1) Ci può dire che cosa l'ha spinta ad effettuare questo approfondimento e quali sono i risultati principali di questo studio?

Partecipando alla vita di un circolo culturale da 23 anni, ho collaborato all'organizzazione di circa 200 conferenza con 150 relatori, ascoltandoli in conferenza e nei "fuori onda" a cena.

L'idea che avevo di conferenza era "dotta esposizione di cose normali". Invece i relatori si rivelarono via via, ognuno nel suo campo, dei "giornalisti di indagine": esponevano fatti sconosciuti al grande pubblico, esponevano i fatti in modo opposto ai media tradizionali.

L'habitus mentale del "giornalista d'indagine" mi si è formato lì. Ho scritto diverse lettere a giornali, alcuni dossier (caso Boffo, guerra di Libia, Charlie Hebdo) e una rubrica settimanale dal 2015.

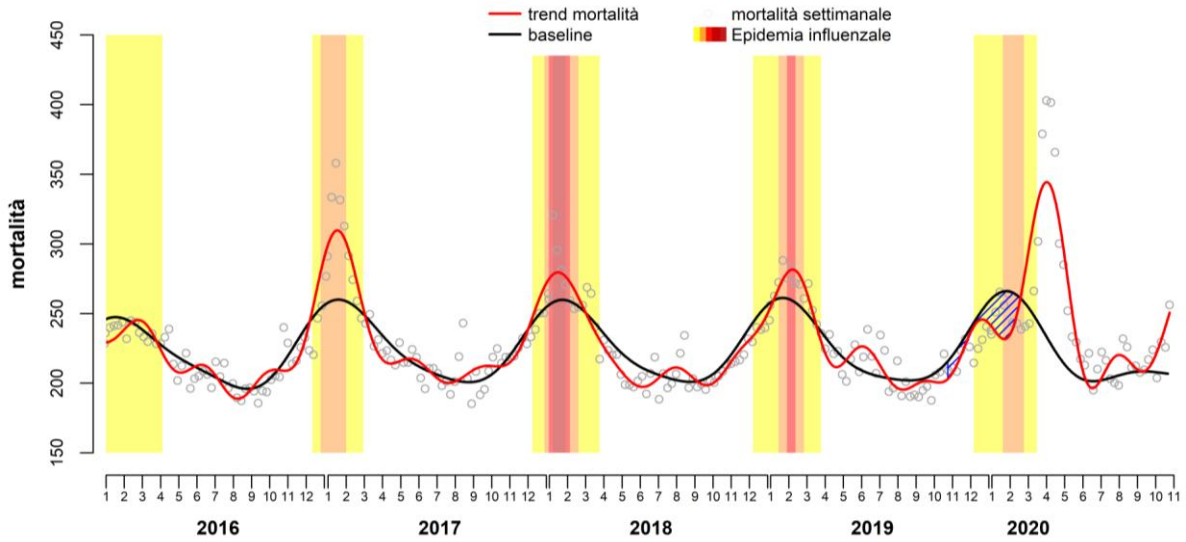
Il 28 febbraio ho cominciato a scrivere anche di covid, stupito dalla notizia che i medici di un noto ospedale erano stati messi in "silenzio stampa", fino ad arrivare all'ultimo studio sulla cosiddetta "seconda ondata".

2) Partiamo dalla curva di mortalità. Sembra di vedere che, a parte l'impennata avuta tra marzo ed aprile scorsi, l'attuale rialzo della mortalità è in linea con i consueti andamenti stagionali. Ha torto quindi l'epidemiologo Massimo Galli quando dice che a Milano oggi si sta vedendo la stessa situazione di marzo?

La gente ragiona come se in Italia non morisse nessuno, e si fosse cominciato a morire solo per il covid.

In realtà muoiono 630.000/650.000 persone l'anno in Italia, 1700/1800 al giorno

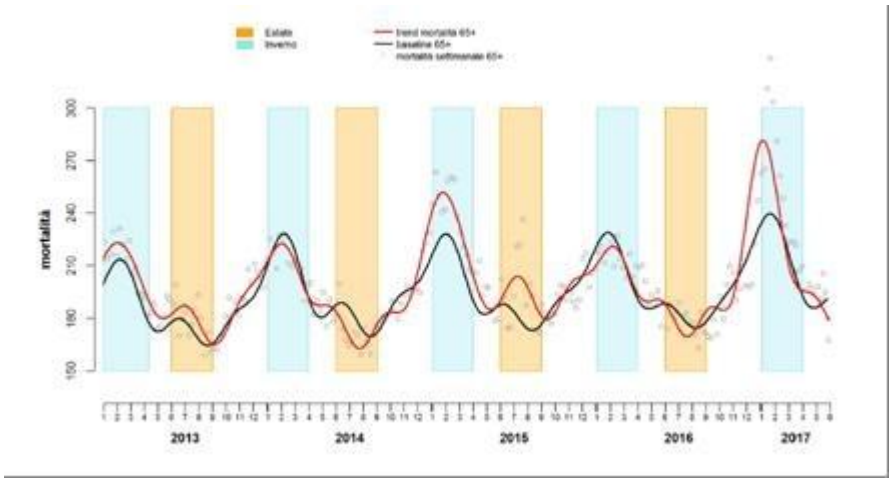
Questa è l'immagine della curva di mortalità



