

Bizzarri: Covid gonfiato e non curato, basta terrorismo

 libreidee.org/2021/05/bizzarri-covid-gonfiato-e-non-curato-basta-terrorismo/

Alcuni paventano che le riaperture inneschino la quarta ondata? Quelli che lo affermano sono gli stessi che, un anno fa, paventavano 150.000 persone in terapia intensiva nel mese di giugno. Qui non bisogna “pre-occuparsi”, bisogna “occuparsi”: nella possibilità che si presenti un'altra ondata, bisogna fare quello che non s'è fatto fino ad oggi. Aumentare il numero dei posti letto, di medici e personale sanitario con competenze specifiche. Costruire linee guida adeguate per le terapie domiciliari. La variante indiana? Demistifichiamo il tema. Dall'inizio dell'epidemia, di varianti ce ne sono state migliaia. Molte sono neutre, alcune sono migliorative, altre peggiorative. Le varianti tendono complessivamente ad assicurare al virus maggiori possibilità di adattarsi al corpo umano. Quindi, una variante più letale, poiché uccide gli ospiti-vettori, è evolutivamente svantaggiosa e non tenderà a prevalere. La variante indiana non ha un indice di letalità superiore alle altre, ma sembra più contagiosa. Delle varianti si sta facendo un uso terroristico.

Io contesto i bollettini giornalieri dei positivi: la comunicazione quotidiana, che non avviene in altre nazioni, non è utile e genera ansia. La finestra temporale di osservazione di un fenomeno dipende dal ciclo del fenomeno stesso. E un andamento epidemiologico in cui lo stato infettivo si ritiene estinto, se non ci sono complicanze, dopo 7-8 giorni, andrebbe valutato settimanalmente. La cabina di regia fa monitoraggi settimanali, giustamente: allora perché ci bombardano tutti i giorni con i dati? È sbagliato preoccuparsi in assoluto del numero di positivi. Qui c'è una confusione semantica: si è confuso il numero di persone positive con il numero di persone realmente infettanti. Un positivo non è necessariamente infettante. E anzitutto, qualunque test può dare risultati errati. Ad esempio? Falsi positivi e falsi negativi. Altri errori possono essere ascritti alla procedura di raccolta del campione. Nel caso dei test nasali, l'operatore sanitario può aver paura di infastidire il paziente, infilandogli il bastoncino fino alla base del naso. Su questi temi, la Società Mondiale di Patologia ha proposto un articolo, attualmente in revisione, in cui si suggeriscono alternative per migliorare la capacità diagnostica. Il test molecolare può essere falsato a causa del crossover con altri coronavirus o per la presenza di frammenti di Rna che vengono eliminati dall'ospite in assenza di virus replicante. Alludo ai cicli di amplificazione dei tamponi: il test non individua il virus, bensì i frammenti dell'Rna. Ma se il test li rileva, questo non significa che il positivo sia infettante. Al di sopra di 33 cicli di amplificazione, è stato visto che solo in pochi casi i soggetti testati albergano virus vitali. Dunque, non possono trasmetterli. Dei positivi che verranno conteggiati oggi, il 70-90% non sono realmente infettivi. Fonte: diversi studi scientifici, citati addirittura dal “New York Times” (di certo non un giornale “negazionista”), in un articolo dal titolo eloquente: “Il tuo test per il coronavirus è positivo? Forse, non dovrebbe esserlo”. Il riferimento era a una ricerca condotta in quattro Stati americani, secondo cui il 90% dei positivi è risultato “virus free”.

Altro “caso”: i 35 positivi della Scala rilevati a marzo scorso. Test ripetuto, si scopre che 34 su 35, il 97%, erano falsi positivi. Ma intanto il “focolaio” era finito su tutti i giornali. Questo, tra l'altro, spiega perché nella stragrande maggioranza dei casi i positivi non

presentino sintomi. La diagnosi va fatta in presenza di tosse, febbre e possibilmente evidenze radiologiche. Il tampone non basta. E per lo screening, l'esame utile è il test sierologico, che verifica la presenza degli anticorpi. Quanto all'indice Rt, è criticato da tutta la comunità scientifica. "Nature" ha scritto che si tratta di una «mostruosità». Lo si usa perché è semplice e comodo, ma non ha valore predittivo: inquadra una situazione in modo statico. Su "Nature" abbiamo proposto un altro indice: misura il rapporto tra le variazioni differenziali "in uscita", cioè il numero di guariti, e "in entrata", cioè il numero degli infetti. È un indice dinamico, che valuta la velocità con cui procede l'epidemia. Cosa cambia? All'inizio dell'epidemia, ci saranno tanti infetti e pochi guariti; alla fine, ci saranno tanti guariti e pochi infetti. Ebbene, quando le due curve (che procedono come una forbice) si incrociano, significa che l'epidemia è in fase calante. Oggi? Sì, siamo nella fase calante.

