

## A colloquio con Fernando

### *La medicina spaccata in due*

Una rubrica settimanale gode degli elogi, ma vive di critiche. Sono solo le critiche che ti costringono a capire dove non ti sei spiegato bene, a individuare i punti dove sei stato leggero, oppure a evidenziare gli errori.

Garbatissima la critica che mi è arrivata da Fernando Campi: matematico, apprendista nOmismatico, nonché persona con un filo diretto con l'ospedale (il fratello dottor Ennio) in questo periodo di "tsunami nosocomiale".

È l'occasione d'oro per fare un sunto delle quasi 50 pagine che ho scritto sul coronavirus (ben di più se consideriamo la parte nOmismatica). E siccome il matematico ha sapientemente diviso la lettera in paragrafi, potrò darvela da leggere un pezzo alla volta.

Preciso inoltre che Fernando legge sia Taglio Laser che Cara Irma, anche se, come dice lui, un po' di corsa.

Nelle parti in corsivo parla Fernando. Nelle parti in carattere normale parlo io. Ma prima parto col classico "Aggiornamento dati"

#### **Aggiornamento dati**

La infografica settimanale dell'Istituto Superiore di Sanità del 28 maggio 2020 segnalava 31.851 decessi di cui 15.954 (50,1%) in Lombardia. Tra gli ammalati il 59,1% sono uomini e il 40,9% donne. Età media dei deceduti: 80 anni (uomini 79 anni, donne 85 anni). Differenza tra età di malattia e età di decesso: 20 anni.

Numero medio di patologie nei deceduti: 3,3 (4,1% dei morti privi di patologie, 14,9% con 1 patologia e l'81,0% con 2 o più patologie). ATTENZIONE: questo dato non riguarda il totale dei morti, ma solo i 3.200 deceduti "per i quali è stato possibile analizzare le cartelle cliniche".

Queste le patologie considerate: Cardiopatia ischemica, Fibrillazione atriale, Scopenso cardiaco, Ictus, Ipertensione arteriosa, Diabete mellito-Tipo 2, Demenza, Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, Cancro attivo negli ultimi 5 anni, Epatopatia cronica, Insufficienza renale cronica, Dialisi, Insufficienza respiratoria, HIV, Malattie autoimmuni, Obesità.

Dalla Protezione Civile rileviamo che i malati in terapia intensiva avevano raggiunto il picco il 7 aprile con 3.792 casi di cui 1.305 in Lombardia; adesso sono 475 casi di cui 173 in Lombardia.

Tamponi effettuati: 3.755.279 – Casi testati: 2.368.622

Decessi di età inferiore a 50 anni: 356 – Decessi di età inferiore a 40 anni: 79 (54 con gravi patologie preesistenti, 14 senza patologie, 11 senza informazioni).

Nota importante sulle donne. In apparenza muoiono 40% donne e 60% uomini per covid, ma questo è solo perché nella fascia d'età da 80 in su le donne sono il 63% e gli uomini il 37%. Nella popolazione fino a 69 anni (dove donne e uomini sono ancora più o meno in pareggio) la percentuale di donne morte è il 27% e di uomini il 73%.

#### **Preambolo della lettera di Fernando**

*Considerazioni sparse sul virus & c. Molto terra terra da praticone qual sono nonostante il mestiere di matematico mi proietti spesso nell'empireo (o magari in qualche posto inesistente).*

*Vorrei farti qualche annotazione e qualche critica verso alcune posizioni che hai riportato in Cara Irma o in Taglio Laser. Devo dire che, non avendo riletto le varie puntate, non ricordo nemmeno se sei tu che le fai, o semplicemente le riporti inserendo poi delle note tue (nota la memoria e come sono attento in generale).*

*Aggiungo:*

*1) che non sono mai stato bravo a scrivere [a me sembra invece che scriva bene, NdR]*

*2) certe cose mediche non ricopiarle così come sono, ma reinterpretale. Mio fratello Ennio, che ha curato i malati di covid e che mi passa le notizie, è ancora scioccato dai malati e dai morti che ha avuto in reparto, e, per questo, non so se apprezzerebbe le mie considerazioni.*

Bene, Fernando è un po' come me.

