

Samuele Ceruti, MD
Medico Ospedaliero - Servizio di Medicina Intensiva
Medico d'Urgenza - Croce Verde Lugano
Specialista FMH in Medicina Intensiva
Specialista FMH in Medicina Interna
Specialista SSMUS in Medicina d'Urgenza
Specialista SGUM in Ecografia d'urgenza (POCUS)

Bellinzona, 8 marzo 2020

(dati aggiornati al 12 marzo 2020)

Cari colleghi e colleghe, cari amici ed amiche,

dopo una iniziale ritrosia nel voler scrivere delle considerazioni ovvie e logiche basate sulla realtà dei fatti, dei dati e delle statistiche che qualsiasi esperto del settore potrebbe trovare - e che qua verranno citati con le opportune referenze così che chiunque possa controllare e verificare - mi sono deciso a mettere per iscritto questi pensieri in base al "principio di autorità". Il mio ruolo di Medico, di Medico Ospedaliero in Terapia Intensiva e le esperienze maturate sul campo in oltre 15 anni di esperienza (non ultima la Terapia Intensiva di Ginevra, la Terapia Intensiva dell'Ospedale Universitario più grande d'Europa), alla luce del panico generale e dell'evoluzione attuale in merito all'infezione da Coronavirus, mi obbligano a dover intervenire.

So bene che con alcuni di voi mi sono già confrontato sul tema e sono molto confortato dall'idea che la gran parte di voi è a conoscenza degli stessi dati (attuali e passati) per cui vive la quotidianità senza comprendere come mai ci sia questa distanza siderale con la realtà dei fatti. *Ideologico* è colui che pensa "la mia idea è giusta, è la realtà che è sbagliata" - e tanti di noi vedono quotidianamente nel proprio vissuto professionale tale comportamento offensivo della logica più elementare. Qui si ha l'impressione che - per motivi non sempre ben chiari ed evidenti - l'ideologia abbia preso il sopravvento, staccandosi completamente dalla realtà dei fatti, dalla verità delle cose.

Se in un mondo sano e rispettoso della Logica Aristotelica basterebbe la parola di un esperto, o di come si dovrebbe dire "*di uno che ha Autorità*", affinché tutti si fidino si comportino secondo quando dichiarato dall'esperto del settore, nella mentalità di oggi non basta la semplice presenza ed Autorità della persona, ma viene richiesto di fornire dati concreti, cifre ed evidenze che anche io fornirò, non tanto per scendere a patti con un mondo che non crede nel semplice *Principio di Autorità*, ma perché tali cifre, fatti ed evidenze possano permettere a tutti di fare i giusti distinguo rispetto a quelle persone che, pur avendo Autorità, sembra che stiano commettendo gravi errori di valutazione e stanno fuorviando un'intera Società.

I documenti principali da cui traggio spunto per questa riflessione sono disponibili a tutti gli esperti del settore e sono facilmente verificabili; rimane sempre quel giusto atteggiamento di *prudenza* per cui - qualora le cose dovessero cambiare - anche le seguenti valutazioni sarebbero da rivedere. Rimane però quell'esperienza che ci ricorda come con le cifre che abbiamo già in mano appare estremamente improbabile che la situazione possa mutare. Se si vuole appunto verificare di persona, oltre ai link che di volta in volta verranno evidenziati, si può accedere alle seguenti pagine:

- Istituto Superiore di Sanità italiano: <http://www.iss.it/en/comunicati-stampa>
- Centro Controllo Mondiale (CDC) delle malattie: www.cdc.gov
- UpToDate (accesso controllato): www.uptodate.com
- New England Journal of Medicine: www.nejm.org

Esistono poi ulteriori dati anche nell'Organizzazione Mondiale della Sanità, sul JAMA e dal CNR italiano; tutti documenti accessibili e soprattutto tutti documenti ufficiali, emessi da quegli enti che attualmente hanno un compito ufficialmente riconosciuto di raccogliere ed analizzare i dati.

1. Definizioni:

L'uso delle definizioni é fondamentale per comprendersi, perché spesso é sull'ambiguità di linguaggio che si basano molte incomprensioni e discussioni; ancora: é con un uso sapientemente malevolo del linguaggio e delle definizioni, che si portano avanti le rivoluzioni. Quindi é importante usare un linguaggio il più possibile univoco e condiviso, per potersi al meglio comprendere.

- Influenza: é una malattia ben precisa, provocata da un virus ben preciso, che appartiene alla classe degli Orthomixoviridae¹. Come tanti virus, é un virus che muta nel tempo, e provoca sia sindromi para-influenzali che la vera e propria influenza². L'influenza é una malattia caratterizzata da febbre, sintomi respiratori delle vie aeree superiori (raffreddore, starnuti, sinusiti, ecc...), sintomi respiratori delle vie aeree inferiori (tosse, catarro, difficoltà a respirare di vario grado), brividi e mialgie diffuse³. Tutti questi sintomi - anche se in misura variabile come presentazione e come gravità - definiscono l'influenza. La vera influenza. Che può arrivare - come vedremo dopo - a tassi di mortalità elevati anche nella popolazione giovane e primariamente sana⁴.
- Para-influenza: é una malattia differente dal punto di vista clinico rispetto alla Influenza, perché non presenta tutti i sintomi che sono presenti nella influenza, sintomi che generalmente hanno un decorso meno intenso e più favorevole rispetto alla Influenza⁵. La para-influenza può ad esempio manifestarsi con un po' di febbre, tosse e mialgie, oppure febbre, tosse e catarro, oppure

¹ American Academy of Pediatrics. Influenza. In: Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases, 31st ed, Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS (Eds), American Academy of Pediatrics, Itasca, IL 2018. p.476

² Centers for Disease Control and Prevention. Elevated influenza activity: Influenza B/Victoria and A(H1N1)pdm09 viruses are the predominant viruses. https://emergency.cdc.gov/han/han00425.asp?deliveryName=USCDC_7_3-DM16978 (Accessed on January 14, 2020)

³ https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-seasonal-influenza-in-adults?search=influenza&topicRef=7006&source=related_link

⁴ Shrestha SS, Swerdlow DL, Borse RH, et al. Estimating the burden of 2009 pandemic influenza A (H1N1) in the United States (April 2009-April 2010). Clin Infect Dis 2011; 52 Suppl 1:S75.

⁵ Russell E, Ison MG. Parainfluenza Virus in the Hospitalized Adult. Clin Infect Dis 2017; 65:1570.

raffreddore, sinusite e mialgie, ecc...⁶La sindrome para-influenzale può essere provocata da numerosissimi virus; dato che: a) i sintomi clinici sono esattamente sovrapponibili e b) non esiste una terapia specifica, generalmente ad oggi si definisce come “sindrome” (cioè un insieme di sintomi che possono essere provocati da cause differenti) e si tratta con farmaci sintomatici, mentre in casi più severi o per scopi epidemiologici si esegue uno striscio/tampone nasale e faringeo che permette di definire con chiarezza quale sia l'origine del virus. Nel kit dello striscio nasale generalmente si cercano “a batteria” (cioè tutti assieme): influenza A, B e C, Virus Respiratorio Sinciziale (VRS), Parainfluenza 1 e 2, Coronavirus (generalmente 3 o 4 ceppi specifici), Adenovirus, Enterovirus, Rhinovirus, ecc... L'anno scorso, nella nostra piccola Terapia Intensiva, proprio con questi kit a scopo epidemiologico, abbiamo trovato 4 casi di Coronavirus in pazienti intubati, ai quali di conseguenza é stato tolto l'isolamento preventivo e che sono usciti tutti vivi dalla Terapia Intensiva.

- Infezione: un individuo si definisce “infetto” quando ha in sé il germe (batterio, virus, fungo, ecc...); si definisce tale dopo ricerca mediante analisi batteriologica o strisci appositi. Essere infetti non vuol dire essere malati, perché la malattia é definita dalla presenza di una infezione da parte di un certo germe che provoca un danno nell'organismo, che reagisce con dei segni e dei sintomi specifici.
- Virulenza: é l'aggressività di un certo germe (virus, batterio, fungo, ecc...), cioè la capacità di generare una malattia grave nell'individuo che lo ospita⁷; un germe con alta virulenza farà sì che la maggior parte delle persone infette saranno anche malate e farà sì che fra le persone malate, molte siano quelle gravi. Al contrario, germi con bassa virulenza, si caratterizzano per un alto tasso di infezione senza malattia e con malattie clinicamente poco severe.
- Virologo: é uno specialista NON clinico, studioso particolarmente dei virus, ma non é sul campo, non tratta i pazienti come invece fanno gli specialisti di Malattie Infettive (per i casi meno gravi) ed i Rianimatori (per i casi più gravi). Il virologo studia i virus e degli agenti del tipo di virus, incluso ma non limitato alla loro tassonomia, alla provocazione di malattia, alla loro coltura ed alla loro genetica⁸. I virologi non sono dei clinici⁹. In un esempio di facile comprensione per tutti, é come un esperto di pesci che sa descrivere perfettamente le caratteristiche di ogni specie ittica, ma NON é un ristoratore di pesce, che é sul campo e conosce meglio di chiunque come cucinare e servire quel pesce. In Terapia Intensiva i virologi sono dei consulenti, cioè esprimono le loro conoscenze in merito alle caratteristiche del virus, ma é poi lo specialista clinico - il Rianimatore/Intensivista - che decide come e quanto mettere in pratica quanto consigliato dal virologo. Tale gestione della Terapia Intensiva é nota almeno dagli anni '90, ed é stato dimostrato ridurre la mortalità globale in Terapia Intensiva, perché il Rianimatore mette assieme come un'arte tutte le informazioni di cui ha bisogno - fra le quali quelle del virologo - ma in proporzione specifica per ogni differente situazione clinica. Un virologo pertanto può esprimersi su un virus, ma non sulle caratteristiche cliniche che questo virus

⁶ Karon RA, Collins PL. Parainfluenza viruses. In: Fields Virology, 5th ed, Knipe D, Howley P (Eds), Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2006. p.1497

⁷ https://dizionari.corriere.it/dizionario_italiano/V/virulenza.shtml

⁸ Condit RC. Principi di virologia. In: Knipe dm, Howley PM, editori. Virologia dei campi', volume 1. Lippincott Williams & Wilkins, 2007; pp. 25-58

⁹ Journal of Virology, June 2009, Vol. 83, No. 11, p. 5296–5308

comporta, perché non ne ha i gradi e le conoscenze adeguate per poterlo fare. Inoltre, sempre rimanendo in una metafora culinaria, così come se andaste a chiedere ad un ristoratore di pesce se preferisce la carne o il pesce, la risposta sarebbe ovvia, è altrettanto ovvio che un virologo (che è specialista del virus e non della gestione clinica olistica del malato) accentui tantissimo le caratteristiche e la terapia sul virus, senza vedere la globalità del problema e la gestione di tutto quello che c'è attorno, partendo dal malato nella sua visione globale fino ad arrivare alla epidemiologia ed ai problemi della società. Per il ristoratore di pesce, il pesce è tutto ed ogni cosa gira attorno ad esso. La realtà, invece è più complessa ed articolata.