Fonte

http://www.salute.gov.it/portale/caldo/dettaglioContenutiCaldo.jsp?lingua=italiano&id=4547&area=emergenzaCaldo&menu=vuoto)

Questa è una variante che va più indietro nel tempo (e riguarda solo gli ultra sessantacinquenni che, com'è noto, costituiscono la stragrande maggioranza dei morti: over 65 = 40.861 per milione, under 65 = 1.501 per milione)



- C'è sempre partenza autunnale, picco invernale di solito tra gennaio e febbraio, discesa primaverile, eventuali mini picchi da calore estivo, di nuovo ripresa.
- Il covid ha aggiunto circa 40.000 morti, in realtà 15% in meno secondo le validazioni dell'Istituto Superiore di Sanità.
- Nel 2015 ci furono 49.207 morti in più del 2014 e non ebbero l'onore di 1 riga sui giornali e 1 minuto sui TG.
- Quindi il problema non è certamente il numero assoluto dei morti.
- Non è nemmeno la recrudescenza autunnale, cosa ovvia dal momento che il covid non è sparito in estate, si è solo calmato (malattia piede-bocca dei bovini, mucca pazza, aviaria, suina, SARS, MERS sparirono e non ebbero seconde ondate).

Cosa intenda Galli sul fatto che "a Milano" si vede la situazione di marzo, non lo saprei dire. Possiamo però vedere la situazione nazionale

descrizione	1a fase acuta	1a fase	2a fase	3a fase		globale
data inizio	03/03/2020	21/02/2020	03/06/2020	14/09/2020		21/02/2020
data fine	22/04/2020	02/06/2020	13/09/2020	03/11/2020	data non conclusiva	03/11/2020
giorni	51	103	103	51		257
morti	25.033	33.684	1.926	3.802		39.412
morti/giorno	491	327	19	75		153
casi	185.291	233.515	54.238	472.076		759.829
casi nuovi/giorno	3.633	2.267	527	9.256		2.957
media giornaliera intensiva	2.644	1.758	105	677		878
media giornaliera corsia	19.543	15.025	1.587	6.804		7.980
media giornaliera isolamento	38.984	44.820	18.302	116.555		48.442
giorni intensiva per singolo caso	0,7	0,8	0,2	0,1		0,3
giorni corsia per singolo caso	5,4	6,6	3,0	0,7		2,7
giorni isolamento per singolo caso	10,7	19,8	34,8	12,6		16,4
tamponi/giorno		38.846	56.853	126.820		57.729
casi testati/giorno		24.287	33.466	77.828		35.037

Fonte - Riepilogo mio dai dati quotidiani della Protezione Civile

Ma possiamo anche prendere dei dati specifici della Lombardia: in marzo si arrivò ai 500 in intensiva in 10 giorni, stavolta ci si è arrivati in 51 giorni.

Marzo in Lombardia fece 7.199 morti, la fase della recrudescenza autunnale finora ne ha fatti 853 in 51 giorni.

E' vero che adesso la curva ha una buona spinta, ma il punto di scollinamento lo sapremo solo a posteriori. I modelli matematici per le epidemie sono come i modelli delle previsioni del tempo: sensati per una settimana al massimo, impossibilitati a conoscere dopo i 7 giorni (modelli matematicamente coerenti, ma impossibilitati a conoscere ogni parametro).

Nessuno (e sottolineo nessuno) aveva previsto che il punto di scollinamento dei morti sarebbe avvenuto in coincidenza con la preghiera di Papa Francesco il 27 marzo; anzi, tutti dicevano che con 969 morti il 27 marzo, 300 in più rispetto al giorno precedente, la spinta era ormai inarrestabile.