Questo metodo ci consente anche di individuare subito un'eventuale nuova ondata: quando il numero dei nuovi infetti inizia a superare quello dei guariti. Ma abbiamo tirato fuori anche un altro indice, che misura la gravità dell'epidemia. Consiste nel rapporto tra i ricoveri in terapia intensiva e i decessi. Con questo parametro, si sana anche l'apparente discrepanza tra Regioni. Nel corso della prima fase, sembrava che in Lombardia si fosse scatenato l'inferno e nel Sud non stesse succedendo niente. Se invece si mettono a confronto le curve dei ricoveri in terapia intensiva, si vede che queste hanno lo stesso andamento in tutte le Regioni. Il nostro modello, comunque, fa sorgere un altro quesito: perché, su 100 decessi, mediamente il 50% viene registrato in ospedale, mentre gli altri avvengono a casa? Evidentemente, queste persone erano già allettate a casa: anziani gravati da tante altre patologie, morti dopo aver contratto il Covid mentre già stavano comunque morendo a causa delle altre malattie.

C'è un modo semplice per capire come sta impattando il Covid sulla mortalità: confrontiamo i tassi di mortalità con quelli dello stesso periodo, prima della pandemia. Per scoprire cosa? Che – dati Istat – da dicembre 2020 a oggi, non c'è nessun aumento di mortalità rispetto al periodo precedente. Questo significa che stiamo conteggiando tra i morti di Covid persone che sarebbero morte comunque. Purtroppo, in futuro, la mortalità potrebbe tornare a salire, dato che – a causa delle restrizioni di accesso al sistema sanitario per i non-Covid – molti malati sono curati e seguiti in modo inadeguato. Per non parlare delle malattie da stress che stanno emergendo. Tirando le somme: l'attendibilità e precisione dei dati di cui disponiamo è lungi dall'essere soddisfacente. E questa incertezza costituisce la base delle decisioni politiche. Suggestioni? Primo: adottare un atteggiamento meno assertivo e una comunicazione non esasperata.

È inopportuno, il termine "lockdown". Se lo chiami quarantena, cambia tutto. Perché la quarantena serve a impedire che il virus circoli, ma dopo un certo periodo le chiusure prolungate hanno scarsa efficacia. Sul fatto che i lockdown servano o meno, non c'è alcuna prova scientifica definitiva. Gli studi condotti sono in disaccordo. Certo, le discussioni sarebbe meglio non farle in Tv: si rischia di scadere nella spettacolarizzazione, e di generare confusione e smarrimento. Altri consigli? Abbiamo un'esperienza maturata da 30.000 medici del territorio che hanno curato i malati. Spessissimo con successo, se la malattia viene trattata nelle fasi iniziali. Come ha detto Alberto Zangrillo, questa malattia si combatte solo ridando dignità e scopo ai medici di base, che oggi sono ridotti a burocrati. Poi vanno coinvolti i rettori dei maggiori atenei

perché forniscano una selezione dei migliori competenti: non solo virologi, ma epidemiologi, intensivisti, specialisti in malattie infettive.

Obiettivo: costruire una convention nazionale che elabori una strategia complessiva. Piuttosto che affidarsi a una fondazione privata, i modelli epidemiologici dovrebbero essere messi a punto dagli epidemiologi delle università. E occorre investire sulla ricerca. Finora, soldi per studiare il Covid – a parte i vaccini – non si sono visti. Ma i vaccini, da soli, non bastano. Una pandemia si affronta pensando alla prevenzione, alla profilassi e alla cura. E per farlo, servono i soldi. Li abbiamo trovati per i monopattini e non per la ricerca. Qualcuno dovrebbe spiegare perché. Ultima considerazione: basta, col terrorismo. Dobbiamo dare un messaggio calibrato, ma rassicurante. L'epidemia non si combatte deprimendo la gente.

(Mariano Bizzarri, dichiarazioni rilasciate ad Alessandro Rico per l'intervista "I vaccini non bastano, servono cura e prevenzione", pubblicata da "La Verità" e ripresa da "Dagospia" il 3 maggio 2021. Il professor Bizzarri dirige il laboratorio di Biologia dei Sistemi nel dipartimento di medicina sperimentale della Sapienza, a Roma, ed è segretario della Società Mondiale di Patologia Clinica. Insieme a un team di esperti dell'ateneo romano, ha pubblicato su "Nature Scientific Report" uno studio statistico sul Covid-19).

