

PIANO DI CHIAREZZA SCIENTIFICA II

Il punto sulla situazione, dati e prospettive della "seconda ondata"

1. OBIETTIVI

Dato che il Covid-19 è una pandemia che sta sconvolgendo l'intero pianeta dal punto di vista **sanitario, economico e sociale** il **Centro di Gravità** ha proposto, nel maggio scorso, un **Piano di Chiarezza Scientifica** con aggiornamenti periodici per fare il punto della situazione al fine di proporre delle misure di contenimento del problema salvaguardando la sanità, l'economia ed il sociale senza dimenticare gli aspetti pedagogici.

Se pur è innegabile che la pandemia abbia causato molti lutti, le misure da prendere devono tener conto dei danni e dei lutti che possono causare anche indirettamente, sia per una cattiva gestione delle altre patologie, sia per il rischio di colpire l'economia mettendo sul lastrico milioni di famiglie, sia per i danni sociali e psicologici derivanti dagli effetti nel campo di una gestione scriteriata dell'educazione e della scuola. Scuola e sanità sono cardini della società e, sotto diretta responsabilità dello Stato, ne assorbono buona parte delle risorse. Essi sono particolarmente messi a dura prova dalla attuale gestione del fenomeno della pandemia. Senza voler formulare accuse e comprendendo che il fenomeno ha colto tutti di sorpresa e, purtroppo, impreparati, ci sembra venuto il momento di aprire gli occhi sulla realtà **senza essere più preda di un'immotivata paura**, dato che sono stati fatti sostanziali passi avanti sul piano delle cure e delle conoscenze scientifiche sul virus. I dati parlano chiaro ed è ora che tutti ne prendano atto, così da evitare le catastrofiche conseguenze in tutti i settori della vita del Paese, conseguenze che potrebbero rivelarsi peggiori del male che stiamo combattendo.

Partiamo quindi con l'analisi della situazione di fatto:

Rispetto a marzo la situazione odierna è caratterizzata da due processi distinti: a) aumento considerevole del numero dei contagiati; b) ridotta incidenza del numero dei decessi e degli accessi nelle terapie intensive rispetto al numero complessivo delle persone risultate infette.

Circa il primo punto va rilevato che sussistono dubbi fondati sulla attendibilità dei dati ottenuti con i tamponi. Spesso questi vengono eseguiti al di fuori della "finestra" utile (ovvero in momenti in cui è difficile rilevare l'infezione nonostante la persona sia stata esposta) o sono inficiati da carenze di ordine metodologico/tecnico (analisi solo di uno dei tre determinanti antigenici presenti sul virus, falsa positività/negatività dovuta a prelievo inefficace, etc.). Inoltre, il fatto che occorra oggi ricorrere sempre più frequentemente ad un elevato numero (>32) di amplificazioni per rilevare il mRNA del virus, indica che in molti casi la carica virale della persona infetta sia notevolmente bassa. Uno studio recente indica che questa sia mediamente 1000 volte inferiore a quella riscontrata nei positivi di Marzo-Aprile. Complessivamente, l'aumento dei contagiati indica che il virus ha ripreso a circolare ma con bassa carica, considerato che, in rapporto al periodo precedente, l'incidenza corrispondente di decessi e/o ricoverati in terapia intensiva è dieci volte inferiore.

L'incidenza di mortalità e di ingresso nelle terapie intensive è significativamente inferiore a quanto rilevato nella primavera scorsa. Anche qui i dati vanno presi con cautela, dato che si moltiplicano le segnalazioni che indicano come tra i deceduti vengano inclusi pazienti del tutto estranei alla infezione. Inoltre, l'età media dei decessi è salita (oggi intorno a 82

anni rispetto ai 73 del periodo precedente) e riguarda nel 75% dei casi pazienti con associate comorbidità di assoluta rilevanza (patologie cardiovascolari e tumori) che, secondo l'Istituto Superiore di Sanità, sono determinanti almeno nel 10-15% dei casi. Infine, va ricordato che è difficile distinguere il sempre possibile contributo della normale influenza che, generalmente, è responsabile di un numero di morti che oscilla in Italia tra gli 8000 e i 22000. Nel complesso, questi dati ci dicono che l'impatto è comunque importante, ma può essere gestito con più adeguate terapie da mettere in atto nelle fasi iniziali della malattia (da cui la **necessità di un protocollo di linee guida affidabile** per la gestione a domicilio di questi malati da parte dei medici di base), con l'**ampliamento dei posti di terapia intensiva** (colpevolmente ignorato da Governo e Regioni in molti casi), e con l'adozione tempestiva di procedure terapeutiche messe in secondo piano.

Va sottolineato come "contagio" non significhi "malattia" e che, al momento, il 97% dei positivi non sviluppi alcuna patologia, per cui la definizione di "malato asintomatico" sia un ossimoro che porta a gravi errori nella comunicazione e nelle strategie sanitarie. La letalità del Covid-19 è oggi stimata intorno allo 0,3-0,6% - circa il doppio di una "normale" influenza - e va evitato che si traduca in un aumento di "mortalità" ovvero in un aumento di morti per altre cause non dovute al Covid-19 ma riconducibili al dissesto sanitario creato dall'epidemia.