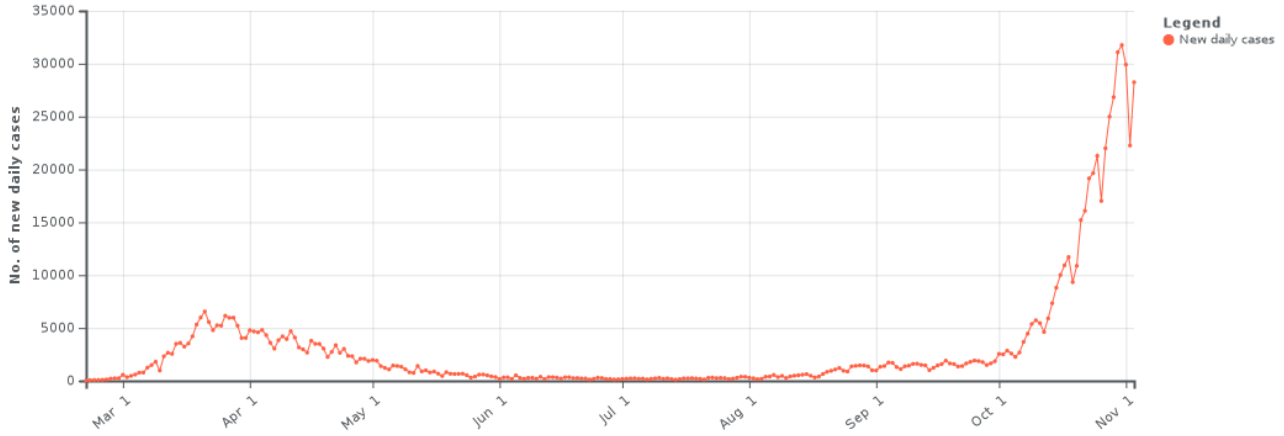
969 morti fu il massimo giornaliero. 1,2 fu il minimo del rapporto guariti/morti (oggi è 7,67).

Soprattutto Milano non aveva l'ospedale Fiera, inaugurato il 31 marzo.

3) Parliamo ora di caccia agli asintomatici. Ci può spiegare cos'è cambiato nella gestione distribuzione dei tamponi PCR negli ultimi mesi?

E' molto utile esaminare la curva dei casi: se uno non sapesse niente e gli dicessero che questo è l'andamento dell'epidemia, direbbe che oggi è 6 volte quella di marzo-aprile!

Questa è la (inutile) curva dei "casi"