Un sano desiderio di capire anche gli ambiti non suoi e la consapevolezza che, scrivendo di medicina, le sue frasi vanno vagliate. O "reinterpretate", come dice lui.

Di me stesso, iniziando le puntate sul virus, scrivevo così.

«Con la medicina ho un rapporto un po' fantasioso: faccio strane autodiagnosi, confondo i termini, attribuisco a certi medicinali poteri che non hanno, scambio le cause con gli effetti. Insomma, sono pericoloso. Poiché però mi sollecitano sul Coronavirus, mi tocca dire la mia. Comunque, se faccio dei copia-incolla di citazioni altrui, grandi danni non ne dovrei fare».

## **Il virus, prima parte: i numeri**

*a) Il virus.*

*a.1) I numeri.*

*Dici sempre che i numeri sono piccoli rispetto alle aspettative iniziali ecc. e con questi numeri la chiusura non è così giustificata (più o meno).*

*Attenzione che ci sono vari aspetti del virus che bisogna considerare. Per completezza ti riassumo quello che ho capito io del virus dopo le letture dei notiziari e i suggerimenti di mio fratello. Correggimi se sbaglio e, se hai altri aspetti, aggiungimeli.*

*1) la percentuale di casi gravi rispetto a quelli contagiati (quelli rilevati naturalmente, perché quelli non rilevati chissà quanti sono) è all'incirca quella di una normale influenza;*

*2) la contagiosità di questo virus è però molto più alta rispetto alle altre: vedi le proiezioni che davano una percentuale di contagiati dal 60% in su nel caso si fosse deciso di non fare niente. Contro il 10%, 20%, 30% delle influenze normali.*

*3) Ennio mi dice che i casi gravi (cioè quelli che hanno bisogno di ospedale) nelle normali influenze hanno bisogno di una settimana di cure intensive, a dire molto. Con il coronavirus i gravi hanno bisogno come minimo (se va benissimo) di 2 settimane di cure intensive; più facilmente di un mese e passa. Il paziente 1 di Codogno deve esserci stato per 5 settimane almeno.*

*A parte il disagio di stare attaccati all'ossigeno (o peggio intubati) per tutto questo tempo, è questo che ha riempito i nostri ospedali: anche "pochi" casi che hanno bisogno di un mese di terapie intensive ti intasano e bloccano un reparto; reparto che poi non riesce a gestire nessun altro.*

*Da mio fratello, dove non è andata così male come in altri posti, ben 6 reparti sono stati adibiti esclusivamente ai malati di Covid, e riempiti. Anche se la nostra sanità è asfittica (vero) senza il lockdown sarebbe collassata davvero. Così hanno retto decentemente.*

*Aggiungo che un mese di intubazione o di terapie intensive, una persona anziana normalmente non lo regge. Ecco perché i morti sono (quasi) tutti anziani.*

*Però non voglio pensare alle zone come Bergamo o Brescia dove i malati sono stati molti di più. Forse lì hanno fatto come in guerra: c'è un solo posto disponibile e si presentano in 10 per essere curati, chi curi?*

*Poi si poteva fare meglio, o in modo diverso da regione a regione, ma nessuno era preparato a una cosa del genere. E col senno di poi...*

I numeri sono piccoli rispetto alle aspettative iniziali? Sì, sono decisamente piccoli. Neil Ferguson dell'Imperial College di Londra ci aveva fatto dono di un modello matematico.

Anche il nostro paese ha avuto il dono di Ferguson di un modello per l'Italia trasmesso alle nostre autorità sanitarie alla fine di febbraio. Il modello prevedeva in Italia oltre mezzo milione di morti per Covid-19 se non si fosse preso alcun provvedimento, e "soltanto" 283 mila decessi applicando, come di fatto è stato fatto, il più rigido lockdown.

Stesso errore di 10 volte anche con USA e Gran Bretagna. Ma l'Imperial non è nuovo a questi errori.