Bisogna poi sfatare la credenza che dal contatto non derivi alcuna immunità; sarebbe in caso contrario assurdo sperare di difendersi con un vaccino. L'immunità è un dato accertato che non può essere messo in discussione dai pochi casi di recidiva sicuramente dimostrati in tutto il mondo. L'aumento dei contagiati si traduce quindi, in ultima istanza, nell'aumento di coloro che si sono immunizzati. Il continuo incremento di questi permetterebbe di raggiungere la famosa "immunità di gregge" che bloccherebbe la diffusione della malattia.

Considerando l'estrema complessità dei vari aspetti coinvolti abbiamo pensato di fornire un elenco il più sintetico possibile degli stessi.

2. COS'È IL COVID-19

Il **Sars-Cov-2**, agente etiologico del Covid-19, è un **Virus a RNA** che, tramite la **spike glicoproteina** entra nel nostro organismo.

La spike glicoproteina interagisce infatti con gli ACE 2 recettori presenti nelle cellule polmonari, endoteliali, cardiache, renali e intestinali anche se il più alto livello di recettori ACE 2 è presente a livello nasofaringeo. Anche le cellule del sistema immunitario possono essere interessate, pur avendo un livello basso di questi recettori.

La replicazione virale è possibile con i metaboliti della glicolisi, per cui da una parte il virus tende a bloccare la fosforilazione ossidativa e dall'altra parte è favorito da una fosforilazione ossidativa carente come può succedere per via di dieta alterata, cattivi stili di vita, stress, età avanzata e comorbidità.

Possiamo riconoscere almeno 3 fasi della malattia:

1. **Entrata del virus a livello nasofaringeo** dove avvengono le prime repliche. Un sistema immunitario efficace può bloccare il virus a questo livello.

Dopo circa 1 settimana se il virus non viene eliminato si passa alle fasi successive.

2. **Polmonite interstiziale** e contemporaneo possibile interessamento di altri organi attaccando in maniera particolare i vasi.

Da segnalare in questa fase la possibile presenza di sovra-infezione batterica.

3. **Fase della tempesta citochinica**: attivazione delle citochine a livello sistemico, ruolo particolare dei macrofagi che si presentano in forma attivata: con questa fase l'infiammazione polmonare associata a fenomeni tromboembolici diffusi può portare alla grave ipossia ed alla morte.

3. SITUAZIONE ATTUALE

Cosa è cambiato nella conoscenza della malattia dal nostro primo aggiornamento di luglio.

Il rapporto fra le persone ricoverate e le persone in isolamento domiciliare è fra il **5% ed il 10%** (le persone in isolamento domiciliare possono essere asintomatiche, paucisintomatiche o con sintomi da lievi a medi, in genere senza insufficienza respiratoria). Il rapporto fra ricoverati in ospedale e ricoverati in terapia intensiva è di **10/1**. Il rapporto fra persone in isolamento domiciliare ed i ricoverati in TI va dallo **0,5% all'1%**.

La mortalità attualmente in TI si aggira tra il **10%** ed il **30%**. Il CFR (*Case Fatality Rate*) è più alto perché molti morti non passano per la TI e perché nella TI il ricambio può essere molto rapido.

Considerando una delle giornate peggiori del periodo più caldo, il 12 aprile, troviamo 71.000 persone in isolamento domiciliare in confronto alle 53.000 del 4 ottobre ma allora i ricoveri, invece di rappresentare un numero fra il **5% e 10%** come il 4 ottobre, erano il **40%**.

Il rapporto fra TI ed isolamento domiciliare era del 12% quindi quasi **20 volte** l'attuale rapporto.

Non dimentichiamo che ad aprile il CFR era del **15% contro l'1,5%**. Purtroppo tutti questi calcoli sono approssimativi ma i rapporti non si discostano molto dalla realtà.

Sembrano 2 malattie diverse pur con un numero di contagiati non troppo diverso.

1. **Perché c'è stata una mutazione importante favorevole?**
Pur essendoci state molte mutazioni, trattandosi di un virus a RNA, nessuna mutazione favorevole è stata dimostrata alla base di queste nuove caratteristiche;
2. **perché è diminuita la carica virale?**
Questa ipotesi è la più probabile, infatti sembra che la carica virale incida sia sulla contagiosità che sul decorso clinico;
3. **per un miglioramento delle difese immunitarie?**
Ci sono molte persone con difese immunitarie adattative per aver incontrato il virus; questo è possibile in quanto non esiste solo un'immunità umorale ma anche cellulare. Alcuni lavori dimostrano che l'immunità cellulare può esser stata attivata da altri coronavirus. Di fatto si è visto che una parte della popolazione non è (più) suscettibile a questo virus.
4. **Perché si fanno molti più tamponi per cui ci si sta avvicinando sempre più al teorico IFR?**
Questo è sicuramente vero in quanto nel periodo caldo venivano fatti i tamponi solo ai sintomatici gravi e la malattia in alcune regioni aveva una diffusione 10 volte superiore rispetto a quanto desunto sulla base dei casi evidenziati con il tampone.

4. IL VIRUS. COSA È SUCCESSO NEL NORD ITALIA?

Ci troviamo di fronte ad un virus a letalità modesta seppur più alta della normale influenza. Ha delle sue peculiarità cliniche ma la più importante sembra rimandare al **ruolo di una terapia precoce a domicilio**. Bisogna dire che questo appare più dalle esperienze dei **medici sul campo** che da studi clinici molto difficili da eseguire.