2. Le evidenze scientifiche:

Il Coronavirus si conosce da parecchi anni¹⁰, all'incirca dagli anni '50 del XX secolo ed è stato meglio studiato negli anni '60 dello stesso secolo¹¹; è un virus ubiquitario^{12,13}, che ovunque venga cercato viene trovato, e **non è un virus stagionale**^{14,15,16}. Di nuovo: non è un virus stagionale. Può infettare o provocare malattia durante tutto l'anno, anche se è con la stagione fredda che la sua incidenza aumenta: si va dal 5% di tutte le sindromi para-influenzali durante la stagione calda fino al 25-35% durante la stagione invernale¹⁷. Il virus è noto per mutare ciclicamente; nella storia del virus sono esistiti ceppi più o meno virulenti. Il Coronavirus abitualmente è poco virulento e generalmente almeno il 50% della popolazione infettata non presenta alcun sintomo^{18,19}; la mortalità globale per l'attuale Coronavirus - che spesso è asintomatico^{20,21,22} - si attesta attorno all'1-2%; altri studi confermano una mortalità globale per tutti i Coronavirus (escluso l'ultimo

¹⁰ <https://www.uptodate.com/contents/Coronaviruses>

¹¹ McIntosh K, Dees JH, Becker WB, et al. Recovery in tracheal organ cultures of novel viruses from patients with respiratory disease. Proc Natl Acad Sci U S A 1967; 57:933

¹² Zeng ZQ, Chen DH, Tan WP, et al. Epidemiology and clinical characteristics of human Coronaviruses OC43, 229E, NL63, and HKU1: a study of hospitalized children with acute respiratory tract infection in Guangzhou, China. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2018; 37:363.

¹³ Hamre D, Procknow JJ. A new virus isolated from the human respiratory tract. Proc Soc Exp Biol Med 1966; 121:190

¹⁴ McIntosh K, Kapikian AZ, Turner HC, et al. Seroepidemiologic studies of Coronavirus infection in adults and children. Am J Epidemiol 1970; 91:585.

¹⁵ Vabret A, Dina J, Gouarin S, et al. Human (non-severe acute respiratory syndrome) Coronavirus infections in hospitalised children in France. J Paediatr Child Health 2008; 44:176.

¹⁶ Gaunt ER, Hardie A, Claas EC, et al. Epidemiology and clinical presentations of the four human Coronaviruses 229E, HKU1, NL63, and OC43 detected over 3 years using a novel multiplex real-time PCR method. J Clin Microbiol 2010; 48:2940.

¹⁷ Monto AS. Medical reviews. Coronaviruses. Yale J Biol Med 1974; 47:234

¹⁸ Prill MM, Iwane MK, Edwards KM, et al. Human Coronavirus in young children hospitalized for acute respiratory illness and asymptomatic controls. Pediatr Infect Dis J 2012; 31:235

¹⁹ Heimdal I, Moe N, Krokstad S, et al. Human Coronavirus in Hospitalized Children With Respiratory Tract Infections: A 9-Year Population-Based Study From Norway. J Infect Dis 2019; 219:1198

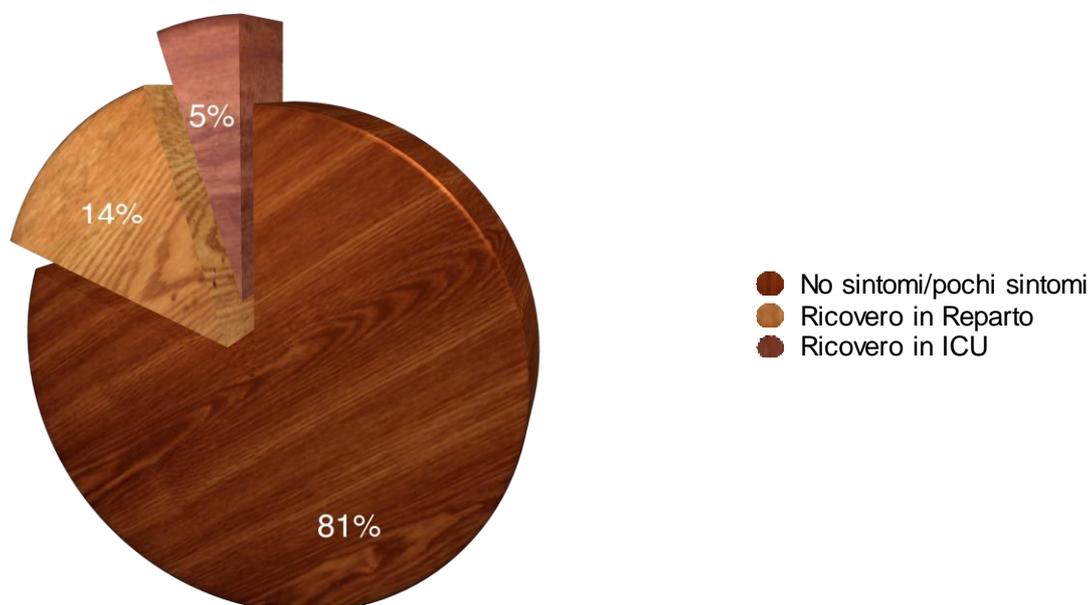
²⁰ Rothe C, Schunk M, Sothmann P, et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. N Engl J Med 2020

²¹ Bai Y, Yao L, Wei T, et al. Presumed Asymptomatic Carrier Transmission of COVID-19. JAMA 2020.

²² Kupferschmidt K. Study claiming new Coronavirus can be transmitted by people without symptoms was flawed. Science. February 3, 2020. <https://www.sciencemag.org/news/2020/02/paper-non-symptomatic-patient-transmitting-Coronavirus-wrong> (Accessed on February 04, 2020)

attuale) attorno al 5-8%^{23,24}, dove bisogna ricordarsi che tale percentuale è aumentata dal fatto che il virus che ha provocato la SARS (mortalità attorno al 10% dei pazienti sintomatici) e la MERS si trattava di due Coronavirus. Senza questi due casi, la mortalità globale di Coronavirus è attorno al 2-3%, del tutto sovrapponibile ai dati di mortalità attuale.

La variazione ciclica-stagionale del Coronavirus del 2019 (il cosiddetto CoVID-19) non ha generato un virus particolarmente virulento²⁵: **la maggior parte delle infezioni rimane asintomatico**²⁶ e fra chi si ammala circa l'80% ha pochi sintomi o nessuno, il 14% ha sintomi respiratori richiedenti una valutazione ospedaliera ed eventualmente il ricovero, il 5% richiede un ricovero in Terapia Intensiva²⁷; la **mortalità globale** si attesta attorno al 2%, anche se probabilmente dato l'alto tasso di portatori asintomatici la vera mortalità è più bassa^{28,29}, si stima circa della metà (fra l'1-2%). Quindi i dati sono sovrapponibili agli anni precedenti.



²³ Birch CJ, Clothier HJ, Seccull A, et al. Human Coronavirus OC43 causes influenza-like illness in residents and staff of aged-care facilities in Melbourne, Australia. *Epidemiol Infect* 2005; 133:273

²⁴ Patrick DM, Petric M, Skowronski DM, et al. An Outbreak of Human Coronavirus OC43 Infection and Serological Cross-reactivity with SARS Coronavirus. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006; 17:330

²⁵ <https://www.uptodate.com/contents/Coronavirus-disease-2019-covid-19>

²⁶ Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2020.

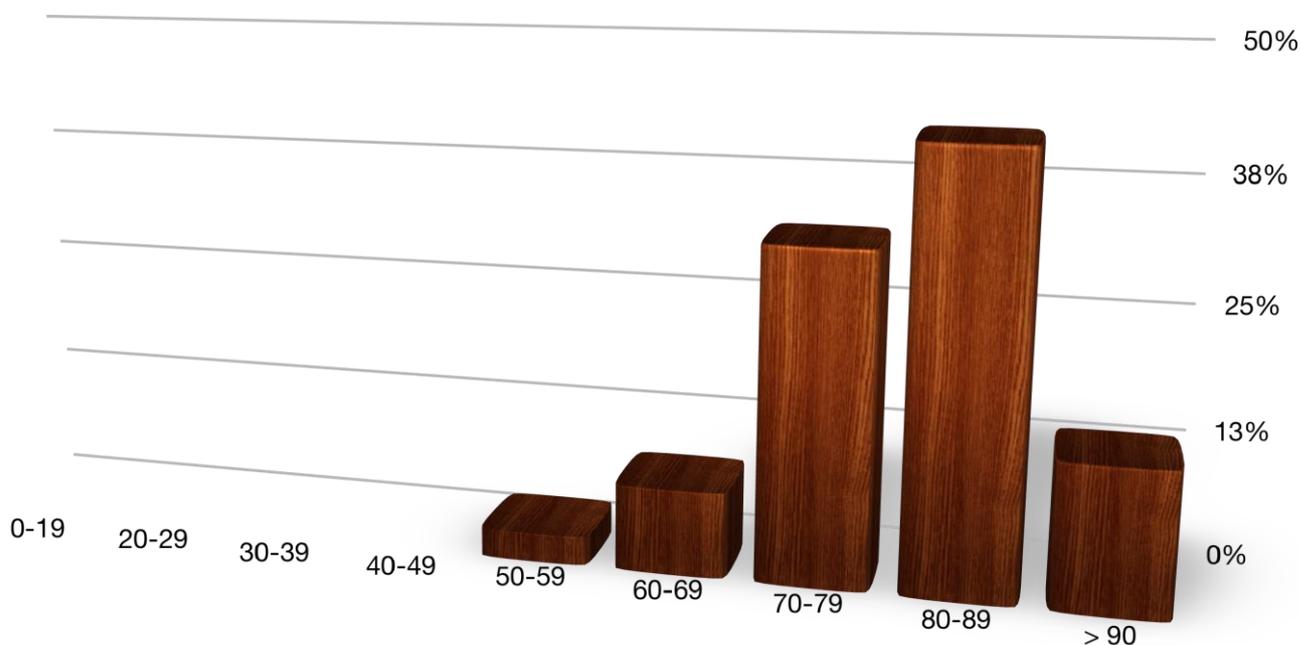
²⁷ Kui L, Fang YY, Deng Y, et al. Clinical characteristics of novel Coronavirus cases in tertiary hospitals in Hubei Province. *Chin Med J (Engl)* 2020

²⁸ Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-2019). February 16-24, 2020. <http://www.who.int/docs/default-source/Coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>

²⁹ Bajema KL, Oster AM, McGovern OL, et al. Persons Evaluated for 2019 Novel Coronavirus - United States, January 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69:166.

Se si guarda la distribuzione della mortalità, si nota come questa sia inferiore a quella della Cina³⁰ e non porti a morte le persone sotto ai 60 anni; è noto, anche dai dati emessi dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che i morti con Coronavirus presentavano almeno 2-3 co-patologie cardiorespiratorie preesistenti³¹. A dimostrazione che l'aggressività del virus è bassissima: non si tratta di un virus, come molti hanno scritto, che "risparmia i bambini ed i giovani", ma di un virus che colpisce tutti, ma data la bassa virulenza, è tale da non provocare malattia o mortalità in chi è altrimenti sano. **Non porta a morte nei giovani**. Esempio. Immaginiamo di essere delle botti, e che più siamo affetti da patologie croniche, più siamo botti piene di acqua. Il Coronavirus porta a malattia aggiungendo giusto un dito d'acqua alla nostra botte. Cosa succede? Che chi è una botte vuota (cioè non è affetto da patologie croniche pre-esistenti) non ha alcuna conseguenza clinica dall'infezione, mentre invece quelle botti che già precedentemente si trovano piene (cioè cronicamente ammalate) possono scompensare con la presenza del Coronavirus³².

Tasso di mortalità diviso per fasce d'età fra i morti per CoVID-19



Scompenso è la parola chiave: vuol dire perdere un delicato equilibrio nella fisiologia già alterata dell'organismo. Si può scompensare a livello cardiaco³³, a livello respiratorio^{34,35}, a livello renale, ecc... I

³⁰ <http://www.iss.it/en/comunicati-stampa> N° 16/2020

³¹ <http://www.iss.it/en/comunicati-stampa> N° 15/2020

³² <http://www.iss.it/en/comunicati-stampa>

³³ https://www.uptodate.com/contents/approach-to-diagnosis-and-evaluation-of-acute-decompensated-heart-failure-in-adults?search=cardiac%20decompensation&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3761618367

³⁴ Sethi S, Murphy TF. Infection in the pathogenesis and course of chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2008; 359:2355.