Certo il track record dei modelli di Ferguson negli ultimi dieci anni non gli fa onore. A partire dai 150.000 morti previsti per la malattia del piede e della bocca dei bovini (Foot and Mouth Disease) ai 200 realmente avvenuti nel 2002 in Inghilterra.

Nello stesso anno, nello stesso paese, Ferguson aveva allertato il governo sull'arrivo di 50.000 decessi per Mucca pazza (BSE), a fronte dei 177 avvenuti realmente.

Non migliori le previsioni per l'epidemia di influenza aviaria del 2005, ove i modelli Imperial prevedevano fino a 150.000 morti nel solo Regno Unito a fronte di 282 registrati nel mondo.

Non dissimile la pandemia di influenza suina del 2009: nell'agosto di quell'anno la ministra della salute inglese annunciò la mobilitazione dell'esercito inglese per la preparazione di fosse comuni capaci di ospitare i 65.000 cadaveri: i morti veri furono 457.

Tutta colpa della matematica? No. L'articolo spiega che vengono presentati ai politici degli scenari, dal peggiore al meno peggio. E i politici puntualmente scelgono lo scenario peggiore, per non incorrere in critiche e perché "la difesa della salute" è un tema che coinvolge tutta la nazione.

Perso il concetto di bene comune, il singolo preferisce evitare lo 0,002% di probabilità di morire di Covid a fronte della certezza di un -10% del PIL nazionale. Beninteso, parliamo del singolo che ha stipendio o pensione assicurata; chi perde il lavoro percepisce molto presto che il rapporto costi/benefici non è stato calcolato molto bene.

\*\*\*

Detto questo, le cose che dice Fernando sono esatte.

- Il Covid ha la pericolosità (percentuale di casi gravi su casi accertati) di un'influenza
- Ha però una contagiosità molto più alta
- Questo fa sì che i casi gravi si addensino all'improvviso sugli ospedali provocando uno tsunami
- Ancora di più in Italia, dove di fatto abbiamo avuto 3 epidemie: (1) Lombardia (2) le altre regioni del nord (3) le altre regioni d'Italia
- Inoltre la degenza dei casi gravi è lunghissima rispetto all'influenza e questo intasa gli ospedali

Senza la "chiusura totale" gli ospedali sarebbero collassati? Il fatto è che gli ospedali SONO collassati: quando (parole di Bertolaso) gli ospedali devono scegliere chi curare il collasso è già avvenuto.

La domanda vera quindi è: l'inversione di tendenza che ha via via svuotato le terapie intensive (in Lombardia da oltre 1.300 a 173 in 50 giorni) è dovuta alla "chiusura totale"? Ne dubito sempre più.

È un dato ancora da validare, ma i contagi sono avvenuti per due terzi in ambito sanitario: 60% nelle RSA 7% in ambulatori e ospedali. Questi contagi non sono influenzati dalla "chiusura totale".

La Svezia non ha chiuso e non nemmeno fatto la "caccia all'infetto" come la Corea o Taiwan; i media allora hanno dovuto inventare una statistica fasulla per dire che "in Svezia va peggio di tutti": hanno scelto il "numero di morti medio quotidiano dell'ultima settimana", utile solo per fare titoli su tutti i giornali contro la Svezia.

Di fatto 7 giorni fa (e quindi salvo smentite più recenti) la Svezia era 15a nel numero dei morti (e questo conta poco) e ottava nel numero dei morti per milione di abitanti (e questo conta): lasciando perdere Andorra e San Marino, succede che Francia, Gran Bretagna, Italia, Spagna, Belgio, stanno peggio della Svezia.

Ma la cosa più impressionante è questa: se la Svezia ha la colpa di "mancata chiusura totale", ci si aspetterebbe che i suoi morti vengano dai lavoratori. Invece vengono, al solito, dall'equivalente delle nostre case di riposo.

No, non abbiamo alcuna certezza che la chiusura totale ci abbia salvato. Abbiamo però la certezza che la chiusura totale ci ha rovinato. E abbiamo anche la certezza che l'estensione dell'Italia e le sue differenze climatiche e ambientali ci consentiva di chiudere le regioni poco alla volta, solo se all'orizzonte si intuiva l'arrivo dello tsunami.