La tragedia vissuta in primavera di alcune regioni del Nord Italia si può ascrivere inoltre all'**altissima diffusione** della malattia ed al **grande ritardo** in cui sono state messe in atto le misure di contenimento, quali l'**utilizzo di DPI** (dispositivi di protezione individuale) **del personale sanitario** e l'introduzione di **percorsi sanitari separati** fra sospetti Covid-19 ed altre patologie.

Senza parlare del ricovero in RSA di pazienti ancora infetti.

La letalità non solo è modesta ma tende a colpire quasi unicamente alcune fasce di età ed alcune comorbidità (prima fra tutte il diabete mellito).

Queste caratteristiche fanno sì che il Covid-19 possa essere considerata una malattia opportunistica per cui **la protezione dovrebbe essere mirata ai gruppi più a rischio**.

5. I TEST

Riteniamo che la gestione dell'emergenza Covid-19 debba esser distinta in 2 settori:

- **Gestione dell'epidemia con utilizzo di tamponi, DPI, percorsi separati negli ospedali;** queste regole devono esser chiare, semplici ed univoche su tutto il territorio nazionale.
- **Gestione dell'ammalato:** ogni paziente ha il diritto di ricevere una risposta o una visita entro 24 ore dall'inizio dei sintomi sospetti. In questo caso sarà il medico a prendere le decisioni secondo coscienza e scienza, ma potrà avvalersi di semplici consigli come quelli indicati in questo documento, che dovrà essere implementato anche sulla base delle esperienze sul campo.

Esistono due diversi test:

- **TA** (test antigenico): con anticorpi si ricerca l'antigene virale, molto simile a quanto accade per il test di gravidanza urinario
- **TM** (test molecolare): si ricerca RNA virale, similmente all'RT-PCR usato nei laboratori come test di riferimento sui tamponi rino/orofaringei

Per non entrare nei concetti di sensibilità e specificità ci limitiamo a dire che il **TA** è un test rapido ma molto impreciso (può arrivare fino a fornire un valore doppio di falsi negativi).

TM è molto più preciso e si potrebbe anche conoscere la carica virale correlata con la contagiosità e la gravità clinica fornendo il parametro del CT (ciclo soglia).

Sopra i **35 CT** è poco probabile che il virus sia ancora attivo e quindi che si tratti solo di pezzi di virus.

Se questo numero è basso significa che la carica virale è alta. Se è alto significa che la carica virale è bassa, ma anche che ci possono essere solo pezzi di virus e quindi che la contagiosità è quasi nulla.

Il test salivare ha caratteristiche simili al TA ma è molto meno invasivo.

Per complicare ancora il quadro, per quanto concerne i test molecolari (TM), i più attendibili, uno studio ha rilevato che solo il **28,9%** dei positivi ha dimostrato una capacità di infettare le linee cellulari.

Novanta campioni positivi per RT-PCR SARS-CoV-2 sono stati incubati su cellule, sono stati presi tutti i tamponi risultati positivi indipendentemente dal CT. Ventisei campioni (28,9%) hanno dimostrato una crescita virale. Non c'era crescita negli altri.

6. LETALITÀ

Per letalità si intende la **percentuale di morti sugli affetti dalla malattia**.

La letalità andrebbe più precisamente divisa in:

- **CFR** (*Case Fatality Rate*) percentuale di morti fra persone che abbiamo individuato esser affetti da questa malattia o meglio che sono stati contagiati da questo virus (nel nostro caso);
- **IFR** (*Infection Fatality Rate*) dato teorico che indica la percentuale di morti fra tutte le persone che sono state contagiate dal virus, naturalmente **più tamponi si fanno più contagiati si trovano**, ma contemporaneamente diminuisce IFR.

Pur non avendo un numero certo, è chiaro che IFR sarà molto più basso di CFR. Un valore ragionevole, considerata anche una panoramica delle altre nazioni, potrebbe essere **da 0,5% a 0,8%, a fronte di un CFR attorno al 2%**.

Per capirsi ad aprile il CFR superava il **15%** in Lombardia.

Sicuramente l'IFR era molto più basso proprio per lo scarso numero di tamponi, ma contemporaneamente l'iniziale cattiva gestione della malattia ha sicuramente avuto il suo ruolo nel numero dei decessi.

7. CONTAGIATI E INFETTI

Negli ultimi mesi, accanto ad una **prima fase** di netta diminuzione dei ricoveri e dei decessi, abbiamo potuto assistere ad una **seconda fase** con netta risalita del numero dei contagiati e con una lieve risalita del numero dei ricoveri ospedalieri oltre che dei decessi.

Al momento della stesura finale di questo documento i ricoveri stanno aumentando pur essendo ancora lontani da quelli di marzo-aprile

Grossolanamente **il numero dei contagiati è all'incirca il 14%** (dati del 3/11) **dei pazienti sottoposti a tampone**.

Un certo numero di tamponi viene fatto per *screening* (ad esempio prima di un ricovero ospedaliero) o viene ripetuto e questi dati non sempre vengono riportati.

Comunque il numero dei contagiati nella popolazione sarà proporzionale al numero dei contagiati trovati in maniera random e molto più alto del numero dei contagiati identificati con tampone.

