance, an RT-PCR test (total cost: up to 100 €) will sometimes turn out a positive result, up to many weeks after the original symptomatic SARS-CoV-2 virus infection, i.e. at a time when the tested individual has probably not been contagious for weeks, because RT-PCR testing can sometimes still detect 'ineffective' genetic virus RNA fragments, which - given the typical 'gold standard' high specificity and particularly (in casu:) the 'gold standard' high sensitivity of the RT-PCR test - will often lead to a misleading 'positive result', and thus also might lead to all kinds of (misplaced) anxiety, discomfort and inconvenience for the tested person and his/her environment.*

*example (1): the case where a former COVID-19 patient relying on the diagnostic RT-PCR test (cost: 100 €) still tests positive 7 weeks after disappearance of the disease symptoms, (long) after having ceased being virus contagious, and thus without being able to transfer the virus to people in his / her environment. In a case like this, the RT-PCR test will give a "false true positive" result (since - in some cases - RNA fragments from a fragmented corona virion can still be detected by the RT-PCR many weeks after the initial COVID-19 disease), while a modern antigen paperstrip saliva test (cost: 1 €) would - ceteris paribus - simply test "truly true negative" for SARS-CoV-2-transmissibility. Evidently, the latter situation offers a much more useful / soothing answer to the test users concerned - while this antigenic paper strip self-test platform is much cheaper, convenient and faster, to start with.*

- - ♦ *For instance, taking an RT-PCR test (cost: 100 €) can be very time consuming,*

forcing the test user having to deal with very long waiting lists, queues, testing times, protocols and response times (the so-called total 'turnaround times'), so that it can take an unreasonably long turnaround time before one obtains the test result. Yes, even to the extent that the RT-PCR turnaround times are sometimes so long that the tested individual may long since have been at the origin of further contagion in his/her personal environment. Again, a modern antigenic paper-strip saliva test (cost: 1 €) - *ceteris paribus* - is likely to give the test-user a compelling "NOT OK" / "NO GO" test result within 15 minutes (not accounting for another 15 minutes for an additional confirmatory test in case the first test is positive indeed), giving the self-test user the opportunity to become immediately aware of the real risk of contamination posed by him/her and of the absolute need for immediate self-isolation. From this point of view, in these concrete circumstances, the antigenic saliva self-test-user and his/her environment are objectively-statistically considerably better (safer) off. The availability of much faster (and also much cheaper and easier-to-use) tests, characterised by their almost immediate 'instant' turnaround times, should also allow and motivate large swaths of the population to carry out their own tests massively and frequently (e.g. on a daily basis), thus being one of the most important success factors for this new 'public health' testing strategy. See also Mina et al.: 'Test sensitivity is secondary to frequency and turnaround time for COVID-19 surveillance' (medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.22.20136309>, September 8, 2020).

example (2): the case of a nasal swab RT-PCR test administered in a hospital: this test is administered by specialized staff in the hospital, before being analysed according to a time-consuming protocol/procedure that is handled with highly specialized equipment operated by highly trained para-medical personnel; with a total reporting and response time back to the tested clinical 'patient' that is all-too-often exceeding 24 hours. Such diagnostic laboratory tests are - in any case - relatively expensive, with an estimated total cost (even without internalizing every external cost) of more than € 100 per test; instead of less than 1 € for a paper strip saliva test.

• Furthermore: the imperatives of public security and public health care policies. These aspects of public governance consist primarily of contagion prevention strategies based on "social distancing" restrictions, hygiene guidelines, PPE such

as "face masks", and the slowly expanding "corona testing" programs; whereby such (preventive) corona testing can be done according to 2 mutually complementary test paradigms:

- O -

- TESTING PARADIGM 1 - the test method based on a public SCREENING: in fact, this boils down to a continuous population-scale self-examination, which should lead to the most transmissible cases being immediately "removed from circulation" for several days, as a precautionary measure, by going into self-isolation on their own initiative. This practically concerns those with the lowest ct-values in the classic RT-PCR tests, and thus with the highest viral loads (which often lead to high viral shedding), who, upon using these rapid, convenient, lowcost and commonly available antigen saliva self-tests, evidently will become immediately aware of their condition.

- - MACRO testing ~ 1 € paper strip tests ~ COVID-19-public-health-surveillance ~ Quick & Dirty ~ European population screening ~ the 'SCREENING method':

This public mass screening method mainly focuses on the 'social demonstration' of "Corona test NEGATIVITY": this testing-strategy relies on the individual test users themselves to carry out the tests easily, quickly and cheaply. After all, all is needed is for the individual users to administer the paper-strip tests themselves (cost: approximately € 1 per test). This test method can also be used in an 'organized' way by organizing institutions.

example: the case of a school: a daily paper strip self-test of all students and of all staff members (estimated cost: less than 1 € per test) can be done before leaving home in the morning, or otherwise immediately upon arrival at school. Indeed, the individual users (or their parents) would each find out the 'GO' / 'NO GO' or 'OK' / 'NOT OK' result on the paper strip within 15 minutes after taking their self-test.