³⁵ Mohan A, Chandra S, Agarwal D, et al. Prevalence of viral infection detected by PCR and RT-PCR in patients with acute exacerbation of COPD: a systematic review. Respirology 2010; 15:536.

morti **con** Coronavirus sono morti perché l'infezione virale - al pari di qualsiasi altra infezione virale o batterica - ha portato a scompensare a livello cardio-respiratorio persone già ammalate ed a rischio di morte in caso di scompenso³⁶. Il motivo per cui i pazienti con cardiopatia ischemica, ipertensiva e diabete mellito sono più a rischio (fra l'altro più delle patologie croniche respiratorie) è legato ad un danno miocardico importante (non è ad oggi chiaro se si tratti di un danno miocardico diretto o il risultato di una infiammazione massiva) che si associa al danno dell'interstizio polmonare. L'influenza ed il virus dell'influenza (Orthomixoviridae) invece, oltre a portare a morte le persone già ammalate tramite uno stesso meccanismo, presenta una virulenza ben maggiore: sono ben noti casi di giovani adulti, anche sani, che si ammalano gravemente con polmoniti virali severissime ed un alto tasso di mortalità^{37,38,39}. I dati ISTAT sulla mortalità per influenza nel 2019 è stata attorno agli 8'000 casi in Italia^{40,41}; è vero che *ad personam* il Coronavirus sembrerebbe più mortale (1-2% vs 0.003% della influenza come riferiti dal Centro Controllo Mondiale delle malattie di Atlanta⁴², ricordandosi che l'influenza può avere anche un andamento più letale^{43,44}), ma la diffusione del virus dell'influenza ogni anno è tale che alla fine il danno sociale per il numero totale dei morti è decisamente maggiore per l'influenza^{45,46} che per altre malattie⁴⁷. Tali dati sono anche confermati da esperti epidemiologici del settore (come il prof. Pittet, professore all'HUG ed esperto dell'OMS⁴⁸).

Se si incrociano i dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità⁴⁹ con i dati forniti dalla Organizzazione Mondiale della Sanità sulla sopravvivenza media della popolazione in Italia⁵⁰, si può notare quanto segue: per gli uomini la speranza media di vita è di 80.5 anni a fronte di una età media di morte per CoVID-19 di 79.9 anni; per le donne la speranza media di vita è di 84.8 anni a fronte di una età media di morte per CoVID-19 di 83.4 anni. Questo significa che gli uomini che muoiono di infezione da Coronavirus muoiono quando già in

³⁶ Sapey E, Stockley RA. COPD exacerbations . 2: aetiology. Thorax 2006; 61:250

³⁷ Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, et al. Influenza-associated hospitalizations in the United States. JAMA 2004; 292:1333.

³⁸ Su S, Chaves SS, Perez A, et al. Comparing clinical characteristics between hospitalized adults with laboratory -confirmed influenza A and B virus infection. Clin Infect Dis 2014; 59:252.

³⁹ <https://gis.cdc.gov/GRASP/Fluview/PedFluDeath.html>

⁴⁰ <http://www.assis.it/dati-istat-sui-decessi-da-influenza/>

⁴¹ https://www.istat.it/it/files//2011/02/Lista-indicatori_giu2019.pdf

⁴² <https://www.cdc.gov/flu/about/burden/2017-2018.htm#table1>

⁴³ Presanis AM, Pebody RG, Paterson BJ, et al. Changes in severity of 2009 pandemic A/H1N1 influenza in England: a Bayesian evidence synthesis. BMJ 2011; 343:d5408

⁴⁴ Morens DM, Taubenberger JK. Influenza Cataclysm, 1918. N Engl J Med 2018; 379:2285

⁴⁵ <https://www.epicentro.iss.it/influenza/flunews#vir>

⁴⁶ <https://www.cdc.gov/flu/about/season/flu-season.htm>

⁴⁷ <https://www.cdc.gov/flu/about/burden/2018-2019.html>

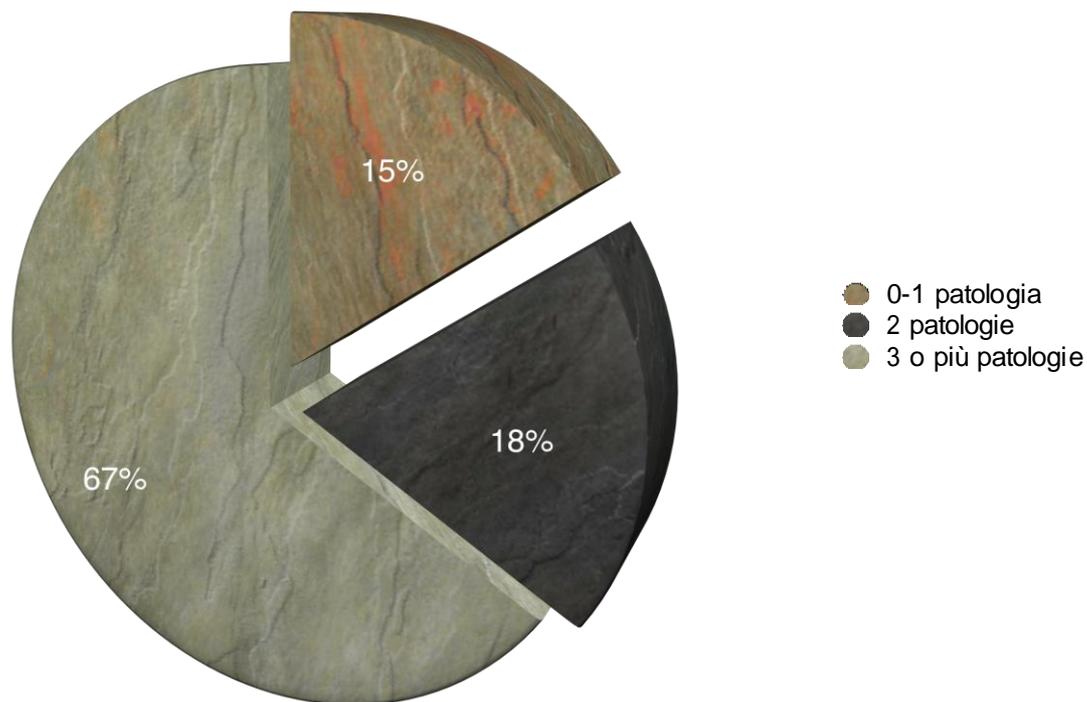
⁴⁸ https://www.letemps.ch/suisse/didier-pittet-covid19-ny-aucune-raison-salarmer?utm_source=linkedin&utm_medium=share&utm_campaign=article

⁴⁹ <http://www.iss.it/en/comunicati-stampa> N° 15/2020

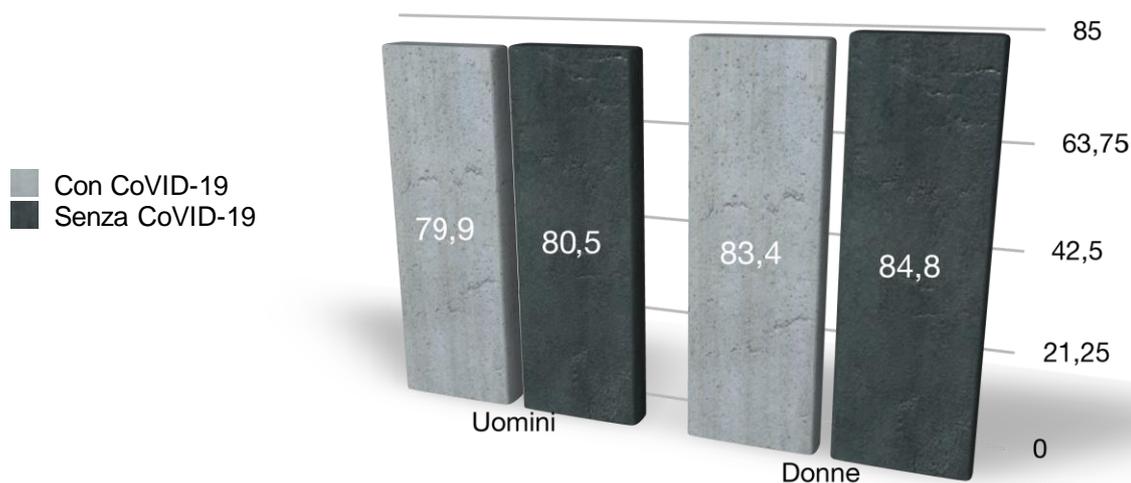
⁵⁰ World Health Organization (2015) - <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/6/07-043471/en/>

media tendono a morire (si anticipa la mortalità media di vita di circa 6 mesi); lo stesso vale anche per la popolazione femminile (circa 1 anno e 4 mesi). Se riprendiamo i dati visti prima sulla presenza di almeno 2-3 co-patologie⁵¹, ne deriva un dato estremamente chiaro: chi muore è anziano, fra gli anziani muore chi ha più co-patologie cardio/respiratorie⁵². Ma ancora: chi è sano e chi è giovane non muore di Coronavirus.

Tasso di patologie croniche fra i morti per CoVID-2019



Spettanza media di vita nella popolazione italiana senza CoVID-19 (grigio scuro) e con CoVID-19 (grigio chiaro),



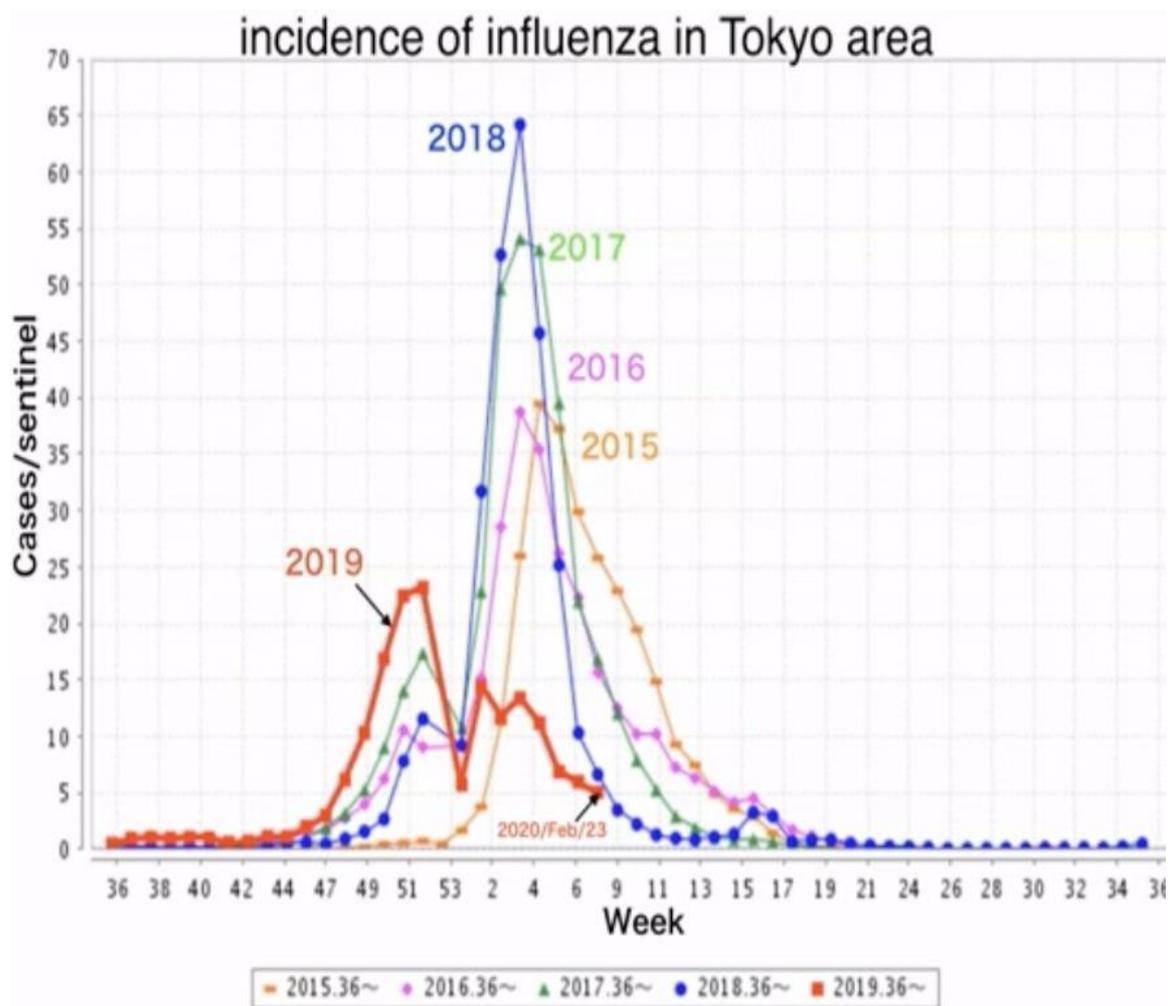
⁵¹ <http://www.iss.it/en/comunicati-stampa> N° 15/2020