Attualmente pur mantenendosi basso il CFR, il numero dei contagiati sta aumentando (quindi dei tamponi positivi che valuteremo in seguito) ed anche dei ricoveri.

8. MORTALITÀ

La mortalità di una malattia è la **percentuale di morti sull'intera popolazione**.

Come abbiamo già detto è un **concetto molto diverso dalla letalità** che tiene conto solo della percentuale dei morti per quella malattia specifica; come già detto, **la letalità secondo l'OMS si situa intorno allo 0,6%.**

La mortalità risente della diffusione del contagio; la valutazione su base annua si potrà fare alla fine dell'anno, ma è sicuramente molto bassa rispetto a parecchie altre patologie come quelle cardiovascolari o le neoplasie.

Questo dato è importante perché attualmente il Covid-19 rischia di aumentare la mortalità a causa del grande effetto stress che ha prodotto sulla Sanità pubblica.

Ancora una volta gli aspetti organizzativi sono fondamentali ed ogni scelta deve tener conto del contesto e non solo del problema specifico, per quanto serio questo possa essere.

9. PREVENZIONE

DPI Problemi legati alla prevenzione (Educazione a distanza, mascherine e distanziamento). Contraddizioni negli studi scientifici

Solo per pochi farmaci è stata dimostrata l'efficacia nei trial clinici (cortisone in una fase specifica della malattia ed anticoagulanti) ed anche per quanto concerne gli integratori molto difficilmente saranno fatti dei trial clinici che ne dimostrino l'efficacia in maniera conclusiva. Nonostante questo la biochimica e la fisiopatologia accompagnate dal "buon senso clinico" e dalle esperienze fatte dai colleghi sul territorio ci possono dare delle indicazioni.

Per "buon senso clinico" si intende la capacità di valutare rischi e benefici di una specifica molecola nella singola persona in un particolare momento.

Poco è stato fatto in questo senso per dare anche dei semplici suggerimenti sugli approcci terapeutici che potrebbero essere usati nel territorio.

Tutti concordano che la battaglia del Covid-19 si affronta soprattutto nel territorio, modulando l'approccio terapeutico sulle condizioni cliniche, che possono variare dall'asintomatico completo, al paucisintomatico al sintomatico grave fino al dispnoico importante che deve esser ricoverato.

Iniziamo dalla prevenzione tenendo presente che non vogliamo fare un prontuario ma solo dare indicazioni di massima che, pur derivando da considerazioni scientifiche e da esperienze personali, devono esser considerate solo come opinioni degli autori di questo documento.

Non solo per i farmaci propriamente detti come ad esempio la colchicina e l'acetilcisteina ma anche per tutti gli altri consigli sugli integratori e lo stile di vita rimandiamo ai medici curanti che sono le persone più appropriate per prendersi cura di tutti noi. In questo senso siamo assolutamente contrari all'automedicazione alle volte molto pericolosa.

Ancora una volta deve esser chiaro che non esistono trial clinici a dimostrazione di quanto segue, ma soprattutto che molto difficilmente saranno effettuati.

Prevenzione per tutti: Vitamina D (meglio 2000 U die e controllare valore dopo 3 mesi), associata a vitamina K2, Vitamina C (meglio da rosa canina o acerola) 1 grammo mattina e sera e Zinco.

Innanzitutto distinguiamo i livelli di rischio di sviluppare la malattia:

- **Alto rischio:** età **sopra i 65-70 anni**, diabete mellito (rischio particolarmente alto), ipertensione e malattie cardiovascolari in genere

- **Altissimo rischio sopra gli 80 anni** con comorbilità: partire con la terapia anche entro le prime 24 ore (giudizio medico).

Terapia dei primi 2 giorni (i giorni che sembrano essere i più importanti per una buona prognosi)

In tutti i casi di malattia sintomatica sembra che l'approccio dei primi 2-3 giorni abbia un ruolo rilevante. L'esperienza di molti medici, pur avendo bisogno di esser suffragata da altri studi, trova che la colchicina o l'azitromicina possano avere un ruolo rilevante.

- **Basso e medio rischio:** nella prevenzione Vitamina D (meglio 2000 U die e controllare valore dopo 3 mesi), associata a vitamina K2, Vitamina C (meglio da rosa canina o acerola) 1 grammo mattina e sera e Zinco. In caso di sintomi anche a basso rischio di Covid-19 aumentare ad 1 grammo ogni 2-3 ore, ricordarsi di bere molto. Se peggiora in 24 o 48 ore assumere Colchicina 1/2 compressa due volte al giorno assieme ad acetilcisteina almeno 600 mg al giorno.

L'obiettivo dovrebbe esser sempre quello di **evitare il ricovero** salvo il momento in cui ci troviamo di fronte ad una desaturazione dell'ossigeno; molto importante fornire a tutti gli ammalati un saturimetro in quanto la sensazione di dispnea nel Covid-19 può essere assente anche con livelli di saturazione molto bassi. L'ossigeno naturalmente si può fornire a domicilio ma è molto importante assicurarsi di avere una buona idratazione.

A livello ospedaliero l'uso di cortisonici, antibiotici e anticoagulanti è la prassi oltre all'utilizzo dei nuovi antivirali.

