

COVID-19 E LA MIA LOGICA

BIGINO COVID

QUESTA E' LA RACCOLTA DEI MIEI POST
DAL 30 MARZO 2020

Dedico questo libro al dottor Bruno Nicola, medico di base di antico stampo. Abbiamo fatto da interni cinque anni di liceo al Collegio Arcivescovile di Tradate; ci legava un accordo fantastico: io facevo matematica per lui e lui latino per me. Siamo rimasti in contatto per 65 anni.

INIZIO CON L'ULTIMO POST CHE RIASSUME LA PARTE FONDAMENTALE DEL LIBRO: UN BIGINO.

PREMESSA

Dopo due anni e mezzo dedicati quasi esclusivamente al COVID-19 ho deciso di fare questo ultimo post, un riassunto dei punti più significativi partendo dai primi due post datati 30/03 e 07/04 del 2020. In pochissime pagine ho cercato di evidenziare le problematiche e i miei dubbi rimasti sinora tutti irrisolti.

Il post aprirà la settima edizione del mio libro con il sottotitolo “BIGINO COVID”.

Il lavoro che ho fatto mi ha lasciato una grande delusione, mi sento un corpo estraneo in questa nuova società, non riesco a cogliere appieno il tanto citato progresso, indiscutibile dal punto di vista scientifico e tecnologico, ma che mi sembra avere un unico scopo: **il denaro**.

Nel 1991 ho scritto un libro “IL FINE E LA FINE”, l’ho ripubblicato integralmente trent’anni dopo e, visto che le mie speranze sono fallite, ho ipotizzato una nuova soluzione.

Quella di trent’anni fa era fantastica, nata da un sogno: una grande riunione di esperti stava cercando di riuscire a por fine al crollo delle nascite, che aveva raggiunto il 90% della popolazione. Una mega pandemia. Propongo di analizzare le zone dove il crollo è stato massimo e improvvisamente una voce dà la spiegazione: **“ovuli e spermatozoi sono diventati consapevoli di sé e si rifiutano di unirsi se chi li genera non sa amare e non solo di amore duale, ma anche sociale”**. Ho pensato alle conseguenze e mi sono reso presto conto che, dopo un secolo, sarebbe stata la salvezza dell’umanità perché **il denaro sparisce e si ha una drastica diminuzione della popolazione**. La nuova soluzione che ho proposto per raggiun-

gere lo stesso risultato purtroppo non può che essere **il record mondiale dell'utopia**.

A questo punto non mi resta che convogliare i miei interessi alla tecnologia. Prima di tutto completare il lettino miometrico che ha lo scopo di misurare l'elasticità muscolare per porre fine agli infortuni muscolari sempre più frequenti in Italia e di salvaguardare i giovani potendo analizzarli individualmente.

Il secondo impegno riguarda il calciatore Salvatore Molina. L'attuale filmato è troppo lungo, ne voglio fare uno molto più breve così che sia reso pubblico questo “**miracolo di Laura**” che dopo sette mesi di cure con le sole mani, aiutata da 4 o 5 suoi collaboratori, gli ha consentito di tornare a giocare e oggi **è al Monza (in serie A)**.

Il terzo impegno è il mio desiderio di coinvolgere Laura per spiegare come mai in Italia, soprattutto nel calcio, si ha un numero molto alto di infortuni muscolari per un eccessivo potenziamento, in particolare dei flessori.

Quest'ultimo post ha una propria numerazione con numeri romani.

BIGINO SUL COVID

EPIDEMIA O PANDEMIA IN ITALIA?

Questa ricerca riguarda l'Italia. Il regolamento (UE) 2017/46 (pag. 112) del Parlamento Europeo P112 introdotto da una legge europea, ha consentito al tampone molecolare di essere l'unico ad ottenere la validazione. Subito dopo la stessa legge stabilisce che il regolamento per ricerche analoghe sarebbe entrato in vigore dopo 5 anni. In pratica non diventava possibile approvare altre soluzioni con gli stessi scopi. **Chi ha fatto il regolamento?**

All'inizio del 2020 da più parti è stata fatta presente la necessità di modificare i criteri per la definizione di pandemia che ha portato il 2 aprile 2020 l'OMS a introdurre ufficialmente il nuovo criterio e dichiarare la **pandemia mondiale** in particolare per il Covid-19. In Italia c'erano soltanto tre focolai.

L'unico strumento ufficialmente utilizzato per definire se il paziente avesse il Covid (a un livello di pericolosità) era soltanto il tampone molecolare che, essendo dipendente dall'operatore della PCR, poteva dare soltanto l'informazione: contagiato o non contagiato **subito trasformato in ammalato o sano, per spaventare la gente.** Un grande aiuto sarebbe potuto arrivare al contagiato dal test sierologico da fare alla fine della quarantena di 15 giorni (pag. 8). Purtroppo fu indetta una gara internazionale che è finita assurdamente nel nulla e il test sierologico non è stato validato dal punto di vista medico; lo si può acquistare in farmacia ma a uso soltanto personale. **Sarebbe potuta essere la conferma della presenza del virus attivo.**

A questo punto è logico chiedere: quali dati sono stati inseriti per il calcolo di RT? Nell'aprile 2020 (pag. 42) c'era a disposizione, quale unità di misura, soltanto il tampone molecolare: **il cui risultato, positivo o no al contagio, non**

può dare alcuna certezza proprio perché dipende dalla variazione dei cicli di ampliamento della PCR determinati dall'operatore. Per tutto l'anno 2020 è stato dichiarato (Commissario Arcuri) che si aveva il 5% di ammalati e il 95% di asintomatici, senza chiarire come facevano a calcolare questi dati.