La sanità asfittica ce la dobbiamo ricordare per il futuro: 5.000 posti di terapia intensiva in Italia, 28.000 in Germania; letti normali +450.000 in Germania. Quando i governanti avranno capito come funziona il salvadanaio nOmismatico nazionale, bisognerà darsi da fare per rimettersi al passo.

Resta poi il grande interrogativo: ma l'intubazione era necessaria? Argomento del prossimo capitolo.

## **Soloni a posteriori?**

*a.2) I "Soloni a posteriori"*

*Attenzione ora a tutti quelli che dicono: avevo detto da tanto tempo che "si dovevano curare così", "si poteva invece fare così".*

*Ora che si stanno accumulando le prime evidenze empiriche possiamo cominciare a pensare un vero metodo di cura. Prima non si poteva fare altro che trattarla come una "normale" influenza, perché non si aveva nessuna evidenza di dover fare diverso.*

*Inoltre, quando sei costretto a fare i turni che hanno dovuto fare medici e infermieri hai solo tempo di salvare il salvabile, e non hai certo tempo di pensare a inventare metodi "nuovi", che non sai se e come funzionano; e comunque vanno poi valutati nel tempo.*

*È brutto da dire, ma la medicina è una scienza empirica che si basa sui dati: clinici e di laboratorio.*

*Se non ne hai perché la malattia è completamente nuova con modi di presentarsi diversi da tutti i precedenti, puoi solo provare a trattare i pazienti al meglio con quello che hai e che sai.*

*I vari metodi proposti si basano (direi io a intuito) solo sul fatto che uno specialista in un particolare campo ha notato che in un particolare caso (cioè in un caso di una certa gravità con certe sintomatologie) è bene comportarsi in un certo modo. Mentre se la gravità è diversa, o i sintomi non sono proprio quelli, che si fa?*

*E' poi facile dire (per esempio) che il plasma di gente guarita aiuta, ma le trasfusioni di sangue o plasma comportano sempre qualche rischio. Questi sono stati valutati adeguatamente dai proponenti?*

*Inoltre la eparina e altre sostanze che sembrano funzionare devono essere adoperate a dosaggi molto alti, e quindi devi tenere i pazienti monitorati in ospedale. Non puoi assolutamente curarli a casa.*

*E i proponenti, sono medici di reparto o stanno in un centro di ricerca? Se medici di reparto e hanno avuto queste idee, bene, ma se sono in un centro di ricerca non hanno fatto certo gli straordinari che hanno fatto in reparto. E perché non se ne sono accorti prima (sempre se sono in un centro di ricerche)?*

*Comunque un po' più di educazione verso i colleghi che hanno lavorato sul campo non guasterebbe.*

*Mio fratello poi ha visto anche tanti "giovani" (di tutte le età) messi MOLTO male, anche senza patologie pregresse.*

È paradossale, ma una "capra medica" come il sottoscritto, ha un quadro generale più ampio rispetto al singolo medico che sta in prima linea. Perché? Ma perché il medico in prima linea ha da lavorare, ed è sfatto.

Io invece raccolgo, chiedo, riordino, faccio una scansione temporale e vedo alcune cose che mi risultano del tutto evidenti dalla tranquillità della scrivania.

Innanzitutto tolgo il dubbio a Fernando: i medici che hanno costruito una sorta di "protocollo Covid" lavorano sul campo. Forse è l'orrore di vedere morire l'87% di intubati (dato da validare, non so se riguarda una zona particolare: è l'esperienza dell'amico dottor Dario) che scatena l'intelligenza del buon medico.

Comunque mettiamo le date certe.

17 marzo 2020 – Il virologo francese Didier Raoult annuncia che uno studio condotto su 24 pazienti francesi ha mostrato che l'idrossiclorochina e l'azitromicina sono efficaci nel trattamento di Covid.

26 marzo 2020 – Parte il paese di Medicina, il più colpito dal Covid a Bologna.