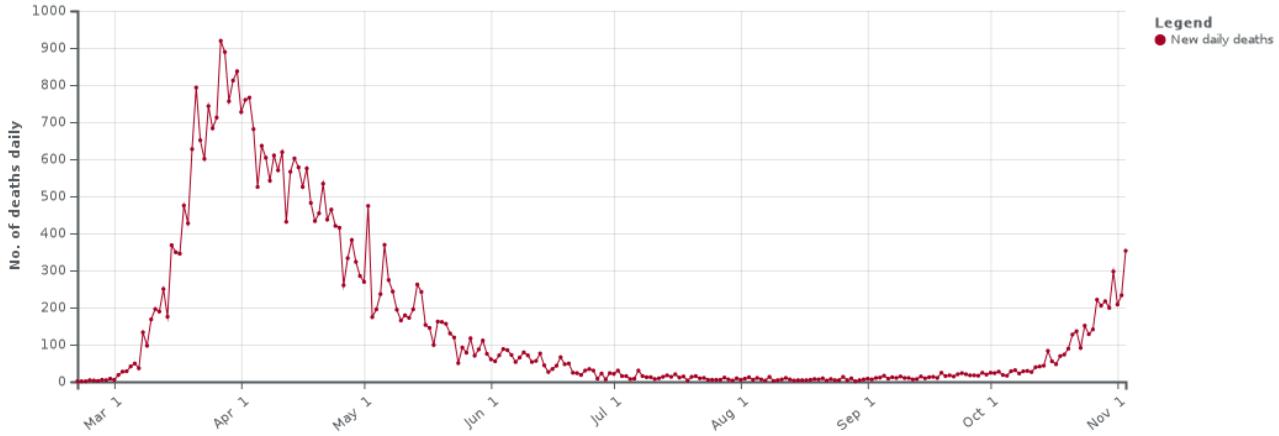


Fonte - https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_Italy

ma non sono altro che i dati della Protezione Civile in forma di grafico

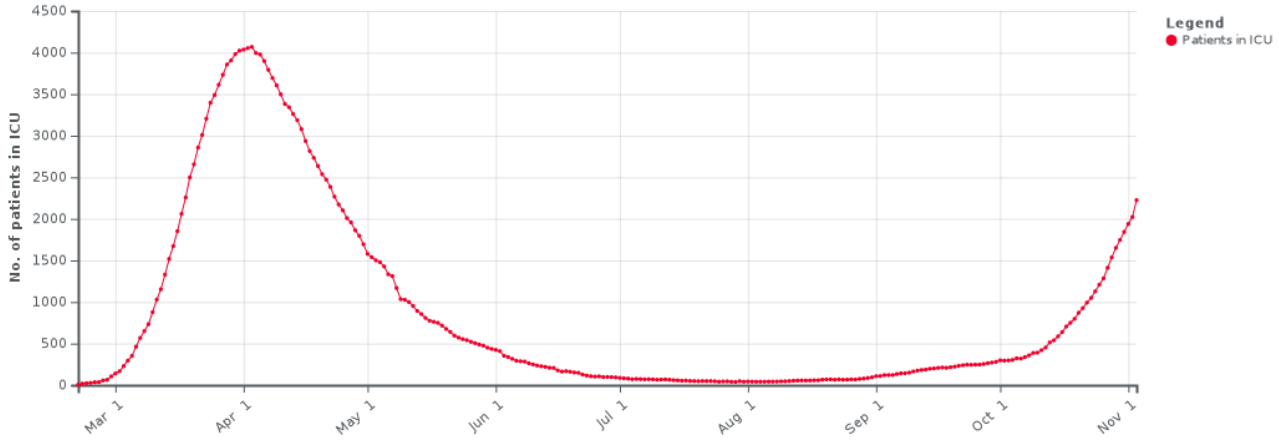
La realtà sappiamo che è ben diversa, per cui un modo di vedere il problema ospedaliero è dato dai diagrammi dell'intensiva e dei morti.

Questi sono i morti giornalieri



Fonte - https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_Italy
ma non sono altro che i dati della Protezione Civile in forma di grafico

Queste le persone in intensiva



Fonte - https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_Italy
ma non sono altro che i dati della Protezione Civile in forma di grafico

I due grafici descrivono la realtà ospedaliera, resta da vedere la gestione politica. E la si vede bene riguardando la tabella numerica.

descrizione	1a fase acuta	1a fase	2a fase	3a fase		globale
data inizio	03/03/2020	21/02/2020	03/06/2020	14/09/2020		21/02/2020
data fine	22/04/2020	02/06/2020	13/09/2020	03/11/2020	data non conclusiva	03/11/2020
giorni	51	103	103	51		257
morti	25.033	33.684	1.926	3.802		39.412
morti/giorno	491	327	19	75		153
casi	185.291	233.515	54.238	472.076		759.829
casi nuovi/giorno	3.633	2.267	527	9.256		2.957
media giornaliera intensiva	2.644	1.758	105	677		878
media giornaliera corsia	19.543	15.025	1.587	6.804		7.980
media giornaliera isolamento	38.984	44.820	18.302	116.555		48.442
giorni intensiva per singolo caso	0,7	0,8	0,2	0,1		0,3
giorni corsia per singolo caso	5,4	6,6	3,0	0,7		2,7
giorni isolamento per singolo caso	10,7	19,8	34,8	12,6		16,4
tamponi/giorno		38.846	56.853	126.820		57.729
casi testati/giorno		24.287	33.466	77.828		35.037

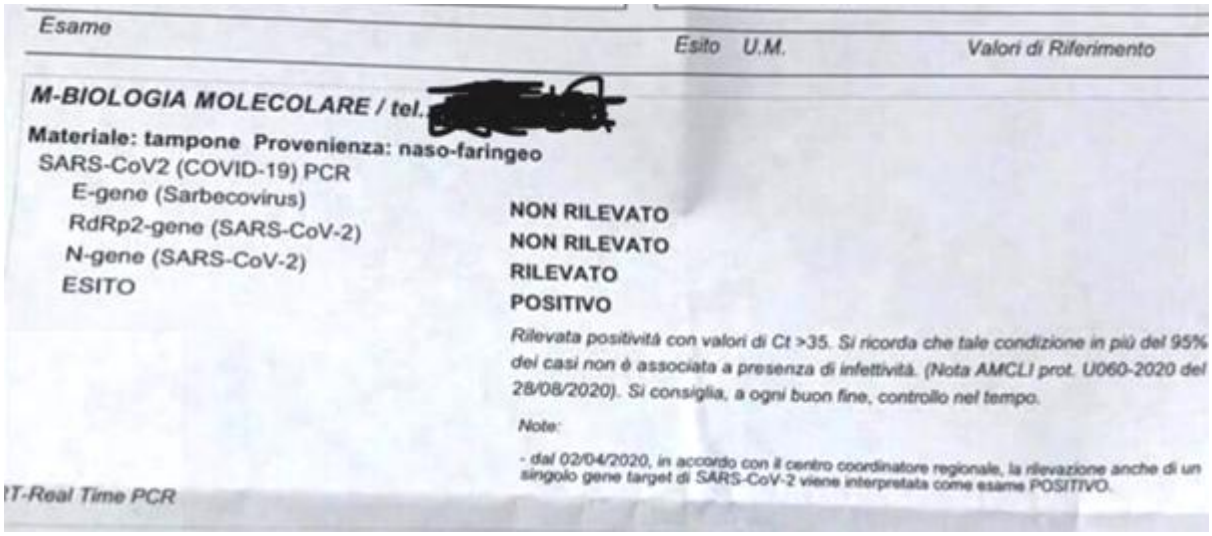
Fonte - Riepilogo mio dai dati quotidiani della Protezione Civile

- La prima fase è quella nota a tutti.
- La seconda fase è la caccia estiva agli asintomatici.
- La terza fase è la caccia spietata agli asintomatici, in unione a una gestione ospedaliera colpevole (non possiamo più invocare l'imprevisto di marzo).