Un'altra domanda fondamentale: **come mai i dati del calcolo di RT sono stati secretati?** Non si capisce per quale tipo di privacy. Si potrebbe però rimediare ancora facilmente rendendo pubblici i calcoli che dall'inizio della pandemia che sono stati certamente archiviati: sarebbe così smascherata la truffa.

Il tampone molecolare ha poi causato un'altra serie di guai (pag. 8). È sufficiente utilizzare un nuovo strumento di misura: il test rapido antigenico di nuova generazione, attendibile al 99%, così si verificano risultati molto inferiori di positività, dieci volte tanto. La conferma era chiaramente visibile ogni giorno nel grafico televisivo (bianco + nero); poi è stata eseguita, non si sa perché, la somma dei due valori e per di più è stata fatta la media; **non si è assolutamente capito con quale scopo.**

Tutte le speranze sono state riposte nei vaccini. È importante capire che **il vaccino non può guarire nessuno**, il vaccino dovrebbe essere utilizzato per non prendere il virus ma questi "vaccini" non lo garantiscono. Si è arrivati a ripeterli sino a 4 volte, e ora si parla della quinta e anche della sesta inoculazione e **la durata dell'immunità che va sempre riducendosi senza garanzie di non essere più contagiati o di contagiare.** Stranissima è stata l'iniziale gestione dell'immunità perché i dati hanno subito variazioni imposte dalla realtà e il colmo è stato raggiunto quando dopo aver fatto il terzo vaccino è stato confermato **un intero anno di immunità.** Chiunque, contagiato dal virus, vaccinato o no, ha dovuto ricorrere alle cure per la guarigione che in Italia sono state boicottate con ogni mezzo. Per un ammalato grave le cure

venivano fatte in ospedale. **Molti di più sarebbero guariti se fossero state chiaramente autorizzate le cure domiciliari** rendendo facile ad esempio l'acquisto dei monoclonali (ancora oggi difficile) e di molti altri farmaci o rimedi idonei. Invece sono stati denunciati i medici che hanno avuto il coraggio di applicare le cure direttamente, ottenendo tantissime guarigioni. Il dubbio è che ci sia il già citato sistema assurdo per definire "la pandemia mondiale" (**impossibile da dichiarare senza gli imbrogli effettuati**).

Veniamo ai giorni nostri.

Con l'estate si hanno sempre segnali confortanti ma ora con interpretazioni molto pericolose. **Il primo indiziato è Omicron.** Non si è capito sinora se il vaccino attuale sia stato utile anche per l'Omicron nelle due varianti conosciute; in quanto ora, a quanto pare, ci sono altre tre varianti e che Pfizer abbia in preparazione un nuovo vaccino. Molti sono stati contagiati dall'Omicron e sono facilmente guariti, si sa che la letalità è molto bassa, imparagonabile a quella del Covid-19. **È inconcepibile parlare di pandemia per quanto riguarda Omicron, è una semplice epidemia facile da curare.**

Analogo discorso va fatto per il Vaiolo delle scimmie perché è stato subito dichiarato che sia una situazione molto simile a quella dell'Omicron; si guarisce facilmente e inoltre la diffusione è molto più difficile, per cui, crolla la possibilità di una ulteriore dichiarazione del trionfo pandemico.

Sintesi: occorre che la PCR non possa essere autorizzata come strumento di valutazione se non è stato legittimato il test sierologico con l'obbligo di effettuarlo, ai contagiati, alla fine della quarantena.

È fondamentale che vengano abolite le secretazioni quando non è coinvolta la persona e che non accada più che non ci siano forniti dati "per ragioni militari": **Ridicolo.**

IL FUTURO

Il prezzo che è stato pagato per la dichiarazione di pandemia è stato enorme da ogni punto di vista. Si è subito imposto il “tutti a casa” e ogni attività pubblica e privata è andata in crisi. Il valore di RT è diventato la nostra ossessione!

Gli errori però possono essere utili per non ripeterli e la soluzione può essere: proibire l'utilizzo del tampone molecolare per identificare chi ha realmente contratto il virus. Il test rapido antigenico di nuova generazione consente di avere risultati molto precisi, rapidissimi e a basso costo. In internet si può vedere l'elenco delle società (in inglese) che sono state certificate per questo tipo di test; un elenco lunghissimo che fa riferimento soltanto al coronavirus Sars-Cov-2. Non si trovano elenchi per Omicron ed è chiaro che è stato usato lo stesso test del covid-19. Con le cinque varianti Omicron può darsi che si avrà un elenco di produttori di questi nuovi test rapidi antigenici in attesa, come già annunciato da Pfizer, di nuovi vaccini (**e la sperimentazione?**).

N.B. con il tampone molecolare sarebbe possibile sapere se siamo di fronte a un contagiato Covid-19 oppure Omicron facendo il sequenziamento; sinora però non ci sono notizie di un suo uso sistematico.

Per il Vaiolo basterebbe imporre l'uso del preservativo e, in ogni caso, non si può in alcun modo dichiarare la pandemia chiamandola **emergenza sanitaria globale**.