Si passa al contrattacco. Come annunciato ieri dal commissario per l'emergenza Sergio Venturi, partirà nel comune di Medicina, il più colpito dal Covid-19, il primo tentativo di sperimentazione di profilassi terapeutica precoce. L'Ausl di Imola, di concerto con l'unità di malattie infettive del Sant'Orsola, ha approntato due équipe che da domattina avvieranno le prime visite al domicilio dei pazienti. [...]

La terapia consiste nella somministrazione di idrossiclorochina associata ad antivirali e/o antibiotici, spiega l'Ausl. L'obiettivo della sperimentazione è vedere «se l'avvio di una terapia precoce possa evitare un certo numero di malattie gravi, risparmiando ricoveri, soprattutto in terapia intensiva» spiega il professor Pierluigi Viale del Sant'Orsola.

28 marzo 2020 – Il dottor Paolo Gulisano lo racconta il 9 aprile, ma la vicenda parte il 28 marzo

Alessandra mi spiega tutto al telefono, con voce rotta dall'emozione. A mia volta avverto una sensazione strana. "Lei signora mi sta dicendo che ha ricevuto una sentenza di morte per la mamma?"

"Sì, dottore. Cosa devo fare? Mi dica lei". In quell'attimo non ho esitazioni. "La porti a casa, Alessandra. Fermi e la porti a casa. Me ne prenderò cura io, se vuole. Non le garantisco nulla, se non che me ne prenderò cura e, se dovrà morire, potrà farlo con lei accanto".

Alessandra segue il mio consiglio. Nella dimissione dal Pronto Soccorso, si possono leggere queste righe: "Diagnosi: polmonite interstiziale. I parenti resi edotti della situazione, prospettate le eventuali complicanze, rifiutano il ricovero assumendosi ogni responsabilità. Esito: rifiuto del ricovero."

La signora Giusy torna dunque a casa, amorevolmente assistita da sua figlia. Le prescrivo la terapia, con un mix di farmaci che forse non saranno ancora ufficialmente adottati negli ospedali previ trials clinici e studi in doppio cieco, ma qui c'è da salvare una vita, e non ho dubbi che occorra tentare. Passano i giorni,

e la signora Giusy migliora ogni giorno di più. Se fosse rimasta in ospedale, dopo 48 di "accompagnamento dolce" sarebbe morta, da sola, senza più vedere nessuno dei suoi cari, come successo a tantissime altre persone. Alessandra non vuole che finisca così, e io nemmeno.

La trincea, la prima linea, il nemico... Tutta vuota retorica. **Il compito di un medico, il mio compito, non è combattere un virus: è prendermi cura di una persona.**

#### 11 aprile 2020 – Un anonimo cardiologo di Pavia fa girare la vera causa di morte per coronavirus.

"Non vorrei sembrarvi eccessivo ma credo di aver dimostrato la causa della letalità del coronavirus. Solo al Beato Matteo ci sono 2 cardiologi che girano su 150 letti a fare ecocardio con enorme fatica e uno sono io. Fatica terribile! Però, di quello che alcuni supponevano, ma non ne riuscivano a essere sicuri, ora abbiamo i primi dati.

**La gente va in rianimazione per tromboembolia venosa generalizzata, soprattutto polmonare. Se così fosse, non servono a niente le rianimazioni e le intubazioni perché innanzitutto devi sciogliere, anzi prevenire queste tromboembolie. Se ventili un polmone dove il sangue non arriva, non serve! Infatti muoiono 9 su 10. Perché il problema è cardiovascolare, non respiratorio! Sono le microtrombosi venose, non la polmonite a determinare la fatalità!**

E perché si formano trombi? Perché l'infiammazione, come da testo scolastico, induce trombosi attraverso un meccanismo fisiopatologico complesso ma ben noto. Allora? Quello che la letteratura scientifica, soprattutto cinese, diceva fino a metà marzo era che non bisognava usare antinfiammatori.