Alcuni paventano che le riaperture inneschino la quarta ondata? Quelli che lo affermano sono gli stessi che, un anno fa, paventavano 150.000 persone in terapia intensiva nel mese di giugno. Qui non bisogna "pre-occuparsi", bisogna "occuparsi": nella possibilità che si presenti un'altra ondata, bisogna fare quello che non s'è fatto fino ad oggi.

Aumentare il numero dei posti letto, di medici e personale sanitario con competenze specifiche. Costruire linee guida adeguate per le terapie domiciliari. La variante indiana? Demistifichiamo il tema. Dall'inizio dell'epidemia, di varianti ce ne sono state migliaia. Molte sono neutre, alcune sono migliorative, altre peggiorative. Le varianti tendono complessivamente ad assicurare al virus maggiori possibilità di adattarsi al corpo umano. Quindi, una variante più letale, poiché uccide gli ospiti-vettori, è evolutivamente svantaggiosa e non tenderà a prevalere. La variante indiana non ha un indice di letalità superiore alle altre, ma sembra più contagiosa. Delle varianti si sta facendo un uso terroristico.

Io contesto i bollettini giornalieri dei positivi: la comunicazione quotidiana, che non avviene in altre nazioni, non è utile e genera ansia. La finestra temporale di osservazione di un fenomeno dipende dal ciclo del fenomeno stesso. E un andamento epidemiologico in cui lo stato infettivo si ritiene estinto, se non ci sono complicanze, dopo 7-8 giorni, andrebbe valutato settimanalmente. La cabina di regia fa monitoraggi settimanali, giustamente: allora perché ci bombardano tutti i giorni con i dati? È sbagliato preoccuparsi in assoluto del numero di positivi. Qui c'è una confusione semantica: si è confuso il numero di persone positive con il numero di persone realmente infettanti. Un positivo non è necessariamente infettante. E anzitutto, qualunque test può dare risultati errati. Ad esempio? Falsi positivi e falsi negativi. Altri errori possono essere ascritti alla procedura di raccolta del campione. Nel caso dei test nasali, l'operatore sanitario può aver paura di infastidire il paziente, infilandogli il bastoncino fino alla base del naso.

Su questi temi, la Società Mondiale di Patologia ha proposto un articolo, attualmente in revisione, in cui si suggeriscono alternative per migliorare la capacità diagnostica. Il test molecolare può essere falsato a causa del crossover con altri coronavirus o per la presenza di frammenti di Rna che vengono eliminati dall'ospite in assenza di virus replicante. Alludo ai cicli di amplificazione dei tamponi: il test non individua il virus, bensì i frammenti dell'Rna. Ma se il test li rileva, questo non significa che il positivo sia infettante. Al di sopra di 33 cicli di amplificazione, è stato visto che solo in pochi casi i soggetti testati albergano virus vitali. Dunque, non possono trasmetterli. Dei positivi che verranno conteggiati oggi, il 70-90% non sono realmente infettivi. Fonte: diversi studi scientifici, citati addirittura dal "New York Times" (di certo non un giornale "negazionista"), in un articolo dal titolo eloquente: "Il tuo test per il coronavirus è positivo? Forse, non dovrebbe esserlo". Il riferimento era a una ricerca condotta in quattro Stati americani, secondo cui il 90% dei positivi è risultato "virus free".

Altro "caso": i 35 positivi della Scala rilevati a marzo scorso. Test ripetuto, si scopre che 34 su 35, il 97%, erano falsi positivi. Ma intanto il "focolaio" era finito su tutti i giornali. Questo, tra l'altro, spiega perché nella stragrande maggioranza dei casi i positivi non presentino sintomi. La diagnosi va fatta in presenza di tosse, febbre e possibilmente evidenze radiologiche. Il tampone non basta. E per lo screening, l'esame utile è il test sierologico, che verifica la presenza degli anticorpi. Quanto all'indice Rt, è criticato da tutta la comunità scientifica. "Nature" ha scritto che si tratta di una «mostruosità». Lo si usa perché è semplice e comodo, ma non ha valore predittivo: inquadra una situazione in modo statico. Su "Nature" abbiamo proposto un altro indice: misura il rapporto tra le variazioni differenziali "in uscita", cioè il numero di guariti, e "in entrata", cioè il numero degli infetti. È un indice dinamico, che valuta la velocità con cui procede l'epidemia. Cosa cambia? All'inizio dell'epidemia, ci saranno tanti infetti e pochi guariti; alla fine, ci saranno tanti guariti e pochi infetti. Ebbene, quando le due curve (che procedono come una forbice) si incrociano, significa che l'epidemia è in fase calante. Oggi? Sì, siamo nella fase calante.