⁵² Ruan et al, Intensive Care Medicine 2020

3. Il problema esiste:

Dopo tutti questi dati, mi preme sottolineare un punto importante. Il problema dell'infezione da Coronavirus esiste, ma come tutti gli anni. Infetta le persone e porta a morte le persone più deboli e già malate. Come tutti gli anni. Per cui è giusto che si debbano mettere in atto delle misure preventive che cerchino di preservare queste persone, ad esempio: lavarsi le mani, usare i fazzoletti monouso, rispettare le normali regole di igiene personale e collettivo (pulizia dei locali, ecc...), se non si sta bene e si è a contatto con le persone più fragili, ridurre momentaneamente i contatti con loro (e non con le persone che non sono fragili), ecc... Come tutti gli anni.

Quindi, è vero che le persone anziane e già malate devono riguardarsi e stare attente perché sono a rischio di infezione e malattia, con un più alto rischio di morte. Come tutti gli anni. Anche l'anno scorso, anche quello prima, anche quello prima ancora. Tutti gli anni con l'arrivo della stagione fredda (che quest'anno è stata climaticamente ritardata rispetto all'anno scorso) arrivano i virus simil-inflenzali e tutti gli anni gli individui più fragili si ammalano. Come tutti gli anni. Generalmente non si eseguono a tappeto gli opportuni esami eziologici⁵³ (cioè di ricerca della causa) perché con l'eccezione dell'influenza A (dove esiste un antivirale specifico), per gli altri casi non esiste una terapia eziologica specifica. Per cui i tamponi generalmente si eseguono a puro scopo epidemiologico, per stimare il tasso di infezioni annuali (fra l'altro abbiamo visto che

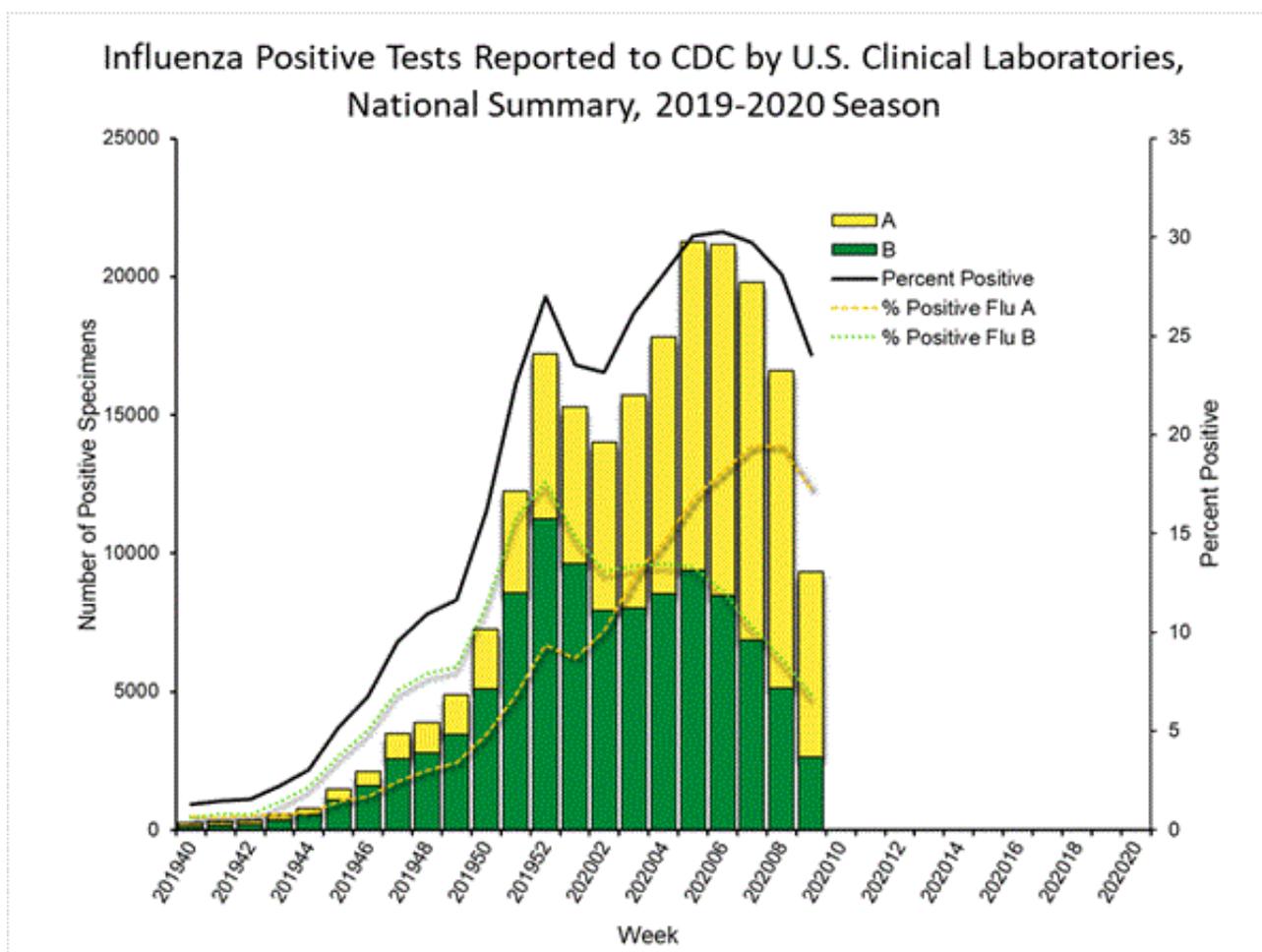


©2002-2020 Tokyo Metropolitan Institute of Public Health

⁵³ https://www.uptodate.com/contents/avian-influenza-a-h7n9-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=influenza%20mortality&topicRef=7006&source=related_link

Coronavirus generalmente arriva a rappresentare fino al 25-35% delle infezioni respiratorie virali nei periodi di alto tasso di malattia) e per ragioni statistiche. Tutti gli anni. Come tutti gli anni.

C'è un dato estremamente suggestivo - che richiede ancora del tempo per poter essere definitivamente confermato - da analizzare. Sono stati sovrapposti i casi di influenza di ogni anno, settimana per settimana. Generalmente si assiste ad un primo incremento di malattia attorno a fine novembre - inizio dicembre, che poi "esplode" con gennaio e febbraio. Quest'anno - il dato riportato nel grafico è giapponese, ma è sovrapponibile in Cina come nei paesi Occidentali (diagnosticato dal CDC di Atlanta)^{54,55} - il grande secondo picco di influenza non si è riscontrato, mentre questa volta si è riscontrato il "picco CoVID19". Come mai?



È importante sottolineare come vengano determinati i tassi di influenza; quando un paziente presenta una sindrome respiratoria (di differente gravità) suggestiva per una infezione non-batterica, nel periodo definito dall'autorità pubblica di epidemia influenzale, ci sono due grandi possibilità in base alla severità di malattia.

- In caso di malattia severa - richiedente ricovero in Terapia Intensiva - viene quasi sempre eseguito uno striscio un prelievo volto alla ricerca della causa, in particolare dell'Influenza A verso la quale esiste una terapia comprovata (in caso di malattia severa). La ricerca degli altri virus che spesso "accompagnano" l'influenza A non vengono sempre cercati - anche in caso di malattia da ricovero in Terapia Intensiva,

⁵⁴ <https://www.cdc.gov/flu/weekly/weeklyarchives2019-2020/data/senAllregt09.html>

⁵⁵ <https://gis.cdc.gov/grasp/fluview/fluportaldashboard.html>

perché sono test costosi che non portano ad un “cambio del procedere”, dato che non esiste una terapia eziologica specifica, ma solo una terapia di supporto. Tali test si eseguono per eventuali scopi epidemiologici.

- Quando invece la malattia respiratoria non-batterica è di entità lieve o moderata, non sempre viene ricercata la causa influenzale - perché non determina un cambio di terapia, ma risulta solamente per questioni epidemiologiche, con investimenti economici sostenibili generalmente solamente da Ospedali universitari - ma viene data una “diagnosi probabile” o “diagnosi presunta”, indipendentemente dalla natura eziologica (adenovirus, coronavirus, picornavirus, paramixovirus, ecc...).

Quest'anno, con la ricerca e la possibilità di identificare il Coronavirus CoVID19, l'influenza **potrebbe** essere così ridotta perché - ripeto essere una ipotesi che sarà da confermare con il passare del tempo nelle prossime settimane - tanti casi che gli anni precedenti sarebbero stati definiti come “influenza” vengono re-incasellati in una diagnosi più corretta di Coronavirus, smascherando una diagnosi presunta ed attribuendo meglio l'eziologia di tale malattia. Risultato: scompare il picco di incremento rapido di influenza, appare il picco di incremento rapido di Coronavirus. Ma - da qua la definizione “é come tutti gli anni” - il sistema appare aggravato da un incremento/picco di natura eziologica differente, ma quantitativamente sovrapponibile. Non si chiama influenza - che fa più molti ma meno paura sociale - si chiama CoVID19, che attualmente fa meno morti ma più paura.

La virulenza e la mortalità per Coronavirus non sono preoccupanti (come percentuale totale e come distribuzione per l'età, come abbiamo visto precedentemente); ed abbiamo visto colpire prevalentemente quei pazienti che - in maniera del tutto aspecifica - sarebbero potuti morire anche per un'altra infezione virale, batterica, ecc... Inoltre, l'età media di morte é del tutto sovrapponibile alla sopravvivenza media (per maschi e femmine) che si ha normalmente⁵⁶. E normalmente si muore proprio a quell'età, perché statisticamente si accumulano un certo numero di patologie per cui con l'invecchiamento degli organi, é a quell'età che una sindrome infettiva respiratoria porta più facilmente a scempenso con scarse capacità di recupero. Come tutti gli anni. Non si deve negare il problema - perché non corrisponderebbe alla realtà; ma bisogna dire e sottolineare che é come tutti gli anni⁵⁷.