Questi farmaci, in situazioni particolari, sotto stretto controllo medico, potrebbero esser utilizzati anche a domicilio. La terapia ospedaliera, comunque, va lasciata agli specialisti.

Questa parte della terapia, infatti, va lasciata agli infettivologi, dato che il momento dell'utilizzo del "casco" o la necessità di procedere all'intubazione sono atti molto specialistici sui quali gli autori non vogliono intervenire.

Ci limitiamo a ricordare due presidi terapeutici ancora poco utilizzati pur avendo al loro attivo molte esperienze positive: il **plasma iperimmune e l'ozonoterapia**.

Si tratta di presidi economici, semplici e a basso rischio che dovrebbero trovar spazio in tutti i centri Covid-19 ancorché non esista una dimostrazione conclusiva della loro efficacia pur esistendo molti studi clinici favorevoli al loro uso.

È chiaro che l'asintomatico con tampone positivo va tenuto in osservazione senza nessuna terapia specifica se non la continuazione dell'approccio preventivo. I sintomi dovrebbero comparire **entro 2 o 3 giorni**; solo dopo questo periodo si può allentare la guardia.

È anche chiaro che in presenza di un quadro clinico sospetto si procederà al tampone, ma l'approccio terapeutico dei primi 2-3 giorni ha senso come per qualsiasi altra forma virale e dunque vale la pena metterlo in atto anche nell'attesa del tampone.

Qualche indicazione sulla dieta nell'ambito dei primi giorni di malattia e nella prevenzione.

Questo virus per moltiplicarsi ha bisogno della glicolisi per cui tende a bloccare la fosforilazione ossidativa. Sappiamo che un eccesso di radicali liberi fa il gioco del virus in quanto i radicali liberi spostano il metabolismo cellulare verso la glicolisi. Questi possono derivare da uno **stress cronico**, anche dalla stessa **paura del virus**, da una **dieta squilibrata** ma anche da un **eccesso di attività fisica** specie negli ultra cinquantenni. Una buona norma sarebbe mantenere una dieta *low carb*, possibilmente utilizzando il **digiuno intermittente** che favorisce la fosforilazione ossidativa.

Molto utile una modesta e **quotidiana attività fisica** a tutte le età.

Abbiamo parlato dei mezzi (terapeutici) ma non degli attori, degli strumenti musicali ma non dell'atto artistico.

Ogni atto terapeutico è innanzitutto un **incontro fra due o più esseri umani: il medico ed i pazienti.**

Ci deve essere un riconoscimento reciproco, il compito del medico è esser presente, sempre capace di consolare, spiegare, incoraggiare.

Il fatto di esserci fa parte dell'atto terapeutico.

Pensare che l'atto terapeutico sia solo farmacologia è la **fine della medicina** e con questo la fine dell'elemento umano.

I pazienti lasciati soli per giorni, senza poter interpellare nessuno, senza veder il proprio medico ha rappresentato un dramma nel dramma, qualcosa che non deve più accadere.

Il compito dello Stato è quello di favorire ed organizzare il rapporto medico/paziente e di fornire gli strumenti, non certo ostacolarlo.

Specialmente se ci sono motivi di sicurezza lo Stato deve fornire i mezzi affinché questo incontro possa aver luogo.

10. TERAPIA

Potenziare il territorio: cosa fare a domicilio

Nel corso della pandemia vi sono stati alcuni medici che non hanno seguito le linee guida e che, proprio grazie a questo, fondandosi sull'esperienza e la conoscenza dei malati, hanno salvato la maggior parte dei loro pazienti come nel caso del dott. Roberto Munda (<https://liberopensare.com/covid-sarebbe-bastato-lasciar-lavorare-i-medici-di-base/>)

Oggi la situazione in questo ambito è addirittura peggiorata in quanto mentre prima - quando vi era molta incertezza sulle terapie - i medici avevano carta bianca con i pazienti, oggi sono tenuti a **seguire rigidamente le linee-guida** del Ministero mentre il paziente deve rivolgersi alle USCA.

Questo, di fatto, se non sta garantendo né una omogeneità di trattamento né interventi efficaci e di qualità per tutti i cittadini, è anche un **atto di sfiducia nei confronti del corpo medico nella sua totalità**, uno svilimento delle capacità personali ed una incomprensibile e generalizzata deresponsabilizzazione. Ci sorge spontanea una domanda: se tutta la gestione della pandemia produce forti ricadute in tutti gli ambiti della vita sociale, individuale ed economica della comunità nazionale, sia a breve che a lungo termine, con chi ce la dovremo prendere?

Dopo aver dato alcune indicazioni generali riportiamo alcune osservazioni sui farmaci più importanti e più dibattuti:

Colchicina: potente azione antinfiammatoria, conosciuta da molti anni e complessivamente molto ben tollerata; esistono alcuni piccoli studi molto promettenti, molto economica. Si attende un importante studio canadese;

Plasma iperimmune: alcuni studi osservazionali molto interessanti, alcuni studi evidenziano un dimezzamento della mortalità, prodotto economico, complessivamente sicuro;

Remdesivir: molto costoso, azione antivirale, studi controllati hanno evidenziato una buona diminuzione della mortalità;

Aspirina: il suo uso ha mostrato come riduca il numero dei ricoveri in terapia intensiva e sia efficace nel migliorare la risposta alle altre terapie;