**Ora in Italia si usano antinfiammatori e antibiotici (come nelle influenze) e il numero dei ricoverati crolla. Curandola bene a casa eviti non solo l'ospedalizzazione, ma anche il rischio trombotico. Non era facile capirlo perché i segni della microembolia sono sfumati, anche all'ecocardio. Ma ho confrontato i dati dei primi 50 pazienti tra chi respira male e chi no e la situazione è apparsa molto chiara.**

Per me si potrebbe tornare a vita normale e riaprire le attività commerciali. Via quarantena. Non subito. Ma il tempo di pubblicare questi dati. Il vaccino può arrivare con calma. In America e altri stati che seguono la letteratura scientifica che invita a NON usare antinfiammatori è un disastro! Peggio che in Italia. E parliamo di farmaci vecchi e che costano pochi euro".

Il testo rimbalza sui social e nelle ultime ore è stato attribuito a diversi medici e professori esistenti, non solo al fantomatico cardiologo di Pavia.

Non mi sono stupito di questa "attribuzione a diversi medici" e questo circolare quasi anonimo e sottotraccia. Ai medici degli ospedali importanti è stato imposto il silenzio stampa: che altro metodo possono trovare per diffondere una notizia?

**12 aprile 2020 – "Polmonite o trombosi? Roberto Burioni fa a pezzi la bufala del medico di Pavia".** Titolo interessante, innanzitutto perché il tono mostra che il giornale "gode" che il medico di Pavia sia fatto a pezzi. Burioni si era ben guardato a suo tempo dall'attaccare Raoult (è il più citato virologo europeo, indice di Hirsh almeno quadruplo rispetto a Burioni...), ma "fa a pezzi" il cardiologo pavese. **Il fatto è che il cardiologo aveva ragione.**

**14 aprile 2020 – Chiamo il mio amico dottor Dario** e chiedo se ha saputo del cardiologo di Pavia. Ma pare che quella faccenda la sappiano tutti, solo che non appare in TV. **Aggiunge l'uso dell'eparina a basso peso molecolare. Aggiunge che funziona bene anche Lopinavir Ritonavir, nelle prime fasi della malattia, con meccanismi che non sono direttamente antivirali. Mi spiega anche che in lungodegenza ci sono stati solo casi leggeri, probabilmente perché già tutti trattati di base con eparina.**

Qualcuno ha sintetizzato.

**In Italia e nel Mondo molti colleghi, senza attendere trials clinici, che non arrivano mai** (sono passati più di due mesi, e se guariscono in media in meno di una settimana, devi avere già i dati clinici, perché non li pubblici?) hanno iniziato a usare questo schema:

**Prima fase -** Fase di replicazione Virale: **Idrossiclorochina** (Paquenil, antimalarico) + **Azitromicina** (alcuni hanno utilizzato altri antibiotici). **FATTIBILE A CASA! PER NON ANDARE IN OSPEDALE!**

**Seconda Fase -** Fase di risposta eccessiva immunitaria (polmoniti interstiziali con essudato infiammatorio e/o formazioni di trombi con embolie): **Cortisone** (per bloccare la risposta immunitaria eccessiva (NB: solo nella seconda fase, per non estendere la replicazione virale) ed **Eparina a basso peso molecolare**, per prevenire i trombi. **DA FARE IN OSPEDALE! PER NON ANDARE IN RIANIMAZIONE!**

Con questa semplice terapia farmacologica, migliaia di persone, che sarebbero morte a casa, o finite in terapia intensiva sono state salvate.

Maggio 2020 – Vengo a sapere che nel paese di Bardolino Cesenate, uno dei primi colpiti poco dopo Codogno, i medici hanno fatto di testa loro da subito e hanno salvato i loro vecchi. Sì, Bardolino Cesenate non esiste. Ma quei medici esistono.

**Maggio 2020 – Esplode anche il caso del plasma che guarisce dalla malattia. De Donno va anche in audizione al Senato. La sperimentazione gli viene scippata.**

«Il Governo e il Ministero avevano questa grandissima opportunità: gridare al mondo che il primo studio del plasma convalescente era stato fatto in Italia. Dietro di noi sono partiti centinaia di studi controllati ma la paternità del primo studio, certificata da una registrazione importante, è di Mantova e Pavia».