4. Capitolo “Terapia Intensiva”

Un altro dato non corrispondente a realtà é che il Sistema Sanitario Italiano “é al collasso” o frasi ad effetto simili. I dati che circolano (aggiornati al 6 marzo 2020 - in Lombardia 366 casi in ICU rispetto ai 900 posti letto totali)⁵⁸ mostrano che: a) con l'arrivo delle sindromi influenzali tutte le Terapie Intensive (come tutti gli anni) hanno un aumento del *tasso di occupazione letti*. Tutte. Per tutte le infezioni respiratorie. Le Terapie Intensive che sono state inizialmente piene (nel contesto dell'infezione da Coronavirus) sono 4: quattro. E fanno più rumore - fra l'altro - perché sono guidate da esperti del settore notoriamente importanti e “di peso”

⁵⁶ World Health Organization (2015) - <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/6/07-043471/en/>

⁵⁷ <https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:6630761183215521792/>

⁵⁸ <https://github.com/pcm-dpc/COVID-19/blob/master/schede-riepilogative/regioni/dpc-covid19-ita-scheda-regioni-20200308.pdf>

sul piano scientifico internazionale; con una risonanza ampia e mondiale. Ma le Terapie intensive piene e sovraccariche sono state nell'immediato 4: quattro (dati protezione civile all'8 marzo 2020⁵⁹). In queste ICU, per poi estendersi ad altre ICU limitrofe, si sono verificati un **aumento improvviso e rapido** (questo é il punto) di casi di insufficienza respiratoria da CoVID-19, in numeri tali da superare la saturazione del sistema, tenendo conto che in Italia esiste un tasso di letti totali di circa 3 letti/1'000 abitanti (a fronte di Germania con 8 letti/1'000 abitanti, Francia 7 letti/1'000 abitanti, Svizzera 6.5 letti/1'000 abitanti), pertanto l'aumento dei casi che c'è stato rapido ed improvviso, ha incontrato una situazione già saturata e ridotta all'osso - indipendentemente da CoVID-19. Quindi il problema non é quello di avere una malattia mortale che sta sterminando in maniera indiscriminata la popolazione, portando a malattia milioni e milioni di morti (dato non vero), ma che c'è un rapido aumento di pazienti per l'ICU - in un sistema numericamente ridotto e saturo - con una mortalità in cifre che attualmente é ben al di sotto di quello di altre malattie che costantemente flagellano la popolazione con cifre pericolosamente maggiori; non si comprende pertanto la risposta in restrizioni ed in panico che viene generata e costantemente alimentata. La risposta sociale é estremamente esagerata rispetto al problema, che non viene negato, ma che deve essere contestualizzato.

In Italia é arrivato il suggerimento da parte di alcuni colleghi di nota esperienza clinica di gestire queste insufficienze respiratorie procedendo immediatamente ad Intubazione Oro-Tracheale (IOT), by-passando la normale gestione tramite Ventilazione Non-Invasiva (VNI), per dei supposti motivi di miglioramento della patologia - dato ancora da dimostrare⁶⁰ (tecnicamente si parla di "expert opinion"); il NEJM ed il JAMA non hanno dimostrato ancora un reale beneficio in termini di sopravvivenza di questo approccio terapeutico più aggressivo. L'ESICM (Società Europea di Medicina Intensiva) supporta e suggerisce questa possibilità⁶¹; la discussione é un po' tecnica, ma per completezza verrà esposta. Dato che questi pazienti presentano una *compliance polmonare* estremamente alta nonostante il danno interstiziale polmonare (che spiega l'insufficienza respiratoria parziale senza compromissione della ventilazione ed incremento della pCO₂), una ventilazione non-invasiva non può permettersi una ventilazione ad alti valori di PEEP (il lavoro diaframmatico sarebbe tale da non essere tollerabile oggettivamente e soggettivamente dal paziente) e soprattutto un controllo dei *Tidal Volume* perché il paziente é sveglio e compliant, pertanto aumentando il tempo di VNI si aumenta il rischio di danno polmonare da ventilazione. Si deve pertanto procedere con sedazione, IOT, alti valori di PEEP e bassi Tidal Volume (4-6 ml/Kg), eventuali ipercapnie permissive con pH fino a 7.3 (anche se le buone compliance non sembrano portare mai a tale problema) e curarizzazione, con titolazione della PEEP secondo *PV-tool* piuttosto che con l'uso dell'ecografia polmonare (sia nella scelta per la titolazione della PEEP e/o la pronazione). É innegabile che l'evitare la VNI per procedere all'IOT aumenti drasticamente la necessità di ricovero immediato in ICU; pertanto é stata presa una decisione medica che al momento deve essere considerata *suggestiva*, ma ancora al livello di *expert opinion*, non supportata da dati scientifici forti che questo porti veramente a beneficio - con conseguente aumento della necessità di Terapia Intensiva, necessità che con la gestione "usuale" sarebbe aumentata ma non ai valori che vengono indicati. Per dirla in maniera semplice: si sono date raccomandazioni mediche per una gestione immediatamente da Terapia

⁵⁹ <https://github.com/pcm-dpc/COVID-19/blob/master/schede-riepilogative/regioni/dpc-covid19-ita-scheda-regioni-20200308.pdf>

⁶⁰ https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2002032?query=featured_home

⁶¹ www.esicm.org/blog - interview with Dr. Lowell Ling

Intensiva, che comporta inevitabilmente di aumentare i ricoveri in ICU senza poter stratificare i pazienti - come usualmente - in base alla severità di malattia, nei differenti reparti, portando quindi ad un aumento dei casi di Terapia Intensiva, in un sistema già saturo.

Ancora. La gestione di politica sanitaria quando le Terapie Intensive sono piene - evento che è già normalmente avvenuto a più riprese negli ultimi anni, tipicamente con l'arrivo delle sindromi para-influenzali - è quello di procedere con **l'immediato trasferimento** in altre Terapie Intensive dei malati trasportabili e meno severi. I malati veramente gravi, indipendentemente dalla causa (possono essere polmoniti da influenza, polmoniti batteriche tipiche, polmoniti da Legionella, ecc...), quelli per intenderci sotto ECMO o che pronati, devono rimanere nelle Terapie Intensive specializzate. Per due motivi: a) perché il personale che è più formato garantisce una maggiore sopravvivenza del paziente, b) perché spostare i malati più gravi ne aumenta la mortalità. Quelli "meno gravi" (definiti tali secondo dei criteri da parte delle Società di Terapia Intensiva - anche se agli occhi dei *non addetti ai lavori* appaiono sempre pazienti gravi) devono essere spostati nelle altre Terapie Intensive - anche in altre città - così da sgravare l'Unità clinica sovraccarica. Lo si è sempre fatto ovunque, a livello internazionale come in Italia; anche all'Ospedale Universitario di Ginevra è capitato spesso. È pertanto sciocco ed assurdo far pensare che tutti gli ospedali siano "al collasso" quando si tratta di alcune Terapie Intensive, con una gestione del problema (che si può definire "usuale" nella sua eccezionalità) già codificata.

5. Azione Epidemiologica di contenimento:

Se le premesse per questo "allarme" non ci sono perché sono basate su dati sovrapponibili agli anni precedenti (si vedano i punti precedenti elencati sommariamente ed i link riportati), appare ancora più ridicola la gestione del problema. Sia nella gestione che soprattutto sul "dopo", sulle conseguenze che bisogna seguire - se si vuole essere logici - alle azioni che si intraprendono.

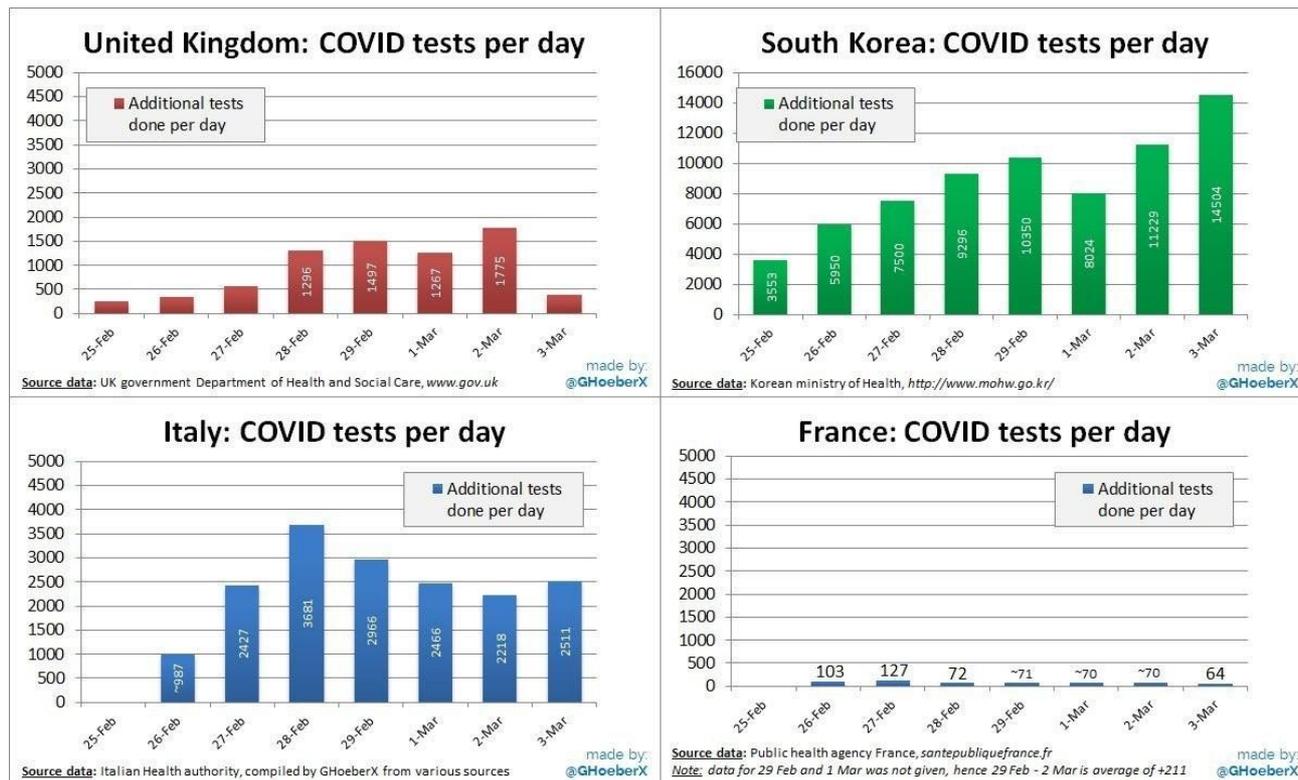
a. HUB intercontinentali.

La Cina geograficamente non è vicina ed il miglior modo per poterla raggiungere rapidamente è attraverso l'uso dell'aereo. Gli aeroporti internazionali più popolati e con cui la Cina ha le maggiori relazioni economiche sono Francoforte (D), Munich (D), Heathrow (E), Parigi (F), Schiphol (NL), Copenaghen (DK) e poi vengono gli aeroporti italiani⁶². Pertanto, statisticamente, il maggior numero di persone infette (che non è uguale ad essere ammalati, come abbiamo visto prima) si reca costantemente in queste città e non in Italia⁶³. Pensare e far pensare che esista una *metropolitana-linea diretta* Wuan → Lodi → Codogno e che sia l'Italia attualmente il problema, mentre nel resto di Europa - che ha i maggiori traffici in termini commerciali e personali con la Cina - non succeda niente e che tutto provenga dall'Italia - fra l'altro senza che nessun Governante Italiano cerchi di difendere la propria Nazione, anzi al contrario, continuando ad avere un atteggiamento di confermata colpevolezza, non corrisponde alla realtà. Non è verosimile.