4) Quanto sono affidabili i tamponi?

Il tampone è un mezzo inventato per la ricerca che viene utilizzato per la dignostica. Già questo non è bello.

Questo è il referto di un tampone.



Esame	Esito	U.M.	Valori di Riferimento
M-BIOLOGIA MOLECOLARE / tel. [redacted]			
Materiale: tampone Provenienza: naso-faringeo			
SARS-CoV2 (COVID-19) PCR			
E-gene (Sarbecovirus)	**NON RILEVATO**		
RdRp2-gene (SARS-CoV-2)	**NON RILEVATO**		
N-gene (SARS-CoV-2)	**RILEVATO**		
ESITO	**POSITIVO**		

Rilevata positività con valori di Ct >35. Si ricorda che tale condizione in più del 95% dei casi non è associata a presenza di infettività. (Nota AMCLI prot. U060-2020 del 28/08/2020). Si consiglia, a ogni buon fine, controllo nel tempo.

Note:

- dal 02/04/2020, in accordo con il centro coordinatore regionale, la rilevazione anche di un singolo gene target di SARS-CoV-2 viene interpretata come esame POSITIVO.

T-Real Time PCR

Fonte https://paolobecchi.wordpress.com/2020/10/30/non-rompeteci-i-tamponi/ articolo di di Paolo Becchi e Giovanni Zibordi

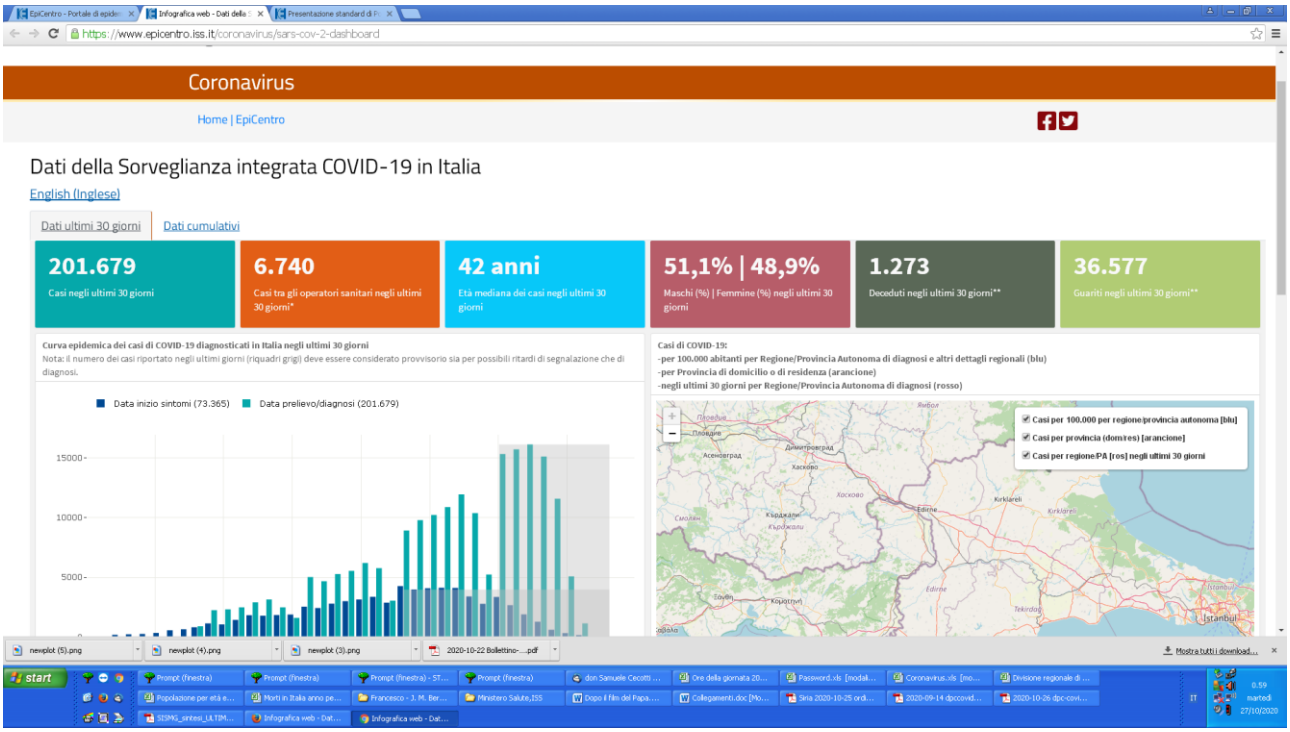
- Il tampone mira a rilevare "e-gene (Sarbecovirus)" sottoclasse del Betacoronavirus, ma non è il covid: è covid o è altro.
- RdRp2-gene e N-gene sono invece più specifici.
- I cicli di replicazione del PCR* sono da 30 a 40, poi si inizia ad amplificare spazzatura. Nel referto scrivono >35 senza dire il numero esatto.
- Con l'accordo del 02.04.2020 dichiarano positivo chi ha 1 "rilevato" su 3.
- Al tampone dovrebbe seguire il virus messo in coltura: lo si troverebbe quasi sempre inesistente o "morto".
- O ancora lo troveremmo indistinguibile dall'influenza.