Nel caso delle cinque varianti di Omicron è già in atto una campagna che si basa sul numero giornaliero dei morti in terapia intensiva e sarebbe sufficiente analizzare la causa reale della morte visionando le cartelle cliniche dove sono evidenziate le altre malattie e la loro gravità, i vaccini effettuati se il soggetto non è stato vaccinato.

Se la diffusione del contagio è in continuo aumento con un'alta letalità, solo allora dovrà essere dichiarata la pandemia coscienti delle relative conseguenze.

Vaccini nuovi in ogni caso potranno essere oggetto di ricerche e prove adeguate e potranno essere somministrati soltanto dopo una sperimentazione scientificamente approvata ma non dovranno essere imposti. Ma è proprio così semplice? Sì se si riuscirà a rimanere a livello di epidemia, mentre nel caso che sia deciso di dichiarare la pandemia, è chiaro che non si possono fare previsioni prima di conoscere il nuovo virus che certamente non sarà Omicron o Vaiolo.

In conclusione attualmente non siamo in pandemia.

Ritengo molto interessante in particolare per Mario Draghi leggere il mio secondo post, datato 07/04/20 (pag. 22) dal titolo: COSA AVREI FATTO NELL'EMERGENZA CORONAVIRUS. Se si fosse imposto il COMITATO da me descritto ora saremmo in una condizione diversa! Con le notizie odierne si potranno avere gli stessi risultati. Il Presidente dell'OMS Ghebreyesus ha riconosciuto che siamo vicini alla fine della pandemia covid. Considerato che siamo certamente in grado di curare con successo eventuali nuovi casi di covid-19 rimarrebbe soltanto Omicron che non ha bisogno di vaccini data la grande facilità di cura e la bassissima letalità.

Per maggiori informazioni vedere: www.amazon.it/COVID-19-MIA-LOGICA-Carlo-Apostolo alla sesta edizione in attesa della settimana che conterrà questo bigino. Il libro in formato kindle è scaricabile a 2 euro.

È sufficiente leggere le prime trentasei pagine per trovare tutti i chiarimenti.

Fine del bigino, inizia la sesta edizione dal sottotitolo “Epidemia o pandemia?”.

ULTIMA PREMESSA (sesta edizione)

Per una mia scelta che risale a quaranta anni fa, non ho mai messo le mani su una tastiera del PC, ora è troppo tardi per imparare, così devo chiedere aiuto per scrivere, per “navigare” e ho un telefono, tipo cimelio, che uso soltanto per comunicare. Le mie fonti di informazione sono soprattutto le informazioni in rete, i programmi televisivi, radiofonici, i giornali, ma soprattutto i telefoni e i computer della segreteria e di Laura, mia moglie, medico fisiatra.

Il problema che più mi assilla riguarda mio figlio Giovanni che, dopo essersi laureato in ingegneria matematica a ventidue anni aveva deciso, a metà del primo anno di specializzazione in matematica finanziaria, di cambiare strada e aveva scelto di iscriversi a medicina. Ora frequenta il quarto anno all'Università del San Raffaele di Milano. Non ho condiviso le sue scelte ed ora più che discussioni abbiamo scontri con Laura che è schierata secondo la logica “madre-figlio maschio”. Mi va bene così perché non ho mai apprezzato i consensi non sinceri.

I vaccini sono sempre stati l'argomento principale delle discussioni ed ho sempre trovata assurda la contrapposizione: vaccini sì / vaccini no.

Mia figlia a Londra ha fatto ai suoi figli gemelli un solo vaccino per volta, il primo a un anno di età. Perché in Italia si fanno 10 vaccini contemporaneamente? Quali certezze ci sono sulla copertura dei vaccini? Io ho avuto il morbillo da bambino e sono certo di esserne immune, ma i giovani vaccinati di oggi che cosa dovranno fare per arrivare indenni dal morbillo alla mia età?

Odio le contrapposizioni rigide quali vax - novax o medicina allopatrica – omeopatica.

Inoltre trovo sconcertante che si utilizzi la parola tampone senza specificare il tipo, per cui ho deciso che per chiarezza:

- 1 tampone indica tampone molecolare;

2 test rapido antigenico di nuova generazione;

3 test sierologico.

Pubblicare con Amazon mi ha consentito di prolungare per cinque volte il testo aggiungendo i nuovi post. Ora sono arrivato alla sesta edizione e ho studiato un escamotage per far sì che sia quella definitiva.

Ho deciso di iniziare dall'ultimo post 12/01/22 e proseguire con altri tre in ordine di data precedente (8/11/21, 13/10/21, 11/10/21).

Si possono così leggere subito le domande finali con la speranza di poter avere risposte. Ho poi segnalato, con il numero di pagina, i post che hanno generato le domande e infine ho ripreso i miei primi due post del 30/03/20 e del 07/04/20 che ritengo molto interessanti.

Ho concentrato la mia attenzione sui tamponi molecolari e, sconcertato da notizie dei media ufficiali che identificano contagiati con ammalati, ho cercato di approfondire le caratteristiche dei tamponi molecolari e antigenici con i loro pregi e difetti.

Il sottotitolo di questa sesta edizione è "EPIDEMIA O PANDEMIA?", la quarta era "LE DOMANDE" e la quinta "VACCINI O CURE?".