Cortisonici, in particolare **Desametasone:** dimostrata la sua efficacia nei pazienti che hanno bisogno di ossigenoterapia anche se potrebbe esser utile in fasi più precoci per la sua azione antinfiammatoria;

Terapia anticoagulante: sicuramente efficace, il problema può essere la scelta del momento in cui iniziarla;

Idrossiclorochina: meriterebbe un discorso a parte; comunque al momento, salvo casi particolari è proibita dall'OMS e dall'ISS anche se alcuni studi hanno dimostrato esser sicura seguendo piccole avvertenze. La sua utilità messa in dubbio inizialmente, attualmente è stata nuovamente presa in considerazione;

Anticorpi neutralizzanti monoclonali: i primi studi mostrano una elevata efficacia e sicurezza. Potrebbero essere un'arma decisiva.

11. VACCINO

Poco si può dire sul vaccino specifico contro il Covid-19. Merita invece fare delle considerazioni sul vaccino antinfluenzale utilizzato per diminuire gli episodi febbrili che potrebbero essere confusi con il Covid-19.

Non è possibile, se si è medici, essere **contrari per principio** ai vaccini, come non lo si può essere nei confronti degli interventi chirurgici.

Quello che è necessario è esaminarne la validità; parlando di vaccinazione anti-influenzale, essa può risultare valida per alcuni, e funzionale alla possibilità di fare diagnosi differenziale con il Covid-19 per altri.

Ad esempio uno studio su bambini australiani sani ha dimostrato che i vaccini influenzali stagionali hanno raddoppiato il rischio di malattia da infezioni da virus non influenzali. Si è visto che **il vaccino ha aumentato il rischio di malattie respiratorie acute** associate a virus, inclusa l'influenza, di circa il 70%. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21079528/>)

Da un altro studio randomizzato controllato con placebo su bambini di Hong Kong è emerso che i vaccini antinfluenzali aumentano il rischio di ARI virali non influenzali del 500% (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3404712/>).

Nonostante ci venga ripetuto a cadenza annuale che i vaccini antinfluenzali sono efficaci, dai dati della CDC vediamo che le percentuali di successo sono abbastanza scarse (<https://www.cdc.gov/flu/vaccines-work/effectiveness-studies.htm>).

Ma come possono i vaccini anti-influenzali favorire altre infezioni?

Ci potrebbero essere due meccanismi:

- I vaccini antinfluenzali potrebbero alterare il nostro sistema immunitario in modo non specifico incrementando la possibilità di altre infezioni; ciò è stato osservato con DTP e altri vaccini (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23680130/>).
- Si potrebbe verificare la cosiddetta "*interferenza virale*" dove un'infezione virale può condurre il sistema immunitario a fornire una protezione temporanea e aspecifica nei confronti di altri virus. Prevenendo l'infezione influenzale, un vaccino potrebbe prevenire questo effetto positivo anche se non previsto (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3404712/>). Uno studio sulle

dinamiche della popolazione virale ha dimostrato, ad esempio, che l'influenza A previene le successive infezioni da rinovirus e l'influenza B previene le infezioni da adenovirus (<https://www.pnas.org/content/116/52/27142>). L'istituzione della **vaccinazione anti-influenzale di massa non ha alle spalle dati di sicurezza ed efficacia provenienti da studi controllati e randomizzati**. In particolare riguardo alla vaccinazione di routine per bambini piccoli e sani, vi sono stati dei pediatri ed infettivologi che hanno chiesto di eseguire prima degli studi randomizzati multicentrici per diverse stagioni per evitare effetti negativi, nonché la possibilità che i rischi della vaccinazione annuale superassero i benefici (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm200001273420409>). È emerso che chi guarisce dall'influenza sembra possedere una protezione ampia e duratura nei confronti di vari virus influenzali. Questa viene fornita dalle prime infezioni nei bambini piccoli - il cosiddetto "*imprinting*" - che è annullato da una eventuale vaccinazione infantile. Secondo alcuni ricercatori la protezione negli adulti che godono ancora dell'*imprinting* infantile può essere annullata dal vaccino contro l'influenza stagionale. Ciò è stato dimostrato su uno studio canadese (<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.46.1900585>).

Dobbiamo pertanto chiederci se si opera davvero per favorire l'immunità della popolazione mondiale con una vaccinazione di massa contro l'influenza. Potrebbe darsi che le epidemie influenzali annuali **si aggravino invece di diventare più leggere**. È necessario altresì capire che effetto potranno avere anni di vaccinazioni contro l'influenza stagionale sulle pandemie. In Quebec, ad esempio, si è visto che il rischio di una grave malattia pH1N1 è aumentato sensibilmente in rapporto al numero di vaccini antinfluenzali stagionali ricevuti negli anni precedenti. Tale rischio è cresciuto del 300% negli individui che avevano ricevuto cinque vaccinazioni in cinque anni, rispetto agli individui non vaccinati (<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000259>). È necessario, infine, verificare se la vaccinazione diminuisca realmente la mortalità per influenza.

12. LA SCUOLA

Cosa si sa dei contagi a scuola - contraddittorietà delle comunicazioni

Le linee guida ministeriali contenute nel piano scuola 2020-21 produrranno **danni psicologici probabilmente irreversibili** a lungo termine in bambini e ragazzi, danni che sono stati evidenziati in una lettera di oltre 700 psicologi e psichiatri italiani.