⁶² Burghouwt et al., 2003; Burghouwt and de Wit, 2005

⁶³ <http://www.ub.edu/graap/intercontinental.pdf>

Più passa il tempo e più si sta inoltre riscontrando che alcune Nazioni, come la Francia, non stanno eseguendo un numero di tamponi minimamente adeguato per monitorizzare a livello epidemiologico la situazione infettiva. Il risultato é un'apparente assenza del problema, quando ci sono evidenze che mostrano come i tassi di infezione probabilmente sono estremamente elevati (si stima al ribasso la possibilità di circa 450.000 contagi nella sola Francia)⁶⁴.



b. Diffusione del virus

Il Coronavirus, come tutti gli anni e come tutti i virus a diffusione respiratoria, é presente in tutta Europa (oltre ad essere presente in tutto il Mondo⁶⁵,⁶⁶). Altri stati non hanno adottato politiche di contenimento così stringenti come in Italia. Pertanto - mentre in Italia si pensa che contingentare dei territori possa servire - i differenti *Mr. John* dall'Inghilterra, i *M. Le Corbusier* dalla Francia ed i *Herr Heinz* dalla Germania possono venirsi a fare un giro - per lavoro o per questioni personali - potendo infettare e/o essere infettati senza alcun problema. Non che l'infezione sia un problema in sé (si veda prima), ma l'idea di avere delle "zone rosse" quando il passaggio é garantito in entrata/uscita, é quantomeno lacunoso.

L'idea attuale, poi, di chiudere interi territori é ancora più ridicola⁶⁷,⁶⁸. Facciamo un esempio. Esiste una stanza piena di formiche; formiche che si vogliono eliminare. Oltre al fatto che la stanza non é

⁶⁴ <https://www.maurizioblondet.it/il-viros-degli-altri/>

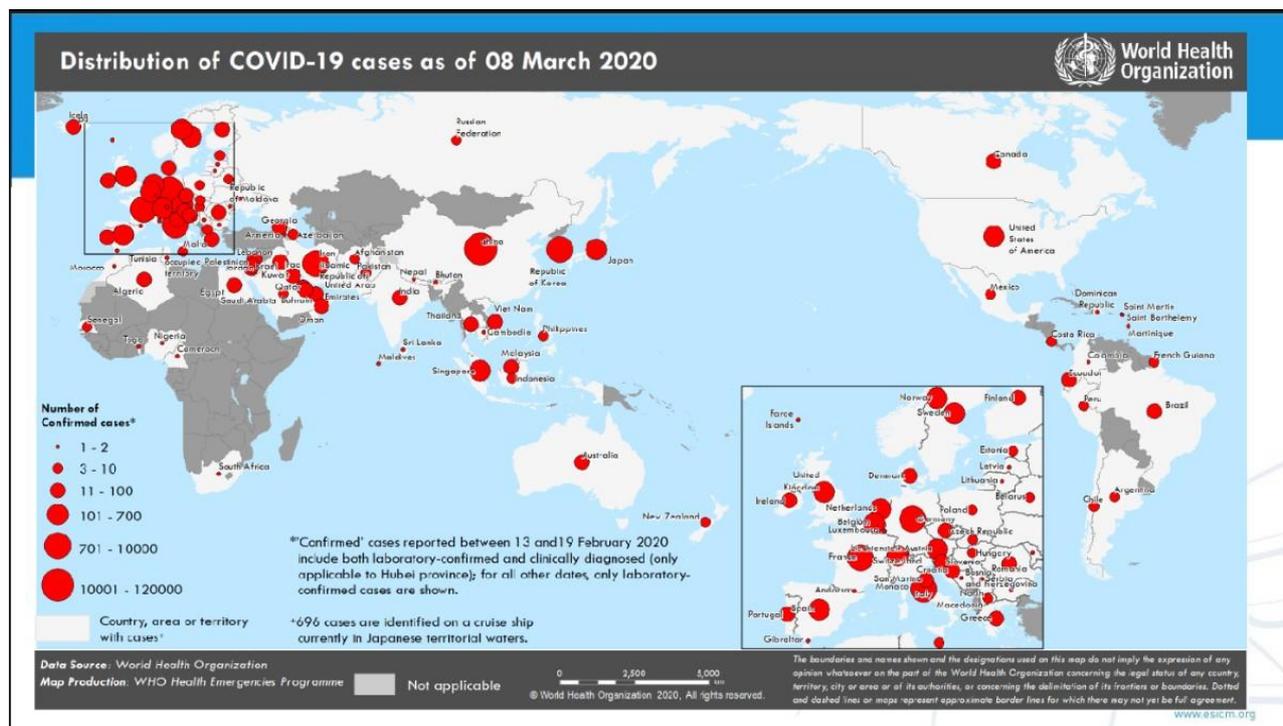
⁶⁵ <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&iid=5338&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>

⁶⁶

⁶⁷ Rose G (1992). The strategy of preventive medicine. Oxford University Press, Oxford

⁶⁸ Lewis et al. Mastering Public Health. A postgraduate guide to examinations and revalidation. Royal Society of Medicine press. 2014

completamente chiusa (è una stanza di passaggio per cui si deve passare ed è anche necessario aprire la porta di tanto in tanto per questioni urgenti ed improrogabili), immaginiamo che venga chiusa. Completamente. Prima o poi le formiche moriranno, giusto? Bene. E poi? Ad un certo punto sarà necessario riaprire. Oggi, domani o dopodomani; il 3 aprile o il 24 maggio. Ma sarà necessario riaprire. E le formiche sono lì fuori, perché il virus non è stagionale ed è dappertutto. Pertanto un isolamento non ha alcun senso: o si porta avanti *ad libitum* (il che è impossibile) oppure ad un certo punto bisogna rendersi conto che il virus - fra l'altro non grave, non mortale, ecc... - è ovunque. E "bonificata" una zona, ammesso che ci si riesca, il virus potrà entrare nuovamente indisturbato. Chi ha pensato all'isolamento (a pensare bene) chiaramente NON conosce le basi della Epidemiologia^{69,70}.



Chiudere l'Italia quando il virus è ovunque?

Un'ulteriore considerazione tecnica. Quando si hanno delle epidemie ci sono due grandi strategie di Salute Pubblica per arginare le malattie infettive. Possono essere ben esemplificate dalla metafora del gregge.

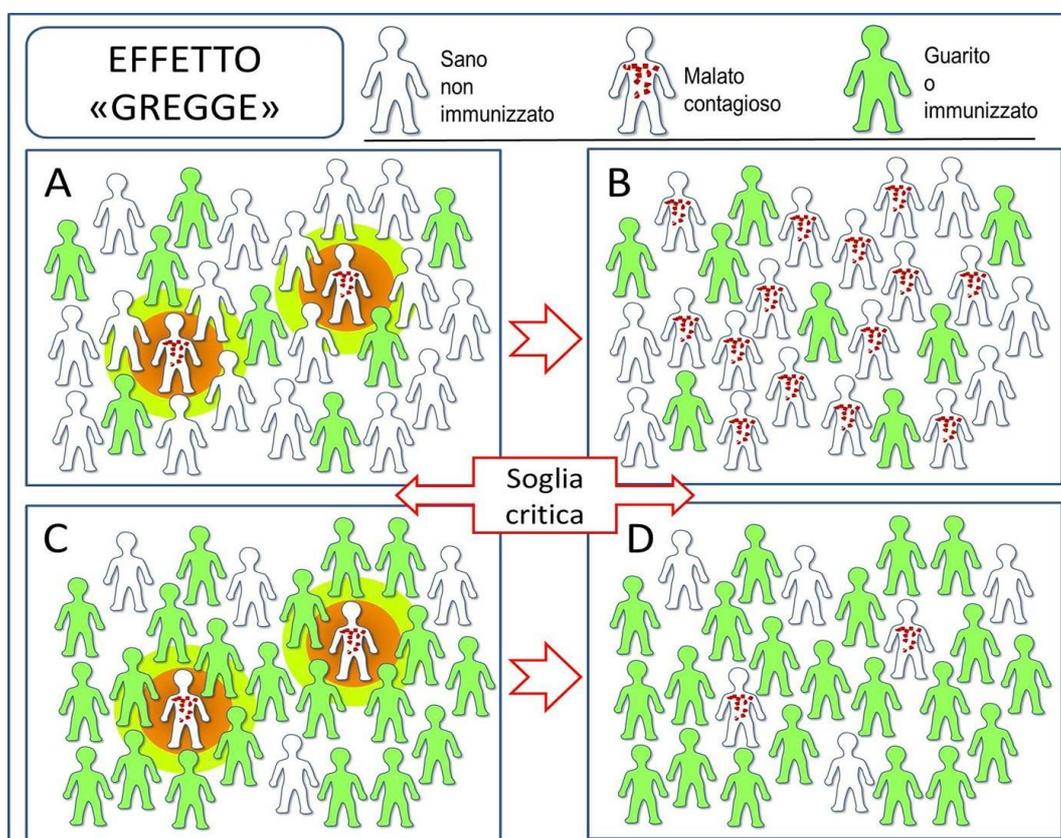
- 1) La **strategia dello sradicamento**: consiste nell'identificare la pecora nera che potrebbe infettare le altre e isolarla in modo che la malattia non si propaghi. Qui **si evita** che la malattia si diffonda. Questa è la strategia usata dalla Cina. Per poterla usare ci vogliono alcune condizioni: un'autorità forte, un sistema di sanzioni, un controllo capillare, eccetera. La Cina sembra avercela fatta, ma è un regime dittatoriale. L'Italia sta provando ad usare lo stesso metodo, ma con scarse chances. La strategia dello sradicamento può funzionare - oltre ai requisiti politici accennati poc'anzi - se attorno al focolaio "Italia" non si ha malattia; il sistema è di "contenere" la malattia in uno spazio chiuso fino a ridurne i contagi a 0. Alla luce del grafico della WHO qui sopra, risulta impossibile portare i contagi a 0 - fra l'altro senza portare ad

⁶⁹ <https://www.bmj.com/about-bmj/resources-readers/publications/epidemiology-uninitiated/11-outbreaks-diseases>

⁷⁰ https://samples.jblearning.com/0763728799/28799_CH02_023_060.pdf

immunizzazione post-infettiva la popolazione - pensando che alla riapertura del sistema chiuso, l'infezione si trova nuovamente attorno, potendo nuovamente rientrare nel sistema che viene riaperto.

- Vi è poi la **strategia dell'immunità di gregge**; consiste nel permettere che la malattia si diffonda governandone la propagazione. Qui le cose importanti sono due: fare attenzione a che il contagio non raggiunga le categorie a rischio (da qui il divieto di contatti con le persone a rischio) e fare in modo che non vada troppo veloce per evitare di mandare il sistema sanitario in sofferenza, in questo caso la Terapia Intensiva. Qui **si vuole** che la malattia si diffonda, anzi, più si diffonde e meglio è. Però a due condizioni: che si diffonda tra le persone non vulnerabili e che si diffonda secondo un ritmo gestibile per il sistema sanitario. Perché si vuole che si diffonda? Perché più persone guarite ci sono, e più il gruppo diventa immune, cioè la malattia non trova più persone a cui "appiccicarsi"; in questo modo, dopo una prima fase di protezione sociale, i vulnerabili sono anch'essi protetti. Lo scopo, in questo caso, è raggiungere un alto numero di contagiati/guariti affinché cominci ad esserci un effetto protettivo grazie al gruppo; tenete presente che probabilmente molti di noi l'hanno già fatta senza rendersene conto e sono già immuni.