Con l'alternativa: VAX ÷ NO-VAX si è radicalizzato lo scontro con posizioni inconciliabili, mentre, con vaccini o cure ognuno sarebbe libero di scegliere liberamente la strada che ritiene più congeniale per sé in un confronto in cui sarebbero molto più chiari pregi e difetti delle rispettive soluzioni.

Nuovo sottotitolo EPIDEMIA O PANDEMIA?

A proposito di vaccini e cure, ritengo che sia necessario un chiarimento fondamentale: i vaccini vengono fatti come prevenzione per il possibile contagio COVID-19 e si è previsto che saranno necessari in ogni stagione invernale almeno tre

richiami. Mi chiedo quale sarà la scelta migliore fra fare il vaccino o curarsi per i prossimi autunni o inverni? È chiaro che chi sceglierà i vaccini, il cui compito è di PREVENIRE le malattie, dovrà rivaccinarsi augurandosi che il virus resti immutato. Nel caso in cui invece emergano nuove varianti e che si sarà costretti a preparare il più rapidamente possibile un nuovo vaccino, il problema si complica enormemente. Un problema analogo si è già avuto con i vaccini influenzali la cui copertura si è poi saputo funziona solo al 50%. La problematica si ripresenta con gli stessi problemi per ogni anno successivo. Le cure, che continuano a crescere, ammesso che non siano più boicottate, consentiranno di poter guarire dal virus. Ogni anno, vista la situazione, chi ha scelto le cure dovrà essere molto prudente come ad esempio faccio io: ho comprato test rapidi antigenici di nuova generazione e ai primi sintomi anche lievi, verifico con i test rapidi se sono contagiato, faccio le cure e torno sano rispetto al virus.

Quest'ultima premessa mi consente di chiarire prima di tutto un mio errore nell'aver rinunciato a chiedermi in base a quale criterio venivano analizzati i risultati dei contagiati ricavati dai tamponi molecolari con valori chiaramente assurdi: 5% di ammalati con problemi e 95% di asintomatici. Mi farebbe piacere sapere come facevano a dividerli e quali erano i valori che utilizzavano nella formula per il calcolo di RT.

LETTURA RAPIDA

L'escamotage consente a chi sia interessato a cogliere l'essenza dei miei pensieri di leggere da pag. 6 a pag. 36 ed è compresa la CONCLUSIONE con i due articoli che ho trovato in internet. Subito dopo i post citati a pag. 9 e 11, indispensabili per capire le domande, sono facilmente rintracciabili tramite l'indicazione del numero di pagina.

12/01/2022 TAMPONI MOLECOLARI E ANTIGENICI DI NUOVA GENERAZIONE

Confermo che sarebbe indispensabile sempre usare la parola tampone soltanto per quello molecolare e test rapido antigenico tenendo conto da quanto stabilito dall'Unione Europea il 17 febbraio 2021 per i test antigenici.

Non si capisce come mai è stata introdotta la categoria dei tamponi molecolari rapidi perché la rapidità riguarda i test antigenici rapidi e il tempo per la diagnosi è sempre pochi minuti; non ha invece senso per i tamponi molecolari, i cui tempi di diagnosi dipendono dalla distanza del laboratorio della PCR e tutti sanno quanto tempo può essere necessario: ore e anche più giorni.

Perché non si è reso obbligatorio dal Ministero della Salute il rispetto dell'elenco delle case produttrici e relativi prodotti (Common list of COVID-19 rapid antigen tests).

Premesso che il risultato è molto semplice: per vedere se uno è sano o ammalato il tampone molecolare usa la PCR che è estremamente precisa e che viene utilizzata in medicina per molti altri tipi di analisi. Per quanto riguarda il Covid-19 la sensibilità è un difetto perché è modificabile dall'operatore e la risposta positiva significa sempre e soltanto: contagiato! Dato inaccettabile. *Domanda 1: da quale fonte sono stati tratti, sin dalle origini, i valori utilizzati per il calcolo di RT? Non si sarebbero potuti indicare nella diagnosi anche i cicli di ampliamento massimi e quelli raggiunti? Perché non è stato mai fatto?*

I test rapidi antigenici di nuova generazione danno risultati che garantiscono un'affidabilità ben superiore. Due sistemi di misura diversi dovrebbero generare tassi di positività molto simili per avere un'unica risposta (sano o ammalato). Mentre per i molecolari i tassi sono sempre stati molto diversi da quelli antigenici ed è inspiegabile come mai, improvvisamente, è

stato deciso di sommare i due tassi e poi fare una media: assurdo!

Occorre, al più presto, non sommare più i tamponi molecolari con i test antigenici e pubblicare i valori dei due tassi di positività per i molecolari e per gli antigenici.

I due sistemi di misura sono uno diverso dall'altro e i test di nuova generazione danno una grande affidabilità (vedi approvazione UE) mentre quelli molecolari, siccome dipendono dall'operatore della PCR, possono essere facilmente alterati e, visti i numeri, lo sono sempre.

La sintesi è presto fatta: i tamponi molecolari non sono affidabili. Per sapere se uno ha il virus con relativa carica virale si può facilmente verificare con un test sierologico (presenza degli anticorpi IgM).

Domanda 2: perché i test sierologici non sono stati regolamentati? Come mai non ha prodotto nulla la famosa gara che ha visto Abbott vincitrice? Perché il kit oggi si può acquistare soltanto in farmacia, ma non può essere utilizzato a scopo diagnostico, soprattutto per aiutare a risolvere casi complessi?