Riguardo alla scelta di Pisa per la nuova sperimentazione, De Donno ha detto: «Non ci sono motivi scientifici in merito. Io credo che i motivi siano da ricercare in altro ambito. Pisa in questo momento ha arruolato due pazienti, o forse tre, che, rispetto alla casistica che abbiamo noi, sono assolutamente insoddisfacenti».

**Mentre il resto del mondo ha elogiato la terapia del plasma convalescente, in Italia il ministro Speranza e le istituzioni non si fanno vivi. Inoltre molti esperti, specialmente in televisione, hanno delegittimato la sperimentazione del medico di Mantova.**

**Ricciardi sostiene che «è promettente ma serve tempo per valutarla», mentre Burioni, in prima serata, ha affermato che «questi plasmi non sono un farmaco ideale, sono difficili e costosissimi da preparare».**

Ma c'è una parte della scienza che non è d'accordo con questi esperti, come la dottoressa Giustina De Silvestro, direttore dell'Unità Operativa Immunotrasfusionale dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

«Tutti i servizi trasfusionali sono attrezzati per la raccolta del plasma perché è un'attività che facciamo quotidianamente. Quindi siamo molto tranquilli nella nostra routine».

De Donno ha aggiunto: «Il plasma convalescente è stato acclarato anche dagli studi di Padova e della Mayo Clinic del professor Santin e non costa nulla».

«Su un paziente convalescente chi è che ci guadagna? Noi siamo un ente pubblico non dobbiamo far mercato. Il donatore ci dona il suo plasma gratuitamente, noi dobbiamo metterci la sacca di vinile, il procedimento di sterilizzazione o di analisi virale o di biologia molecolare che facciamo anche per le altre donazioni. Il costo è quello: 80 euro a sacca».

**Nella scorsa puntata ho fatto un errore: ho scritto che c'è stato un "divieto iniziale di autopsie".**

**Ero convinto in cuor mio che, dopo aver capito la verità della malattia dalle prime autopsie (quelle richieste dall'autorità giudiziaria), le autopsie sarebbero state liberalizzate. Invece sono tuttora "sconsigliate" anche negli ultimi decreti, e nessun capo di ospedale si prende la responsabilità di violare un consiglio governativo.**

Qualche giorno fa c'è stata la protesta ufficiale di medici legali. Prendo un pezzo di articolo dal Corriere.it

**Per i pazienti infetti morti nelle rianimazioni si è parlato quasi sempre di polmonite.**

«Ma non si muore così in tanti di polmonite nelle rianimazioni! Tanto che quando a Bergamo hanno fatto le prime autopsie hanno realizzato che più pazienti erano deceduti a causa di trombosi e che la polmonite era una conseguenza della formazione dei trombi. Il passaggio successivo è stato ipotizzare il coinvolgimento dei vasi sanguigni. Insomma: un passo alla volta si può fare molta strada nelle conoscenze cliniche e quindi nella terapia».

**E invece la prima circolare che scoraggiava le autopsie è stata ripubblicata anche a maggio.**

«Sembra incredibile ma è così. Io dallo Stato mi aspetterei che si chiedesse: di cosa sono morte tutte quelle persone? Mi aspetterei che dicesse: studiamoci bene tutto, preveniamo eventuali ricadute. I morti parlano, come si dice. È successo per Ebola, per l'Aids: le autopsie hanno fatto la differenza, sono fondamentali per cercare le risposte giuste».

**Però il ministro diceva nella circolare che si potevano fare in sicurezza con le sale di biocontenimento.**

«Benissimo, e allora facciamole queste camere di biocontenimento. Stiamo spendendo una montagna di soldi per fronteggiare il virus. Ognuna di quelle sale costerà al massimo 50 mila euro, non è una spesa impossibile. Ne basta una per ogni capoluogo di provincia».