18 ottobre 2020 - (ANSA) - ROMA, 18 OTT - "Presto lo Spallanzani sperimenterà i test naso-faringei in grado di distinguere tra influenza stagionale (sia di tipo A che di tipo B) dal Covid-19". Così l'assessore regionale alla Sanità del Lazio Alessio D'Amato. "Uno strumento che se validato - osserva - sarà preziosissimo questo inverno". (ANSA).

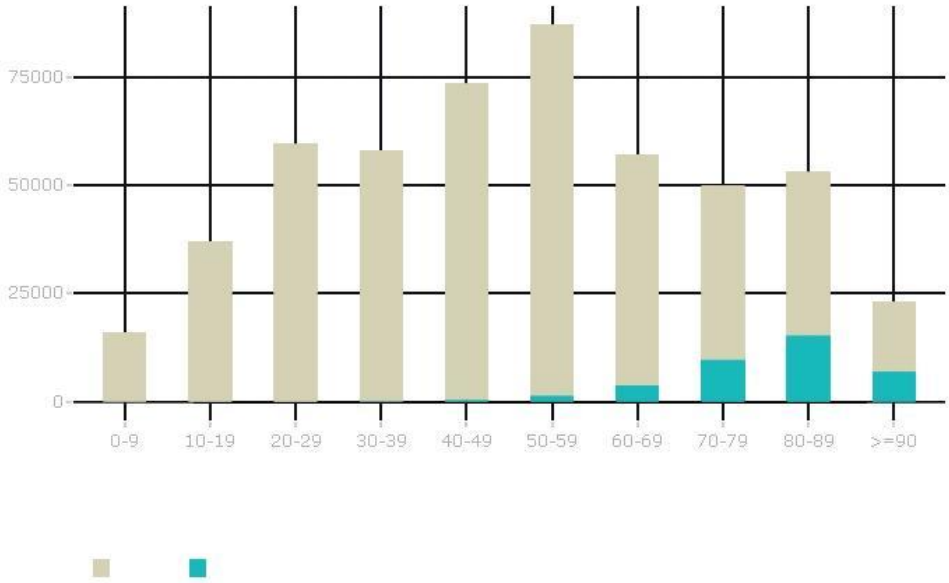
Fonte https://www.ansa.it/sito/notizie/topnews/2020/10/18/distinguere-covid-da-influenzaspallanzani-sperimentera-test_01137cfa-2795-4dac-96d4-d63627ea4959.html

5) Parliamo ora dell'età media dei decessi da Sars Cov 2. Facciamo quindi chiarezza su quanto invece evocato a livello mediatico e cioè che l'età media dei decessi si è abbassata. Possiamo invece dire che si è abbassata solo l'età media dei tamponi?

L'età media degli ultimi 30 giorni è 42 anni per i "casi". Ma i "casi", come abbiamo visto, non dicono nulla