Mettere in discussione il tampone molecolare vuol dire farlo per l'intero sistema.

Chiarimento:

PCR: strumento di misura per il calcolo di RT

RT: indice di positività

CT: numero di cicli di ampliamento

08/11/2021 TAMPONI MOLECOLARI

Nel primo post del 30/03/20 avevo individuato l'importanza dei test sierologici, la gara si era conclusa con la vittoria della Abbott ai primi di marzo ma poi il percorso è stato lungo e si è concluso con il fallimento totale. I test sierologici non sono stati regolamentati e soltanto da luglio 2020 è stato reso possibile l'acquisto in farmacia ad uso privato.

Con riferimento al post: **13/10/21 Le incongruenze della diagnostica del covid-19** (pag. 12)

3° domanda: come mai con nove aziende italiane pronte a produrre i test sierologici si è deciso di fare una gara internazionale, organizzata così male da impedire l'utilizzo medico dei test?

4° domanda: perché il test sierologico è stato considerato un antagonista del tampone molecolare, mentre sarebbe stato fondamentale un utilizzo complementare?

5° domanda: come mai si usa soltanto il tampone molecolare per trovare i contagiati con costi da 80 a 200 euro ciascuno quando si può individuarli facendo preventivamente i test sierologici, con risposte rapide e con costi enormemente inferiori?

6° domanda: come mai non si sono fatti i test sierologici ai contagiati con il tampone molecolare alla fine delle due settimane di quarantena? Non sarebbe stato un grande aiuto evidenziare in caso di negatività del test sierologico che la persona non era ammalata oppure che aveva preso il virus ed era guarita perché aveva soltanto le IgG?

7° domanda: come mai non si sono analizzate le dichiarazioni che il Sole 24 ore pubblica sistematicamente ogni giorno utilizzando i dati pubblicati dal ISS in cui le relazioni fra i rapporti contagi/tamponi molecolari e quelli contagi/test antigenici è inaccettabile? Infatti, i due rapporti dovrebbero essere molto simili, le differenze, invece, sono enormi!

Le prime riflessioni sul tampone molecolare, il “gold standard”, sono nate a novembre e la mia attenzione è stata rivolta al ciclo soglia CT come verificabile in:

16/11/20 ASINTOMATICI VERI E FALSI (pag. 37)

19/11/20 TAMPONI E TEST SIEROLOGICI (pag. 39)

24/11/20 CONTAGIATO = AMMALATO? (pag. 41)

Ai tamponi molecolari ho poi rivolto le mie attenzioni da quando è stato ufficialmente dichiarato che l'eccesso di sensibilità, che si genera aumentando i cicli della PCR, crea notevoli falsi positivi al contagio.

Il calcolo di RT è alla base di ogni decisione e all'inizio dell'avventura pandemica si sono utilizzati gli unici dati disponibili, quelli dei tamponi molecolari, rilevati con la PCR, ma non è mai stata resa pubblica la formula di calcolo adottata e tantomeno la definizione degli asintomatici, in particolare quando i cicli di ampliamento erano superiori a 25.

Nel post del 27/12/20 (E' CORRETTO IL CALCOLO DI RT? – pag. 42) ho esposto le mie perplessità sul metodo adottato e in quello del 04/02/21 (SINTESI FINALI – pag. 45) tutti i miei dubbi, compresa la descrizione degli alberghi covid.

Nel post del 05/03/21 (LA PROVA DEL 9 – pag. 51) sono stati ufficialmente approvati a livello europeo i test rapidi di nuova generazione che hanno percentuali di affidabilità ben superiori al 90%.

Domanda 8: come mai i tassi di positività dei test antigenici risultano essere 7-8 volte inferiori a quelli dei tamponi molecolari?

Domanda 9: perché si sono sommati i due dati (molecolari e antigenici) così da ricavare un valore medio senza significato?

Esiste una spiegazione di questa inaccettabile scelta?

Nel post del 09/03/21 (MOLECOLARI O ANTIGENICI? – pag. 53) ho proposto di fare il calcolo di RT utilizzando soltanto i dati dei test rapidi di nuova generazione.

Domanda 10: perché non si è mai pensato di utilizzare il test antigenico contemporaneamente al tampone molecolare sulla stessa persona?

Domanda 11: non sarebbe eticamente opportuno che siano resi pubblici i dati per il calcolo di RT che sono stati utilizzati all'inizio della pandemia quando erano disponibili soltanto quelli dei tamponi molecolari senza indicazioni dei cicli di ampliamento?

Domanda 12: sono stati usati e si usano ancora metodi che, partendo dal numero di contagiati con il tampone molecolare, forniscono valori da inserire nella formula di RT?

Domanda 13: quando sono stati scelti e autorizzati i laboratori per l'analisi dei tamponi molecolari sono stati fatti conteggi dei costi di ogni tampone, tenendo presente che la PCR già esiste nel laboratorio?

Domanda 14: perché attualmente vengono utilizzati soltanto i valori comunicati dall'ISS senza indicazione dei cicli ampliamento?