La Svizzera ha adottato questa seconda strategia, perché i dati epidemiologici e scientifici dicono che la malattia è blanda nelle categorie non a rischio, che se arrivassero complicazioni queste possono essere gestite dagli ospedali e soprattutto dalle Terapie Intensive (se non sono sovraccariche), e che al punto in cui siamo a livello mondiale è impossibile sradicare il virus totalmente, bisogna pertanto "addomesticarlo". Le misure emanate a livello Svizzero servono dunque a rallentare il contagio (per evitare che il sistema sanitario vada in sofferenza) e a proteggere le persone vulnerabili. Bene a ridurre la parte di contatti sociali, senza

però che la libertà personale - come uscire da solo, anche solo per una passeggiata - possa essere intaccata: se si circola da soli, lontano da tutti, seguendo le normali regole di igiene personale, non si contagia nessuno né si viene contagiati da alcuno.

c. Feedback e conseguenze

Un altro dato quantomeno ridicolo è la continuazione. Ammettiamo che esistano dei parametri - poi si può discutere se siano adeguati o no - che permettono di capire se le misure intraprese siano buone oppure no. Quali le conseguenze? Le possibilità (ripeto: al netto di valutare quali parametri prendere in considerazione) sono: il metodo funziona, il metodo non funziona.

- Il metodo funziona: cosa si fa con le misure coercitive? Se funziona la conseguenza logica è che bisogna continuare così.
- Il metodo non funziona: cosa si fa in questi casi? 1. si abbandona tutto, 2. si continua così, 3. si inaspriscono le misure coercitive. Nel primo caso si dimostra che era tutta una farsa (se blocco tutto con 200 infetti e sblocco tutto con 4000 infetti, allora quanto ho intrapreso prima non aveva senso); nel secondo caso non c'è una consecutio logica (se non funziona, non possono continuare così), oppure inasprisco le misure.

Il risultato netto è: se funziona continuo così (per quanto poi? si veda prima...), se non funziona inasprisco le misure. In nessun caso è previsto di "mollare il colpo". Ma quando avverrà - per comprensione che la gestione iniziale del problema è scorretta - si darà dimostrazione che tutte le misure non sono utili, perché non lo sono.

d. Parametri

Che parametri usare per monitorizzare l'evoluzione? Il numero di infetti? Al di là che questo non corrisponde a malattia (si veda prima), immaginiamoci il ridicolo partendo dall'impossibile: fra 3 settimane "finalmente" si riducono i contagiati a 1'000. Sblocciamo le misure coercitive? Teoricamente no, perché con 1'000 si può ancora diffondere il virus. Fra 4 settimane siamo scesi a 500 infetti. Sblocciamo le misure? Teoricamente no, perché quando erano 500 siamo corsi ai ripari. Fra 6 settimane siamo a 40 infetti, sblocciamo? Nemmeno, questi potrebbero essere fonte di "nuova epidemia", ecc...fino a 0 (ammesso che si possa arrivare). Se invece sotto una certa "quota" (qualsiasi) si decide di togliere le misure coercitive, qualsiasi numero sia (ad es. 500), questo mostra che quanto intrapreso prima non aveva alcun senso.

L'evoluzione della malattia e di quanto intrapreso mostrerà l'assurdità di quanto fatto. Ci si basa su presupposti erronei e si continua con scelte altrettanto erronee e pericolose, a livello sociale, economico su larghissima scala. Non si ha un sistema completamente "chiuso" (sarebbe impossibile) ed anche se questo si potesse ottenere, alla riapertura il mondo esterno sarebbe nella stessa condizione. Oltretutto, da ricordare, basandosi sul fatto che si ammala gravemente fino a morire, solamente la persona anziana e con comorbidità. Gli altri possono essere asintomatici o con pochi sintomi.

Una brevissima riflessione quindi di come le misure epidemiologiche siano contro la logica aristotelica e le più elementari regole di epidemiologia: la malattia non nasce dall'Italia - ma viene fatta passare per tale,

anche da chi avrebbe tutti gli interessi per difendere la Nazione - il sistema di monitoraggio non ha alcuna utilità (il tasso di infezione reale é ampiamente sottostimato perché parecchie persone sono asintomatiche, si veda il continuo tam-tam mediatico di chi dice: “sono infetto, ma sto bene”) e la presa in carico del problema cercando di chiudere tutto (che é impossibile) senza pensare a come uscire dal problema, dimostra a voler ben pensare ad una ingenuità ed ignoranza magistratale, a pensar male fa pensare invece ad una volontà di voler far affossare l'Italia sul piano sociale, economico e morale.

6. Quid prodest?

Questo é il campo più speculativo, su cui non ho dati oggettivi da presentare, anche se ho delle idee personali. Sicuramente ne profittano tanti enti governativi e non, a livello locale come riconosciuti a livello Mondiale, che possono acquisire dei “diritti” ed una Autorità data loro da non si sa bene quale Autorità superiore per cui l'OMS può dettare legge in maniera trans-nazionale. Per cui i governi possono dire: “non stringetevi le mani”, domani diranno “non vestitevi di giallo” e dopodomani diranno “quando si spegne la musica tutti si devono sedere”... A tal proposito il Consiglio d'Europa (!) ha svolto numerose interrogazioni parlamentari convocando e denunciando l'OMS per sospetto “**procurato allarme pandemia**”, si veda il documentario video allegato⁷¹.

È innegabile il “senso di panico” che viene a generarsi e che, fra l'altro, nasce dall'acquisizione di informazioni *mediate* da terzi e non *immediate*. La nostra realtà quotidiana non é esposta ad un pericolo di questo genere, non si vede e non si riscontra niente. Ma il pericolo fatto percepire da chi “dipende” da questi mezzi per acquisire informazioni é tale che si accetta di non vestirsi di viola, di non andare a trovare i nonni malati, di non trovarsi in più di 4 persone all'esterno (e chi ha una famiglia composta da 5, 6, 7 persone?), di salutarsi con il saluto fascista perché é abolita la stretta di mano. Il tutto soprattutto basato su dati oggettivi citati poc'anzi, che non giustificano per niente tale condotta. Anzi, in realtà generano un pericoloso precedente, perché niente vieta che al prossimo inverno, si prendano i dati veri - quelli che mostrano come l'influenza faccia più morti - e si usino per condizionare ancora di più le persone. Pericolosissimo.

- Perché chiudere le scuole, quando i dati mostrano che i bambini ed i giovani non muoiono di malattia?
- Perché favorire lo stare a casa - spesso con i nonni (che invece possono essere più a rischio, anche se come tutti gli anni) - quando i dati mostrano il contrario?
- Perché bloccare tutto quando i tassi di mortalità sono uguali a quelli della popolazione “non CoVID-19”?
- Perché bloccare tutto e tutti quando chi muore é chi é già ammalato ed ammorbato da 2-3 copatologie croniche?
- Perché dare l'idea che sia l'Italia l'untrice, quando il virus é già ovunque?
- Perché dichiarare la “pandemia” (e poi favorire la messa in atto di sanzioni, anche di carattere economico), cioè dire che il virus é ovunque, ma allo stesso tempo isolare una zona?
- Perché uno Stato reagisce isolando tutti, mentre gli altri Stati non usano politiche così restrittive?

⁷¹ Youtube: Le pandemie prima del Coronavirus - https://www.youtube.com/watch?v=m6bEITVU_jc

7. No alla disobbedienza:

A questo vorrei ribadire un concetto estremamente importante. Tutte queste informazioni non hanno alcun intento “rivoluzionario” o di voler stimolare il sovvertimento del normale ordine e della Autorità preposta al controllo ed alla gestione della cosa pubblica, compresa la Sanità. Fin tanto che la Direzione dell’Ospedale intende adottare tali provvedimenti, é nostro compito assolvere a quanto ci viene richiesto e fare in modo che i collaboratori seguano le indicazioni che vengono date. Allo stesso tempo, é necessario che i dati originali si conoscano, affinché - pur restando nell’obbedienza - si possa iniziare a capire e far capire che le misure intraprese sono non basate su dei dati oggettivi, in attesa che possa cambiare tale situazione. Pertanto, per chi ritiene utile tale documento-bozza, é estremamente importante parlarne e diffondere i link ai dati originali così che si possa controbattere conoscendo la verità, la realtà delle cose, senza ideologie.

Faccio un esempio concreto. Questo fine-settimana mentre mi trovavo di guardia come Medico d’Urgenza pre-ospedaliero, vengo contattato da una persona che mi chiede come agire per sua papà di 87 anni, che ha febbre fino a 39°C, con tosse e che attualmente (ipse dixit) “fa fatica a respirare”. La risposta e la gestione più corretta é stata di mandare un equipaggio sul posto, già provvisto di protezioni DPI come previsto dalla Legge, prendere i parametri e di fronte all’oggettività di una febbre con desaturazione procedere - come al solito, come tutti gli anni, come tutti i giorni, estate come inverno - a somministrare ossigeno, a somministrare paracetamolo endovenoso e a trasferire il paziente in Pronto Soccorso. Come tutti gli anni, perché il problema c’è sempre. Con l’aggiunta di doversi mascherare “come per carnevale” (e questo va detto e ribadito, calmando e tranquillizzando tutti quanti, perché la realtà é oggettiva ed i dati sono chiari) perché, per quanto non abbia senso e non ci sia alcuna necessità di procedere in questa maniera, pur consci di questo, l’Autorità ha stabilito così. E per intanto si obbedisce, cercando nei modi e tempi opportuni di mostrare le fonti originali, i dati dell’evoluzione della malattia, con la speranza che l’Autorità - preso atto dell’oggettività dei dati - proceda con il rimuovere tali misure coercitive di diverso grado e natura.

8. Un preoccupazione legittima?

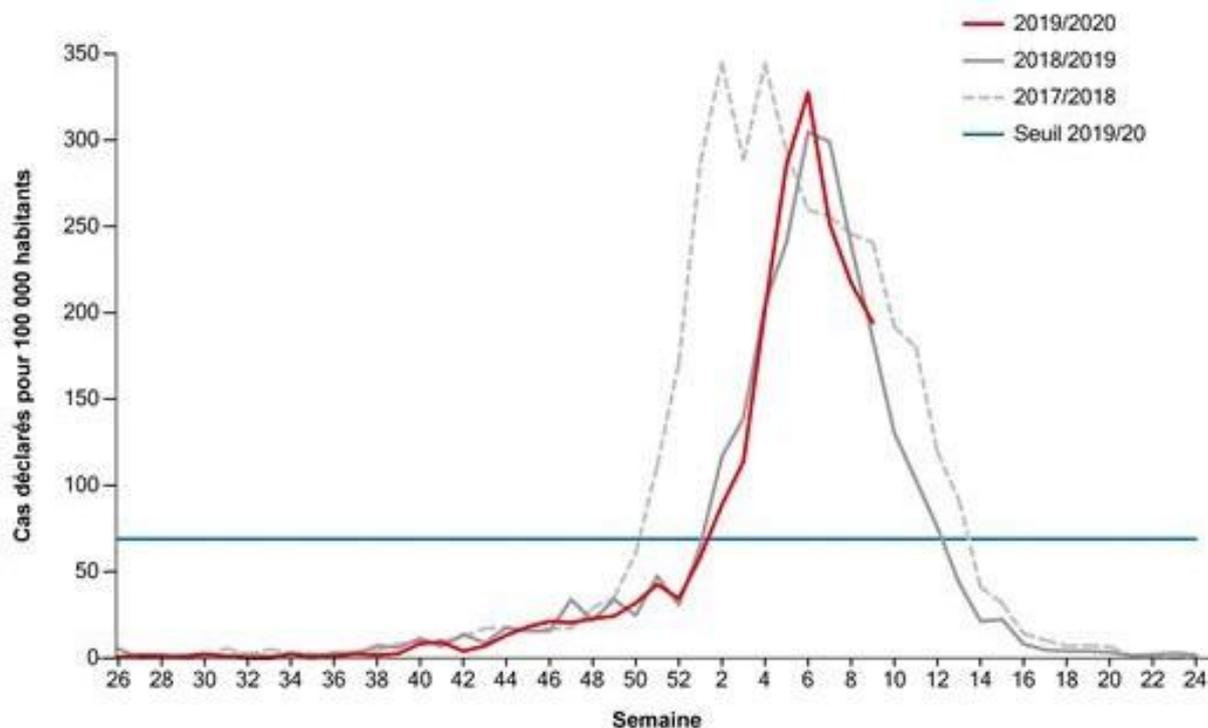
Un dato che deve far riflettere, ma contro il quale le soluzioni adottate non sono comunque utili, é quello che il numero di malati “immediato” appare superiore alle capacità del sistema sanitario di ogni nazione. Questo appare in Italia in parte per l’alto tasso di popolazione con un’età media più elevata che il resto della popolazione delle altre Nazioni⁷². Il problema di base - ammesso che esista - dato che come abbiamo visto richiede la Terapia Intensiva il 5% delle persone infettate (in Italia fra il 5-10%) e non si registrano morti fra le persone non ricoverate in Terapia Intensiva (morti che sono pazienti con una età media di vita attorno agli 80 anni, affetti da multiple patologie, ecc...), non ha un legame logico con le misure intraprese.