Come afferma Solange Hutter nel suo discorso alla Camera: "*Bambini della scuola dell'infanzia costretti a non poter vivere in modo spontaneo e salutare, impediti nello sviluppo armonico della personalità, condannati con un'altissima probabilità a contrarre nevrosi e psicosi. Costretti a vivere tra persone orribilmente mascherate*".

A questo proposito, pur variando da Paese a Paese, i contagi nell'ambiente scolastico sono sempre molto bassi, vale a dire **meno del 10%** dei contagi totali. Da segnalare inoltre che le capacità di contagio da parte dei giovani e giovanissimi sono più basse rispetto alla rimanente popolazione.

Nel caso, come sta succedendo in questi giorni, di un aumento dei ricoveri in ospedale e nelle TI (come già indicato il numero dei tamponi positivi non è un buon indicatore) andrebbe fatta molta più attenzione alla gestione degli ammalati e dei loro contatti per cui non esistono delle indicazioni precise omogenee di comportamento.

Attualmente nelle scuole dell'infanzia e nelle elementari è stato, in molti casi, ridotto il numero dei bambini per classe e potenziato l'organico delle maestre; ciò nonostante i bambini, anche all'aperto, non levano le mascherine neanche su invito delle maestre! **Un morbo più forte del Covid-19 li ha contagiati**: la paura delle mamme e degli adulti intorno a loro.

Nelle scuole del secondo ciclo l'intervento delle istituzioni preposte, nonostante i lunghi mesi di *lockdown* e l'estate di chiusura, hanno fatto ben poco: ridicoli interventi di facciata come la fornitura di banchi singoli a rotelle, mascherine e disinfettanti... ma sono restati gli edifici fatiscenti, le aule insufficienti e la carenza di personale.

Facendo leva sull'autonomia scolastica, sono state fornite indicazioni minuziose e coercitive a suon di direttive ministeriali e ordini di servizio, tese a pretendere l'impossibile senza fornire mezzi e risorse adeguati, scaricando le responsabilità dal centro sulla scuola ovvero sui dirigenti e insegnanti. La parola d'ordine è *"arrangiatevi o ne risponderete civilmente e penalmente"*.

I protocolli sanitari hanno previsto che qualora si presentino sintomi a scuola il caso vada immediatamente isolato, affidato al 'referente Covid' e portato nel 'locale-presidio' appositamente destinato. Va altresì chiamato il numero del presidio Covid della ASL apposto in bacheca che prenderà in carico il bambino/a e stabilirà, in base anche alla documentazione fornita dalla scuola (la classe di appartenenza e i suoi movimenti per andare in bagno registrati - ogni giorno e ogni ora di lezione - sul registro di classe a cura degli insegnanti) chi sarà sottoposto a tampone e se scatterà la quarantena. Ogni presidio Covid-19 di ogni ASL si regola peraltro a modo suo.

Se in famiglia o tra i contatti degli alunni si verifica 'un caso' di positività la scuola ne verrà a conoscenza se e quando ne venga informata dagli interessati. Se la dirigenza viene informata non è tenuta ad informare la ASL; può farlo ma non è detto che la ASL sia quella della famiglia o del gruppo e quindi che siano o meno fatti dei tamponi o dei test e a chi non è sicuro. Scattano buon senso e responsabilità personali, e magari la classe interessata viene posta a 'didattica a distanza' per due settimane.

Intanto i ragazzi e gli insegnanti arrivano a scuola su mezzi affollati senza alcun distanziamento, visto che l'80% di capienza viene raramente rispettato.

Per 'alleggerire' la situazione sui trasporti e per questa 'terribile e incalzante seconda ondata dell'epidemia' hanno resa obbligatoria la didattica a distanza, come durante il *lockdown*, per le scuole superiori!

D'altronde le istruzioni impartite ai presidi dai loro superiori, agli insegnanti dai presidi e persino nei corsi di formazione mirano a ridurre al minimo la didattica, i contenuti (per gli esami abbiamo visto il "tutti promossi" dell'anno scorso) perché il compito principale della scuola è diventato "intrattenere e sorvegliare" potenziando, però, badate bene, l'uso di tecnologia e digitalizzazione. Mascherine, movimenti limitati (tanto ti sposti col banco a rotelle) completano il quadro della vita di questi ragazzi nel fiore degli anni: che effetto avrà sulla loro crescita, formazione e maturazione?

Intanto, in modo neppure tanto nascosto, se sulla carta tutto resta come sempre, la realtà viene trasformata in modo pernicioso e violento, pervasivo nei più semplici gesti e manifestazioni dell'essere umano, nelle sue consuetudini, relazioni, prospettive e aspettative.

La scuola, semplificata, impoverita nei contenuti e privata dei suoi aspetti di naturale relazione, confronto e condivisione viene sospinta verso la standardizzazione dei moduli didattici, dei test telematici e dei rapporti impersonali: tutto ciò è altamente discutibile.

13. L'INFORMAZIONE

Responsabilità dell'informazione - Dove finisce la notizia ed inizia la manipolazione - Omologazione delle notizie

Insieme alle **responsabilità governative** quelle dell'informazione hanno contribuito in maniera decisiva a **diffondere notizie false, non verificate, ansia e paura nelle popolazioni.**

L'omologazione dei *media* è stata pressoché totale sin dalle prime fasi dell'epidemia.