Ricordo che a proposito dei tamponi molecolari ho già citato un articolo del Dr. Stefano Scoglio (in data 19/03/21) visibile oltre che sul libro in internet:

<https://salutogenesi.org/media/attachments/2020/10/24/i-tamponi-covid-19-producono-fino-al-95-di-falsi-positivi---certificato-dallistituto-superiore-di-sanita-di-stefano-scoglio.pdf>

Nessuno mi ha mai chiesto spiegazioni o chiarimenti; non è una bufala è una legge europea che mi preoccupa non poco anche perché, se non ho capito male, il regolamento potrà essere rimandato di altri cinque anni, se verrà fatta la richiesta tre mesi prima della scadenza del 26/05/22.

Domanda 15: siamo in grado di conoscere chi, cinque anni fa, quando nessuno sapeva alcunché del covid-19, ha ritenuto opportuno fare questo nuovo regolamento sulle ricerche in

vitro (tampone molecolare) che entrerà in vigore soltanto il 26/05/22?

Domanda 16: perché nessuno ne parla? È facile verificare che la legge esiste!

Domanda 17: sarà chiarita la possibilità del rinnovo del regolamento prima del 26/02/22?

La mia memoria crolla giorno dopo giorno e nel rileggermi, mi sono reso conto che, soprattutto all'inizio le mie intuizioni sono risultate abbastanza centrate in modo particolare i primi due post. È aver intuito che il “tutti a casa” era un errore e che i test sierologici fatti a tappeto erano la soluzione ideale per scoprire chi era positivo al Covid e usare i tamponi molecolari per chi ne aveva veramente bisogno. Ho così progettato l'albergo covid (post 04/02/21 punto 12 da A a H – pag. 9) una soluzione che spero soltanto non sia necessaria perché ho sempre sostenuto che se i vaccini ci consentiranno di poter tornare a vivere normalmente sarei la persona più felice al mondo. La mia decisione di non vaccinarmi è chiaramente esposta nell'ultimo post del libro: 21/04/21 I VACCINI SECONDO LA MIA LOGICA (pag. 60), preceduta dal post I VACCINI del 24/12/20 (pag. 57).

Confermo il mio diritto di libertà di scelta fra due metodi di cura, sancito dalla Costituzione. Ho scelto le cure e mi ha profondamente colpito l'ostracismo che hanno subito, dal mancato riconoscimento dei medici bergamaschi che hanno osato fare le autopsie contro i suggerimenti del Ministero della Salute, l'uso dell'eparina che molto ha aiutato, il plasma con il suicidio del professor De Donno (17/05/20 – SCONCERTANTE – pag. 56). Il rifiuto dell'Aifa del regalo di 10.000 monoclonali dal costo di 1.500 euro cadauno (con causa in essere). Infine, l'innumerabile numero di farmaci che hanno notevoli difficoltà ad essere convalidati da EMA e Aifa.

In merito al green pass rimando ai post: 11/10/21 IL GREEN PASS È SEMPRE SUFFICIENTE? (pag. 16)

13/10/2021 LE INCONGRUENZE DELLA DIAGNOSTICA DEL COVID-19

Da ingegnere appassionato di tecnologia applicata anche in campo sanitario, ho avuto spesso occasione di commentare in rete le scelte fatte a livello governativo nella gestione della pandemia e nella fattispecie per il problema della diagnostica. Questa situazione fa sorgere delle domande e soprattutto delle perplessità che qui cerco di illustrare in estrema sintesi. Ho posto fra parentesi le date dei miei post per chi desidera verificarli nel libro.

Una volta esplosa la pandemia, avevo visto un articolo di Ilaria Ulivelli, pubblicato da “La Nazione” (30/03/20), in cui si annunciava un’importante sperimentazione: i test sierologici che, attraverso un semplice prelievo di una goccia di sangue, ci segnalavano se una persona era già entrata in contatto con il virus e aveva la malattia in fase attiva oppure se aveva superato l’infezione. Il mio entusiasmo era alle stelle, aumentato dal post 07/04/20 che in Italia c’erano nove gruppi o società che stavano studiando il kit. Ho poi scoperto (10/04/20) la società Diasorin di Pavia e ho capito meglio i limiti del test fatto con il prelievo “pungidito”: esso è valido soltanto se negativo, mentre quello del prelievo di sangue venoso è anche quantitativo per una analisi più approfondita e con le relative informazioni sulle IgG e IgM, complete degli utilissimi valori. Ho saputo (11/04/20) che era stato deciso di indire una gara per avere una sola società autorizzata, così da avere uniformità nelle risposte sul territorio nazionale. Si è ignorato che fossero già disponibili per le regioni Veneto e Toscana (18/04/20) più di un milione di kit. La scadenza della gara era stata fissata il 3 maggio ed è stata poi vinta dalla Abbott americana (28/04/20).

Secondo il mio parere, sarebbe stato meglio selezionare le aziende italiane e subito dopo far partire a tappeto la sperimentazione sul campo; il libero mercato avrebbe evidenziato le

migliori aziende, che sarebbero state in grado di garantire anche le notevoli quantità di kit necessarie e ai prezzi più convenienti e non si sarebbe perso un intero mese.