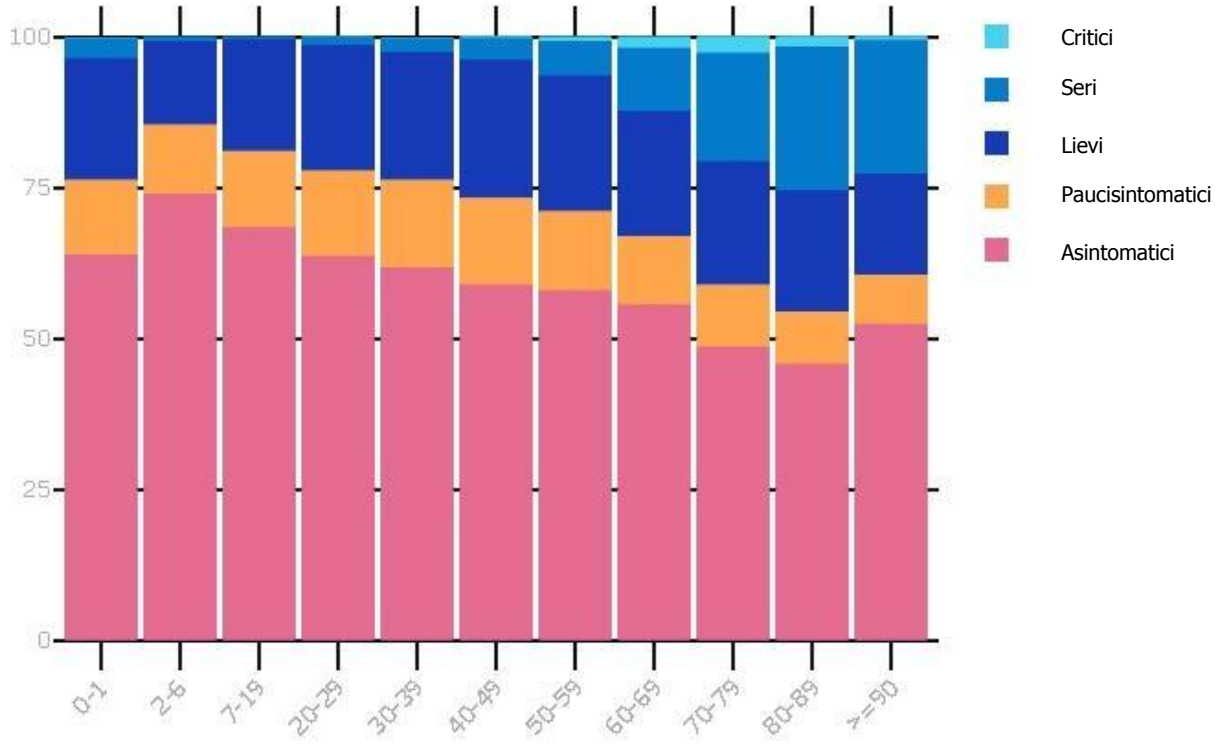


I morti infatti sono sempre quelli, 80enni con 3-4 patologie (ora alzate a 3-5 patologie). Questo è il riassunto dei morti per età



Fonte - https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dashboard

Questa è la tipologia dei casi



Fonte - https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dashboard

Questa è l'età media dei morti di settimana in settimana

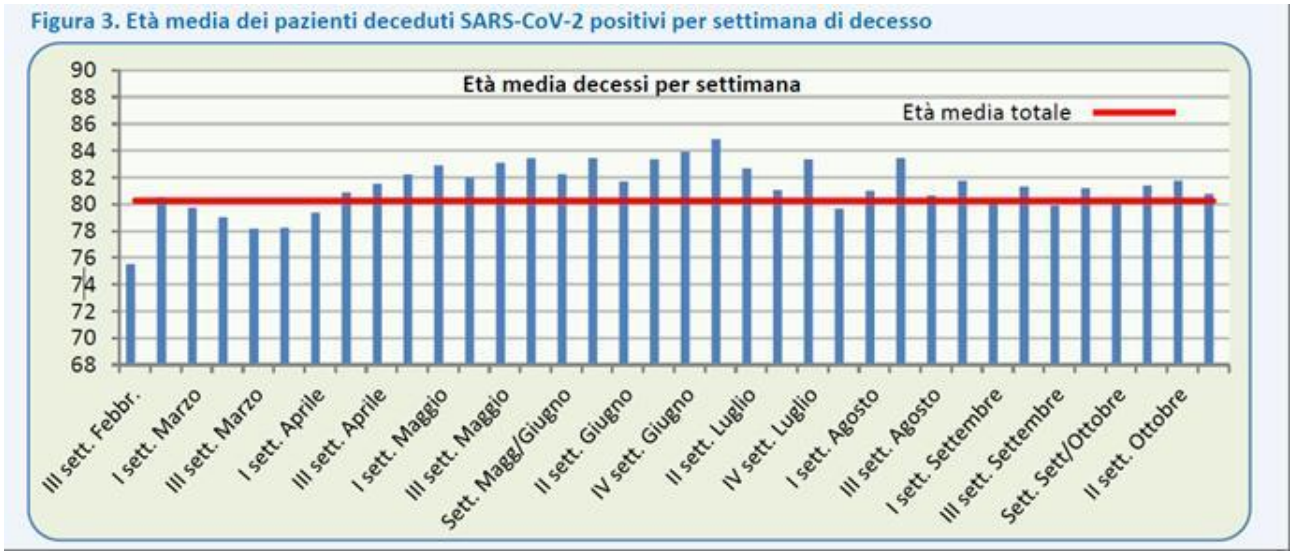


Immagine estratta da https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_28_ottobre.pdf

6) Quali dovrebbero essere quindi i dati più utili sull'andamento del virus che occorrerebbe pubblicare ogni giorno?