Scorrendo i titoli dei giornali e le notizie televisive è stato facile sin da subito avvedersi che la "regia della propaganda" era la medesima a livello globale; i giornalisti delle singole testate non facevano altro che fare copia/incolla delle veline delle agenzie di stampa, spesso con le stesse parole e gli stessi titoli. Nessuna verifica – i famosi *fact-checking* che vengono pretesi da chi non condivide la narrazione ufficiale – **sulle notizie e soprattutto sui numeri** della pandemia.

Il fare poi cassa di risonanza delle affermazioni – spesso contraddette dai fatti – del CTS in Italia e l'assenza di spazio nei confronti di ogni opinione contraria ha indicato con estrema chiarezza che non si ha più a che fare con una informazione, ma solo con una **manipolazione** dell'opinione pubblica.

Ancor più grave la totale irresponsabilità della stampa non solo nel diffondere numeri non verificati ma anche nell'amplificare i **sentimenti di angoscia e di paura** della popolazione, contribuendo in questo modo a far entrare intere popolazioni in un *loop* di rassegnazione, impotenza e isolamento.

14. I GOVERNI, MISURE, DATI RESPONSABILITÀ E FINALITÀ

Responsabilità dei governi - qual è il senso della proclamazione dello stato di emergenza e delle imposizioni quando non vi sono gli elementi che li giustificano?

La cosa più rilevante di questo evento storico della pandemia da Covid-19 è la totale omologazione di tutti – o quasi – i Governi del mondo nelle reazioni e nella fattispecie nelle misure coercitive e liberticide.

La prima vittima della pandemia è stata la verità. Una volta sostituiti i reali svolgimenti dei fatti con una **narrazione artefatta** e dato fiato alle trombe della propaganda e della manipolazione attraverso i *media* totalmente asserviti al pensiero unico dominante, non si è dato più spazio ad alcun confronto con altre opinioni – e ciò è affatto evidente per chi segua i dibattiti televisivi e i telegiornali mainstream - anche se rappresentate da eminenti scienziati, centri di ricerche di fama internazionale o studiosi ed intellettuali di grande spessore.

La paura è diventata la leva con cui gran parte dei governi continuano a tenere sotto scacco l'intera società contribuendo a **dividere** le persone, isolandole fisicamente e mettendole in opposizione tra loro creando anatemi, aizzando vere 'cacce alle streghe' o incitando alla delazione. Tramite l'emarginazione sociale di chi mette in discussione le imposizioni di misure restrittive prive di fondamento, come, nella fattispecie, la reiterata proclamazione di **uno stato di emergenza che viene contraddetto dai fatti**, aspirano

ad instaurare un nuovo "Stato dell'Inquisizione", riducono spazi vitali di libertà, la capacità di un **confronto sereno**, la possibilità di una buona ed equilibrata convivenza civile.

A partire dalla "War on Terror" che ha seguito gli eventi dell'11 Settembre si è potuto vedere con chiarezza il paradigma usato dall'*establishment* per soggiogare le popolazioni.

Mediante la paura, ieri del terrorismo e oggi della malattia/morte, si è fatto in modo che si barattassero la propria libertà e i propri diritti costituzionali, ieri per la sicurezza oggi per la salute.

15. SINTESI CONCLUSIVA

Per concludere questa analisi noi riteniamo:

- Che il Covid-19 esista;
- Che la letalità si aggiri attorno allo **0,6%** (dato OMS) e forse ancora più bassa;
- Che colpisca prevalentemente alcune fasce di popolazione (anziani, diabetici, obesi) ma, come tutte le malattie, limitati casi singoli di qualsiasi età anche in ottima salute;
- Che sia assolutamente necessario proteggere e tutelare dette fasce di popolazione (anziani, diabetici, obesi) cosa che ad oggi non è stato fatto in modo adeguato;
- Che al momento esistano sistemi di **prevenzione** con potenziamento del sistema immunitario probabilmente efficaci che non vengono diffusi;
- Che esistano **terapie** di cui è stata dimostrata l'efficacia ed altre la cui efficacia è molto probabile e su cui andrebbero fatti studi di verifica in tempi brevissimi;
- Che oltre ai sistemi conosciuti di prevenzione andrebbe migliorato lo **stile di vita e la dieta mediante informazione ed educazione;**
- Che sia essenziale il **potenziamento della medicina del territorio** e che l'approccio terapeutico, ove necessario, è fondamentale che venga attuato nei primissimi giorni del contagio;
- Che vengano fornite ai medici sul territorio **indicazioni di approccio terapeutico** anche se ancora non verificate e che sia il medico a fare le sue scelte in relazione al reale problema clinico;
- Che la situazione, pur essendo seria, **è tale da non richiedere che vengano toccate in misura pesante la scuola, la sanità e le libertà personali.**

A

cura

di:

Mariano Bizzarri, oncologo e saggista. Ricercatore presso il dipartimento di Medicina Sperimentale dell'Università La Sapienza di Roma.

Fabio Burigana, medico gastroenterologo.

Piero Cammerinesi, giornalista ed editore indipendente.

Oltre 1.000 medici hanno aderito al [Piano di Chiarezza Scientifica](#)