Nel frattempo l'opinione pubblica era disorientata, tanto che il 26/03/20 ho sentito proclamare a "Di martedì" che il test sierologico con prelievo di sangue sarebbe stato inutile. L'unica notizia che ho reperito sull'utilizzo dei test derivati dalla gara (07/09/20) riguarda 300.000 test, di cui ne sono stati effettuati in totale 64.600, senza alcuna comunicazione sui risultati. Tanti soldi, tempo perso, nessun dato utile e il consenso per la vendita del test sierologico in farmacia è arrivato soltanto a settembre. *Domanda 18: a che scopo allora è stata indetta una gara internazionale?*

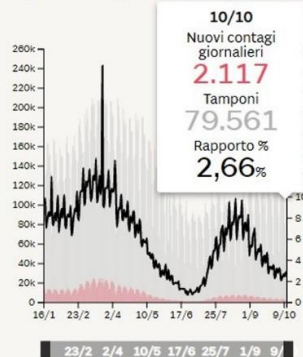
Torniamo all'aprile 2020. Erano già disponibili i test sierologici e c'erano grossi problemi per avere un'adeguata quantità di tamponi molecolari. A mio avviso, l'esecuzione a tappeto dei test "pungidito" avrebbe dato un aiuto considerevole, come screening, in quanto sarebbero serviti a distinguere negativi da positivi con risparmio di tempo e denaro. Ai positivi si sarebbe poi fatto il prelievo del sangue per una conferma diagnostica e poi per le cure adeguate.

Un altro aspetto critico riguarda l'uso che si è fatto e si fa dei tamponi molecolari. Sappiamo con certezza che i test di prima, seconda e terza generazione possono generare falsi positivi mentre quelli di nuova generazione sono classificati in base alla sensibilità e specificità e sono attendibili ben oltre il 90%. I tamponi molecolari vengono analizzati con la PCR che dipende da un operatore che può variare i cicli di ampliamento massimi consentiti che in Italia arriva a 45. Un altro enorme problema nasce dalla confusione tra positivo al tampone e ammalato. I tamponi molecolari dicono che la persona è contagiata, ma non possono dire che sia ammalata e neppure che sia infettiva. Questo problema avrebbe potuto essere affrontato, se non proprio risolto. Sierologici a parte.

L'incompatibilità delle due modalità di analisi è visibile nella figura, elaborata con i dati del ISS del giorno 10/10/21. Il diagramma dei molecolari sale e scende con picchi notevoli mentre quello dell'antigenico è sempre più tendente al piatto. Analoga situazione si ha per i valori. Il rapporto % dei molecolari del giorno 10/10 è 2,66 mentre quello degli antigenici è 0,08. La relazione fra i due rapporti è 32,25 nella popolazione italiana quel giorno. Tale enorme disparità rende impossibile aggregare i dati dei positivi, come invece viene normalmente fatto a livello dei massmedia. Se sono validi i dati del test antigenico (e lo sono certamente per la diagnosi di infezione e di malattia), perché si accetta anche il dato del molecolare che sovrastima di trenta volte il numero degli infetti? E se invece sono validi i dati del molecolare, è preoccupante ricordare che dall'inizio il calcolo di RT è sempre stato eseguito soltanto con questi dati, in pratica inventati e secretati ad hoc per giustificare la pandemia.

Tasso di positività molecolari

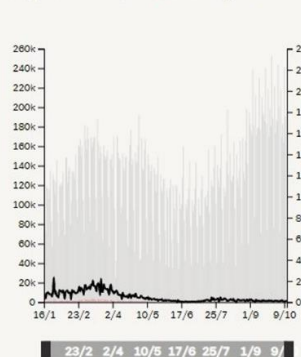
■ Rapporto % ■ Tamponi ■ Nuovi casi giornalieri



Scarica i dati in formato Csv

Tasso di positività antigenici

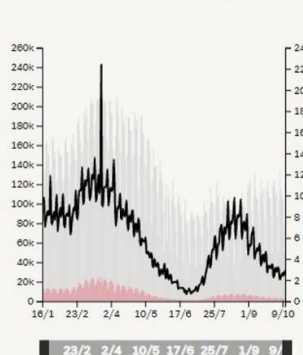
■ Rapporto % ■ Tamponi ■ Nuovi casi giornalieri



Scarica i dati in formato Csv

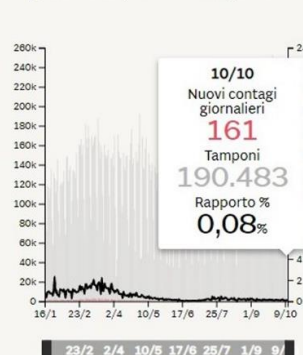
Tasso di positività molecolari

■ Rapporto % ■ Tamponi ■ Nuovi casi giornalieri



Tasso di positività antigenici

■ Rapporto % ■ Tamponi ■ Nuovi casi giornalieri



11/10/2021 IL GREEN PASS È SEMPRE SUFFICIENTE?

Il green pass: è evidente che sia uno strumento nato per aumentare il numero di chi si vaccina ma è inspiegabile che venga imposto con il solo scopo di convincere chi ancora non ha fatto il vaccino.

Il green pass viene rilasciato a vaccinazione ultimata e resta valido per dodici mesi.

Sappiamo che più dell'80% degli italiani ha ricevuto la doppia dose del vaccino; possono però essere contagiati e contagiare pur se con cariche virali basse anche se si può avere comunque una minoranza con cariche virali anche elevate.

Ci chiediamo come mai in numerose istituzioni viene richiesto un test rapido anche a chi ha il green pass? Non è una manifestazione di sfiducia verso il pass? Oppure, se si ritiene che sia indispensabile sapere che la persona in quel momento non è contagiata?