An additional argument for this so-called 'COVID-19 surveillance' method is the private, anonymous nature of the antigenic 'disposable' saliva tests: in principle, each user takes the test on his/her own - at their own initiative and with respect of their personal privacy. In other words, this decentralized anonymous public health 'surveillance' is based on the so-called auto-screening principle (in reality this comes down to an epidemiological population survey).

Therefore it should certainly not be confused with other (digitized) forms of 'digital surveillance state' aspects of our modern European healthcare, some of which - as became apparent in the course of the ongoing corona pandemic - are all too often lurking around the corner: telephone appointments, telephone consults (whether or not based on video conference calls), electronic 'track & trace' guest lists, corona apps with geo-location and / or bluetooth recognition, electronic patient files, robotized invoice processing, automatic data exchange between institutions and labs, cloud computing, artificial intelligence, digital outsourcing, data mining, etc. All of which is - by definition - completely out of the question here,.. since everything is still - literally - settled on paper.

- O -

- TESTING PARADIGM 2 - the test method based on individual DIAGNOSTICS:

in fact, this boils down to meticulously detecting - past or current // symptomatic or asymptomatic - cases of infection, on an individual basis (based on concrete circumstances) relying on traditional 'gold standard' diagnostic RT-PCR laboratory tests.

- - MICRO testing ~ 100 € laboratory tests ~ SARS-CoV-2 detection ~ Lean & Clean ~ useful for scientific or medical research ~ the 'DIAGNOSTIC method':

This private diagnostic laboratory detection method focuses mainly on the medical demonstration of 'Corona test POSITIVITY': one will be able to rely on very precise, very accurate (highly-sensitive / highly-specific) clinical technology that is typically used in hospitals or in clinical laboratories, using capital-, labor- and time-intensive equipment, protocols and reagents (total cost: approx. € 100 per test). This test method is not only expensive, but also inherently slow and cumbersome; and it is therefore difficult to use in an 'organized' way, which means that it will usually be taken on an individual basis.

example: the case of a so-called 'testing street with Martians in PPE': a professional basketball player came back from vacation 2 weeks ago, participated in a meeting with the coaching staff 1 week ago, and in the meantime found out that some of the fellow guests at his vacation-hotel on their return home were showing COVID-19 symptoms. The basketball player has never fallen ill himself, but the club management wants to make 100% sure (also in order to

protect the coaching staff) whether the athlete in the meantime became infected (albeit asymptotically), and whether the athlete himself could possibly also have posed and/or still poses an infection risk for his immediate environment. This can - in this specific case - be verified very precisely by means of an RT-PCR test carried out on all those involved; while the individual 'infectiousness' of each of them could easily be screened for by means of a do-it-yourself saliva test - e.g. in an 'organized' setting: every day in the morning and in the afternoon, at the beginning of each basketball training session.

- oo -

- Consequently: if the European governments want to shift the testing focus from the micro-diagnostics method to the macro-screening method, they will have to plan for such a transition and make sufficient resources available for this to happen. In a break with the past, they should ensure that the new preventive corona testing strategy can be carried out effectively, efficiently, massively and cheaply. This is currently not (or insufficiently) the case. Overall, there is a need for a paradigm shift towards a better, faster, cheaper, and of course much more massive testing strategy.

- Nevertheless, the baby should not be thrown out with the bath water; it is clear that the currently advocated modern antigen testing regime (just like other, slower and sometimes still cumbersome alternatives that rely, for example, on the use of monoclonal Ab Antibodies) really comes down to a massive front-running operation and to an extension of and/or addition to the current PCR testing strategy. After all, there will continue to be a future need for a reliable, well-oiled diagnostic RT-PCR test infrastructure; for example to confirm or to contradict increasing numbers of (hopefully rapidly decreasing) virus-positive antigenic saliva tests.

It is therefore essential that prompt centralized decisions are taken at the European policy level, after careful consideration of the respective advantages and disadvantages of both the traditional diagnostic and modern screening tests, as explained hereabove.