Questo metodo ci consente anche di individuare subito un'eventuale nuova ondata: quando il numero dei nuovi infetti inizia a superare quello dei guariti. Ma abbiamo tirato fuori anche un altro indice, che misura la gravità dell'epidemia. Consiste nel rapporto tra i ricoveri in terapia intensiva e i decessi. Con questo parametro, si sana anche l'apparente discrepanza tra Regioni. Nel corso della prima fase, sembrava che in Lombardia si fosse scatenato l'inferno e nel Sud non stesse succedendo niente. Se invece si mettono a confronto le curve dei ricoveri in terapia intensiva, si vede che queste hanno lo stesso andamento in tutte le Regioni. Il nostro modello, comunque, fa sorgere un altro quesito: perché, su 100 decessi, mediamente il 50% viene registrato in ospedale, mentre gli altri avvengono a casa? Evidentemente, queste persone erano già allettate a casa: anziani gravati da tante altre patologie, morti dopo aver contratto il Covid mentre già stavano comunque morendo a causa delle altre malattie.

C'è un modo semplice per capire come sta impattando il Covid sulla mortalità: confrontiamo i tassi di mortalità con quelli dello stesso periodo, prima della pandemia. Per scoprire cosa? Che – dati Istat – da dicembre 2020 a oggi, non c'è nessun aumento di

mortalità rispetto al



periodo precedente. Questo significa che stiamo conteggiando tra i morti di Covid persone che sarebbero morte comunque. Purtroppo, in futuro, la mortalità potrebbe tornare a salire, dato che – a causa delle restrizioni di accesso al sistema sanitario per i non-Covid – molti malati sono curati e seguiti in modo inadeguato. Per non parlare delle malattie da stress che stanno emergendo. Tirando le somme: l’attendibilità e precisione dei dati di cui disponiamo è lungi dall’essere soddisfacente. E questa incertezza costituisce la base delle decisioni politiche. Suggestioni? Primo: adottare un atteggiamento meno assertivo e una comunicazione non esasperata.

È inopportuno, il termine “lockdown”. Se lo chiami quarantena, cambia tutto. Perché la quarantena serve a impedire che il virus circoli, ma dopo un certo periodo le chiusure prolungate hanno scarsa efficacia. Sul fatto che i lockdown servano o meno, non c’è alcuna prova scientifica definitiva. Gli studi condotti sono in disaccordo. Certo, le discussioni sarebbe meglio non farle in Tv: si rischia di scadere nella spettacolarizzazione, e di generare confusione e smarrimento. Altri consigli? Abbiamo un’esperienza maturata da 30.000 medici del territorio che hanno curato i malati. Spessissimo con successo, se la malattia viene trattata nelle fasi iniziali. Come ha detto Alberto Zangrillo, questa malattia si combatte solo ridando dignità e scopo ai medici di base, che oggi sono ridotti a burocrati. Poi vanno coinvolti i rettori dei maggiori atenei perché forniscano una selezione dei migliori competenti: non solo virologi, ma epidemiologi, intensivisti, specialisti in malattie infettive.

Obiettivo: costruire una convention nazionale che elabori una strategia complessiva. Piuttosto che affidarsi a una fondazione privata, i modelli epidemiologici dovrebbero essere messi a punto dagli epidemiologi delle università. E occorre investire sulla ricerca. Finora, soldi per studiare il Covid – a parte i vaccini – non si sono visti. Ma i vaccini, da soli, non bastano. Una pandemia si affronta pensando alla prevenzione, alla profilassi e alla cura. E per farlo, servono i soldi. Li abbiamo trovati per i monopattini e non per la ricerca. Qualcuno dovrebbe spiegare perché. Ultima considerazione: basta, col terrorismo. Dobbiamo dare un messaggio calibrato, ma rassicurante. L’epidemia non si combatte deprimendo la gente.

(Mariano Bizzarri, dichiarazioni rilasciate ad Alessandro Rico per l’intervista “I vaccini non bastano, servono cura e prevenzione”, pubblicata da “La Verità” e ripresa da “Dagospia” il 3 maggio 2021. *Il professor Bizzarri dirige il laboratorio di Biologia dei Sistemi nel*

dipartimento di medicina sperimentale della Sapienza, a Roma, ed è segretario della Società Mondiale di Patologia Clinica. Insieme a un team di esperti dell'ateneo romano, ha pubblicato su "Nature Scientific Report" uno studio statistico sul Covid-19).