**Secondo lei saremmo ancora in tempo?**

«Certo. Siamo in tempo a fare tutto. Facciamo come hanno fatto i tedeschi che sono diventati i top mondiale nelle pubblicazioni scientifiche sui risultati degli esami autoptici. Ad Amburgo, che è capofila di

questi studi, le autopsie sono obbligatorie. Vogliamo dire che forse è anche per questo impegno che la Germania conta meno vittime dell'Italia?»

Quindi direi che c'è una vasta rete di medici che ha capito il problema, e l'ha capito sul campo, con l'intuito o con particolari conoscenze dei meccanismi di certi farmaci. Da Raoult in Francia, al Sant'Orsola e a Medicina, da Gulisano più o meno a Lecco, all'anonimo di Pavia, dal mio amico Dario, a quelli di Bardolino Cesenate, a De Donno & c. col plasma, tutti sanno le stesse cose: che il coronavirus può essere fermato nei suoi effetti o addirittura curato.

Ma dall'altra parte abbiamo visto la "medicina da TV" che si batte strenuamente contro ogni farmaco a basso costo, stronca le cose vere usando la forza della TV, evoca effetti collaterali che fanno ridere di fronte alla morte, il tutto per mantenere la paura di un virus incurabile e per evocare continuamente il vaccino (probabilmente introvabile, inutile se trovato, pericoloso se utilizzato).

Il fratello di Fernando ha visto persone molto mal messe, anche giovani, anche senza patologie pregresse. Certamente. Giovani mal messi perché mal curati. O curati quando la malattia era già in Fase 3 "quando disturbi diffusi della coagulazione intravasale impazzano".

Quindi nessuna colpa ai medici in corsia che hanno curato come pensavano fosse giusto, anche se era il metodo sbagliato. Ma sommo disonore per i "medici da TV" che non hanno diffuso la cultura delle medicine efficaci e a basso costo, e, nel segreto dei loro comitati, hanno anche ostacolato le autopsie.

Fernando scrive che "ora si stanno accumulando le prime evidenze empiriche", ma non è così. La sequenza di date ci porta molto indietro, per Raoult addirittura nella prima metà di marzo.

Il coronavirus ha rivelato in maniera violenta i due mondi della medicina. Sì, lo si sapeva che la medicina è ANCHE interesse. Sì, lo sapevamo che il medico in gamba può essere anche un grande affarista.

Ma vedere dei medici che fanno ogni sforzo per affossare sperimentazioni buone ed efficaci (efficacissime: portano dalla morte alla vita) fa un male tremendo. Vedere i medici buoni impediti di comunicare (De Donno ha detto che ha dovuto "prostituirsi alla TV" per comunicare qualcosa) fa male. Vedere le autopsie impedito, fa pure male e rasenta la follia: la malattia è sconosciuta e si impedisce di conoscerla.

Bisognerà trovarle un nome a questa branca della medicina che si occupa solo di guardare alle case farmaceutiche e di alimentare l'attesa di nuovi ritrovati, invece di pensare ai malati. Non è certamente la medicina immaginata dall'uomo comune, e quindi deve avere necessariamente un altro nome. Un nome infame.

La medicina è definitivamente spaccata in due: quella dei medici che guardano alle grandi industrie farmaceutiche, e quella dei medici che guardano ancora all'uomo. «La trincea, la prima linea, il nemico... Tutta vuota retorica. Il compito di un medico, il mio compito, non è combattere un virus: è prendermi cura di una persona».

Ma del resto quando l'OMS si finanzia al 10% dalla Fondazione Gates, a cascata cosa puoi aspettarti? Stato per Stato troverai dei gruppetti di vertice che guardano alla Fondazione Gates e alle grandi case farmaceutiche come il loro Messia.

## **Fine**

La lettera di Fernando non finiva qui. Si occupava anche dell'organizzazione delle Messe. Va beh, avevo promesso "basta testi da 10 pagine", mi devo fermare. Riprenderò Fernando un'altra volta.

Giovanni Lazzaretti

[giovanni.maria.lazzaretti@gmail.com](mailto:giovanni.maria.lazzaretti@gmail.com)

---

*Le evidenziazioni sono state aggiunte da Il Faro*