- These outstanding decisions are an important point of attention in certain academic / scientific circles, especially in Germany, in the U.K. or in the U.S. For example, M. Mina, D. Larremore, B. Wilder, E. Lester, S. Shehata, J. Burke, J. Hay, M. Tambe & R. Parker (2020) in a

leading preprint article of 27 June 2020: "Test sensitivity is secondary to the frequency and turnaround times of the 'COVID-19 surveillance' screening test method" - "Effective surveillance depends largely on frequency of testing and the speed of reporting, and is only marginally improved by high test sensitivity. ... surveillance should prioritize accessibility, frequency, and sample-to-answer time; analytical limits of detection should be secondary. "

.. Our results lead us to conclude that surveillance testing of asymptomatic individuals can be used to limit the spread of SARS-CoV-2.

.. Finally, the exact performance differences between testing schemes will depend on whether our model truly captures viral kinetics and infectiousness profiles, particularly during the acceleration phase between exposure and peak viral load. Continued clarification of these within-host dynamics would increase the impact and value of this, and other modeling studies.

"A critical point is that the requirements for surveillance testing are distinct from clinical testing.

Clinical diagnoses target symptomatic individuals, need high accuracy and sensitivity, and are not limited by cost. Because they focus on symptomatic individuals, those individuals can isolate such that a diagnosis delay does not lead to additional infections.

In contrast, results from the surveillance testing of asymptomatic individuals need to be returned quickly, since even a single day diagnosis delay compromises the surveillance program's effectiveness.

Indeed, at least for viruses with infection kinetics similar to SARS-CoV-2, we find that speed of reporting is much more important than sensitivity, although more sensitive tests are nevertheless somewhat more effective.

The difference between clinical and surveillance testing highlights the need for additional tests to be approved and utilized for surveillance. Such tests should not be held to the same degree of sensitivity as clinical tests, in particular if doing so encumbers rapid deployment of faster cheaper SARS-CoV-2 assays. We suggest that the FDA, other agencies, or state governments, encourage the development and use of alternative faster and lower cost tests for surveillance

purposes, even if they have poorer limits of detection. If the availability of point-of-care or self-administered surveillance tests leads to faster turnaround time or more frequent testing, our results suggest that they would have high epidemiological value."

(medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.22.20136309> . version posted June 27, 2020)

- At the same time, it is to be expected that many European citizens - upon having carried out a virus-positive confirmatory test - will probably still want, or even need to, call on the services of the traditional diagnostic laboratory platforms (be it for professional or for purely medical reasons).

European citizens should therefore be aware that the classic diagnostic 'hospital' and 'laboratory' tests (such as RT-PCR) will not be abolished (on the contrary), but that the current laboratory tests will in fact be further expanded to accommodate for the extra demand created by the massive home testing program that is advocated here.

In other words, even the macro-testing / population-screening strategy will, at least in part, rely on the diagnostic micro-testing platforms (for certain positive SARS-CoV-2 infectious cases and for certain clinical COVID-19 cases), albeit often only in a subsequent, later stage of detection, ie after a previous double (ordinary + confirmatory) saliva test.

- Finally, the European population as a whole is getting increasingly confronted with the social, psychological, socio-economic, socio-cultural impact of the corona crisis, compounded by all kinds of debates, conspiracy theories, academic disagreements, ever-changing policy decisions, etc. which all too often lead to confusion and disorientation and sometimes even to complete and total indifference; or in the case of other people: to all kinds of peripheral secondary symptoms such as depression, social isolation, lethargy, domestic violence, suicide, alcoholism, etc.

**Quindi: incoraggiare e sostenere i cittadini europei** - perché la gente sta perdendo la speranza e la pazienza. È di fondamentale importanza che i responsabili politici europei offrano alla popolazione europea una nuova prospettiva a breve e medio termine, in particolare implementando un nuovo regime di test preventivi che da un lato sia in grado di garantire che la popolazione sia adeguatamente e affidabilmente

informata sulle loro stato di infezione da virus SARS-CoV-2, e che d'altra parte li protegge dai rischi di trasmissione e trasmissibilità più acuti (ad esempio riducendo in modo decisivo il rischio dei cosiddetti 'corona super-spreaders', che dovrebbero essere immediatamente isolati dal resto della società). In altre parole: perseguire il nuovo paradigma di screening qui proposto, che incorpora una combinazione di questi due obiettivi e di queste due strategie di screening che

potrebbero portare alla riapertura sostenibile della società europea in un modo socialmente e psicologicamente, medicalmente ed economicamente accettabile. E questo - per quanto spiacevole possa essere - nonostante alcune importanti precauzioni personali che dovranno ancora essere raccomandate (ad esempio le 6 regole igieniche di base) e nonostante alcune precauzioni collettive che potrebbero ancora essere applicate (ad esempio nel campo del "distanziamento

sociale" o di altre restrizioni sociali), ma che - grazie all'adozione di questo nuovo metodo di screening massiccio di "sorveglianza della salute pubblica" - si spera possa essere gradualmente eliminato il più rapidamente possibile.

---