Se fossi un elemento del governo, mi toglierei di dosso la cappa che mi impedisce di guardare un diagramma coi miei occhi e la mia testa, senza la mediazione di esperti.

Prendiamo un dato eclatante. Prendiamo la fascia 0-64 che racchiude quasi tutti gli italiani coinvolti in attività scolastiche e lavorative

	covid	generale	moltipl.		covid	generale	moltipl.
0-64	69	1.501	22	65+	2.438	40.861	17
					36	27	

69 morti covid per milione nella fascia 0-64 (1.501 morti per milione per altre cause, 22 volte di più).

2.438 morti covid per milione negli over 65 (40.861 morti per milione per altre cause, 17 volte di più).

- I dati che chiederei quotidianamente sono una banale tabella ospedaliera: ogni riga una fascia d'età, ogni colonna il numero di giorni di degenza (si sanno i giorni di degenza dei morti, 12 giorni). Tabella per le intensive + tabella di corsia + tabella somma dei due.
- Sappiamo che l'età dei "casi" è pilotata (se faccio le analisi a chi torna dalla Croazia non trovo dei vecchi; se trovo un positivo in una classe scolastica, analizzo poi solo dei giovani): 42 anni. Sappiamo che l'età dei morti è costante, non solo come media generale, ma come media costante settimanale.
- Non conosciamo (o meglio non la conosciamo a livello divulgativo) la tabella ospedaliera.
- Se la tabella è come la immagino, la situazione poteva essere risolta con: «giovani, quando andate a trovare i nonni, lavatevi le mani, mettete la mascherina anche in casa, state a distanza». Sempre che i giovani vadano ancora a trovare i nonni.

7) Elenchiamo ora punto per punto quello che non è stato fatto e che era invece prevedibile dopo aver passato la primavera.

Ho affermato per iscritto che la seconda ondata non sarebbe mai esistita, pensando a SARS, MERS, mucca pazza, aviaria, eccetera.

Ma avevo ben presente la curva standard di un virus che NON era sparito in estate.

Per cui le mosse da fare erano quelle che evitavano gli errori di marzo.

1) Assalto al pronto soccorso, luogo principe di contagio. QUINDI serve la creazione di una rete di cura a domicilio + alberghi covid, soprattutto nelle grandi città (dovevano funzionare da cassa di espansione, o da zona golenale)

2) Intensive insufficienti. QUINDI servono Ospedali Fiera o assimilati, monotematici, che non alterino il normale funzionamento ospedaliero.
3) RSA erano diventate centri di morte. QUINDI trasformare le RSA in "ospedalini" all'arrivo di una certa percentuale di ammalati (non di "casi").
4) Assenza della medicina territoriale. QUINDI medici di base istruiti su competenze minime covid a domicilio.
5) Nessuna terapia, ma "Supporto & attesa", fallimentare. QUINDI protocolli di cura

Azitromicina+cortisone, Cortisone, Ecografia domiciliare al torace, Eparina, Eparina con dosaggio antitrombina III, Esami ematici a domicilio, Idrossiclorochina, Ossigeno-Ozonoterapia, Plasma iperimmune, Remdesivir (costoso), Saturimetro a controllo remoto, Terapia antiinfiammatoria.

Queste, in ordine alfabetico, sono le cose che i medici bravi utilizzano: ognuno qualcosa di queste, secondo le sue evidenze cliniche.

Il terrore è che in giro per l'Italia ci siano ancora molti medici capaci solo di "supporto & attesa". Quindi quando hanno i ventilatori a disposizione si sentono a posto.

Lascio perdere tutta la parte organizzativa d'altro genere, che doveva raccogliere le categorie economiche disperate e inserirle in attività a supporto covid.

Vuoi i bus scarichi? > Noleggia pullman turistici

Vuoi gli alberghi covid? > Utilizza le case per ferie chiuse

Vuoi aule scolastiche? > Rivolgiti alle scuole paritarie

Il ristorante è morto? > Fagli fare la cucina dell'albergo covid

Corollario nOmismatico.

Quale moneta occorre in una situazione in cui l'apparato statale di una Repubblica fondata sul lavoro ti vieta di lavorare?

Parlamentari saggi l'avevano offerta su un piatto d'argento al governo, ma non c'è peggior sordo di chi ascolta la finanza.

Giovanni Lazzaretti

---

*) PCR = Reazione a Catena della Polimerasi (in inglese: Polymerase Chain Reaction). Cf. Wikipedia.