Alcuni giustificano tali misure con l’idea “di rallentare la diffusione del virus, in modo che il sistema sanitario possa prendersi a carico i malati in maniera adeguata su due-tre mesi”⁷³ ma a) le misure intraprese non sono state intraprese con questa idea (l’idea sarebbe quella di “ridurre i contagi al di sotto di un rapporto 1:2

⁷² <https://www.iss.it/en/comunicati-stampa> N° 17/2020

⁷³ <https://www.tio.ch/ticino/attualita/1423734/cantone-ticinese-contagio-sanita-contagi>

per eradicare il virus” - *strategia dello sradicamento* già discussa, di cui abbiamo accennato i limiti importanti in una situazione di diffusione pressoché totale) e b) inoltre non corrispondono ai maggiori dati epidemiologici che abbiamo in corso (faccio riferimento allo studio apparso sul New England Journal of Medicine⁷⁴ in merito ai dati di Wuan - che fra l'altro appaiono più severi di quelli in Italia), in particolare in merito all'outcome della patologia⁷⁵. È anche interessante notare come l'uso di misure di quarantena volte al contenimento della malattia, sulla influenza - che ha una modalità di trasmissione analoga a CoVID19, non si sia dimostrata utile per ridurre il picco di malattia^{76,77}.



Vediamo i dati. I pazienti sono stati stratificati in due gruppi: quelli clinicamente severi già al momento della presentazione in Pronto Soccorso (n. 173) e quelli non severi (n. 926); intanto vediamo che clinicamente solo 1/10 dei pazienti presenta sintomi severi fin dall'inizio, mentre la maggior parte non presenta segni per gravità di malattia. Vediamone l'evoluzione. Fra i pazienti inizialmente valutati come “non severi” il tasso di ricovero in ICU é del 2.4% (cioé 22 pazienti su 926), mentre fra i pazienti severi é del 19.1% (in numeri assoluti, si tratta di 33 pazienti su 173), con un'ospedalizzazione mediana di circa 11 giorni fra i primi e 13 giorni fra i secondi. Fra coloro che si presentano con sintomi severi fin dall'inizio, la mortalità é dell'8%, mentre fra chi si presenta con sintomi blandi (i 926 del primo gruppo), la mortalità é dello 0.8%. Cioè chi sta

⁷⁴ https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2002032?query=featured_home

⁷⁵ https://www.nejm.org/na101/home/literatum/publisher/mms/journals/content/nejm/0/nejm.ahead-of-print/nejmoa2002032/20200306/images/img_medium/nejmoa2002032_t3.jpeg

⁷⁶ <https://medium.com/@quinterojs/covid-19-infection-growth-rates-lagged-mortality-rates-and-other-interesting-statistics-ff39f5408a21>

⁷⁷ Thierry Fumeaux - expert opinion (Candidat EMBA IMD, Président SSMI, spécialiste Médecine Interne/Médecine Intensive - Prof titulaire, Médecine Genève)

molto male muore, chi sta poco male muore poco. E fra i morti si hanno le caratteristiche di cui ai primi punti (anziani, con co-patologie, ecc...), confermato anche dalla popolazione del NEJM. **Mortalità globale**, mettendo insieme i due gruppi: 1.4%. Ma chi é più grave all'inizio, muore di più.

Table 3. Complications, Treatments, and Clinical Outcomes.

| Variable | All Patients (N = 1099) | Disease Severity | | Presence of Composite Primary End Point | |
|--|----------------------------|------------------------|---------------------|---|------------------|
| | | Nonsevere (N = 926) | Severe (N = 173) | Yes (N = 67) | No (N = 1032) |
| Complications | | | | | |
| Septic shock — no. (%) | 12 (1.1) | 1 (0.1) | 11 (6.4) | 9 (13.4) | 3 (0.3) |
| Acute respiratory distress syndrome — no. (%) | 37 (3.4) | 10 (1.1) | 27 (15.6) | 27 (40.3) | 10 (1.0) |
| Acute kidney injury — no. (%) | 6 (0.5) | 1 (0.1) | 5 (2.9) | 4 (6.0) | 2 (0.2) |
| Disseminated intravascular coagulation — no. (%) | 1 (0.1) | 0 | 1 (0.6) | 1 (1.5) | 0 |
| Rhabdomyolysis — no. (%) | 2 (0.2) | 2 (0.2) | 0 | 0 | 2 (0.2) |
| Physician-diagnosed pneumonia — no./total no. (%) | 972/1067 (91.1) | 800/894 (89.5) | 172/173 (99.4) | 63/66 (95.5) | 909/1001 (90.8) |
| Median time until development of pneumonia (IQR) — days* | | | | | |
| After initial Covid-19 diagnosis | 0.0 (0.0–1.0) | 0.0 (0.0–1.0) | 0.0 (0.0–2.0) | 0.0 (0.0–3.5) | 0.0 (0.0–1.0) |
| After onset of Covid-19 symptoms | 3.0 (1.0–6.0) | 3.0 (1.0–6.0) | 5.0 (2.0–7.0) | 4.0 (0.0–7.0) | 3.0 (1.0–6.0) |
| Treatments | | | | | |
| Intravenous antibiotics — no. (%) | 637 (58.0) | 498 (53.8) | 139 (80.3) | 60 (89.6) | 577 (55.9) |
| Oseltamivir — no. (%) | 393 (35.8) | 313 (33.8) | 80 (46.2) | 36 (53.7) | 357 (34.6) |
| Antifungal medication — no. (%) | 31 (2.8) | 18 (1.9) | 13 (7.5) | 8 (11.9) | 23 (2.2) |
| Systemic glucocorticoids — no. (%) | 204 (18.6) | 127 (13.7) | 77 (44.5) | 35 (52.2) | 169 (16.4) |
| Oxygen therapy — no. (%) | 454 (41.3) | 331 (35.7) | 123 (71.1) | 59 (88.1) | 395 (38.3) |
| Mechanical ventilation — no. (%) | 67 (6.1) | 0 | 67 (38.7) | 40 (59.7) | 27 (2.6) |
| Invasive | 25 (2.3) | 0 | 25 (14.5) | 25 (37.3) | 0 |
| Noninvasive | 56 (5.1) | 0 | 56 (32.4) | 29 (43.3) | 27 (2.6) |
| Use of extracorporeal membrane oxygenation — no. (%) | 5 (0.5) | 0 | 5 (2.9) | 5 (7.5) | 0 |
| Use of continuous renal-replacement therapy — no. (%) | 9 (0.8) | 0 | 9 (5.2) | 8 (11.9) | 1 (0.1) |
| Use of intravenous immune globulin — no. (%) | 144 (13.1) | 86 (9.3) | 58 (33.5) | 27 (40.3) | 117 (11.3) |
| Admission to intensive care unit — no. (%) | 55 (5.0) | 22 (2.4) | 33 (19.1) | 55 (82.1) | 0 |
| Median length of hospital stay (IQR) — days† | 12.0 (10.0–14.0) | 11.0 (10.0–13.0) | 13.0 (11.5–17.0) | 14.5 (11.0–19.0) | 12.0 (10.0–13.0) |
| Clinical outcomes at data cutoff — no. (%) | | | | | |
| Discharge from hospital | 55 (5.0) | 50 (5.4) | 5 (2.9) | 1 (1.5) | 54 (5.2) |
| Death | 15 (1.4) | 1 (0.1) | 14 (8.1) | 15 (22.4) | 0 |
| Recovery | 9 (0.8) | 7 (0.8) | 2 (1.2) | 0 | 9 (0.9) |
| Hospitalization | 1029 (93.6) | 875 (94.5) | 154 (89.0) | 51 (76.1) | 978 (94.8) |

* For the development of pneumonia, data were missing for 347 patients (31.6%) regarding the time since the initial diagnosis and for 161 patients (14.6%) regarding the time since symptom onset.

† Data regarding the median length of hospital stay were missing for 136 patients (12.4%).

Pertanto abbiamo dei 9/10 della popolazione che presenta sintomi blandi, di cui circa il 2.4% va in Terapia Intensiva (22/1099, circa 2%), mentre fra i 173 pazienti già gravi fin da subito il 19.1% entra in Terapia Intensiva (33/1099, circa 3%). Totale 5% fra coloro che sono tali da essere realmente portati in Ospedale (non il 5% degli infetti): 55 pazienti su 1099 pazienti analizzati, circa 500 pazienti su 9000 infettati; questo in una megalopoli come Wuhan che conta 11 milioni di abitanti. Non sono cifre eccezionali da indicare una “dilazione nel tempo” dei ricoveri né la presa di misure coercitive come quelle intraprese - fra l'altro inutili e dannose sul piano morale, economico e sociale.

9. Conclusione:

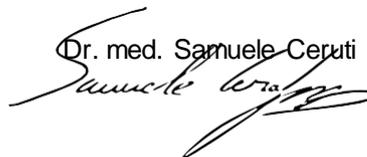
Il nostro compito é quello, dove si é un'Autorità preconstituita in campo personale come professionale, di obbligare all'informazione tutti coloro sui quali si ha una responsabilità diretta ed indiretta - sempre attendendosi a quello che Autorità superiori a noi decidono - ma allo stesso tempo diffondendo i dati originali,

reali e le fonti cui chiunque possa attingere per rendersi conto che a) il problema principale non è così come lo si dipinge, i dati vanno in un'altra direzione, b) le soluzioni intraprese non saranno mai efficaci, secondo i principi più basilari della logica e della epidemiologia.

Sembra che nel 2020 il mondo abbia scoperto che con il freddo ci sono le sindromi para-influenzali, di queste si muoia e che muoia soprattutto la popolazione più anziana e già malata. Come tutti gli anni. A noi il compito di rimanere con i "piedi per terra", di continuare il nostro lavoro come fatto costantemente tutti gli anni, tutti i giorni, con le normali precauzioni come tutti gli anni, obbedendo a quanto ci viene chiesto ma offrendo a tutti la lettura delle referenze sui dati principali, in particolare:

- Istituto Superiore di Sanità italiano: <http://www.iss.it/en/comunicati-stampa>
- Centro Controllo Mondiale (CDC) delle malattie: www.cdc.gov
- UpToDate (accesso controllato): www.uptodate.com

A disposizione per qualsiasi confronto o chiarimento.

Dr. med. Samuele Ceruti


Website: <http://manualidimedicina.blogspot.com>

LinkedIn: www.linkedin.com/in/samueleceruti

ATTENZIONE: questo documento è l'unico documento autorizzato a circolare e che rappresenta pienamente il pensiero dell'Autore. Altri documenti sono da ritenersi bozze non completamente corrette.