Chi ora può trasmettere il covid-19? I maggiori indiziati sono i vaccinati contagiati con carica virale bassa o alta con la possibile aggravante degli asintomatici. Chi corre rischi? Il doppio vaccino dà diritto a un green pass che resta inalterato per dodici mesi senza ulteriori controlli e non è previsto il test sierologico che quantifichi l'immunità e quindi dia la sicurezza per il green pass. Che cosa succede quando l'immunità termina? Come si può individuare il contagiato? Il test rapido antigenico è la soluzione più facile e occorre sapere a chi va fatto in particolare quando la carica virale è bassa.

Ma chi sono questi terribili no vax? La maggior parte è composta da coloro che hanno enormi dubbi sulla vaccinazione e che si sono documentati e hanno scelto di privilegiare le cure sempre più disponibili ed efficaci nonostante gli ostracismi. Chi è ancora sano fa di tutto per continuare ad esserlo. Sa come curarsi, impara a fare i test rapidi antigenici e i sierologici, osserva le regole vigenti e una madre non porterà mai un figlio

a scuola se uno dei due ha disturbi anche lievi. Sono dichiarati irresponsabili mentre la realtà ci dice che il pericolo di contagio, impossibile da evitare, può venire anche da chi, sicuro di se stesso, è già stato vaccinato oppure, da un no vax, che, stranamente, non si è reso conto di essere diventato improvvisamente ammalato senza sintomi nonostante i test antigenici ogni due giorni.

I no vax sani che fanno test rapidi settimanali per poter circolare, lavorare o andare semplicemente a cena e al bar sono gli unici a dare vere garanzie e senza limiti temporali. I no vax, sani o guariti con i farmaci, possono oltre al test rapido fare i test sierologici che evidenziano la presenza degli anticorpi e il loro valore e danno sicurezza a sé stessi e ai non vaccinati.

Propongo di dare ai cittadini italiani la facoltà di fare i test rapidi antigenici a domicilio quando si è in presenza di sintomi anche molto lievi, febbri, ecc. Si impara facilmente in particolare con i test salivari e il costo è molto modesto. Potremmo vivere tutti molto meglio come negli altri paesi europei, non si riesce però a spiegare come mai l'Italia sia stata scelta per la sperimentazione con i dieci vaccini e ora per il green pass.

Personalmente ho più paura dei positivi con bassa carica virale perché possono non rendersi conto di essere stati contagiati e quindi contagiare in particolare i sani e avere conseguenze negative anche con basse cariche virali.

Domanda 16: come vengono seguiti per l'intero anno i green pass per verificare se vengono contagiati e quindi possono contagiare, soprattutto inconsapevolmente? Che cosa deve fare chi si rende conto di essere stato contagiato, magari dopo averlo verificato con l'antigenico? Chi è convinto di essere immune non è un pericolo reale? Non sarebbe meglio, visti i dati, limitare a sei mesi il green pass dei vaccinati o meglio fare anche qualche test intermedio? Non può qualcuno di loro diventare inconsapevolmente portatore del virus?

Nel post del 24/12/20 VACCINI (pag. 57) avevo espresso le mie perplessità in 12 punti da A a I rimandando a RISPOSTE FUTURE (da J a L) perché non ero riuscito a immaginare possibili soluzioni.

Nel successivo post del 21/04/21 VACCINI SECONDO LA MIA LOGICA (pag. 60) ho cercato di dare delle risposte alle domande che avevo effettuato ma non sono riuscito ad arrivare ad alcuna certezza.

Alla voce NOVITA' mi sono occupato del problema delle varianti, che purtroppo non è ancora possibile dichiarare risolto e nella CONCLUSIONE, LE MIE SCELTE, LA SCELTA FINALE e IL PROBLEMA IRRISOLTO ho cercato di arrivare a una soluzione logica secondo le mie modalità.

È un discorso lungo che si può condensare nelle DOMANDE FINALI SUI VACCINI:

Domanda 1 V. Perché si è creata questa “guerra” fra VAX e NO VAX che può generare soltanto posizioni rigidissime dall’uno e dall’altro lato senza speranza di soluzioni. Non vi sembra che sarebbe molto più realistico e corretto confrontare due approcci diversi: i vaccini e le cure? La nostra Costituzione ci consente di scegliere le vaccinazioni oppure i metodi di cura che siano i più idonei per ognuno di noi.

Domanda 2 V. Sapete che la Costituzione Italiana legittima il cittadino a scegliere fra due diversi metodi di cura?

Domanda 3 V. Pensate che sia stato corretto da parte degli enti competenti l'ostracismo verso i metodi di cura scoperti dai medici bergamaschi, l'eparina, il plasma e i monoclonali boicottati per un anno e ancora non facilmente disponibili, oltre a una lunga serie di nuovi farmaci anche se già adottati da altri paesi e di cui si parla con grandi speranze? E, infine, una domanda che è una constatazione: come mai la scelta assolutamente personale di vaccinarsi o meno, è diventata una questione di natura politica?

RITORNO AL PRIMO POST

Ritengo particolarmente interessanti i primi due post del 30/03/20 e del 07/04/20.

Subito dopo pag. 37 si possono leggere in ordine di data i post in particolare quelli citati nelle prime 18 pagine.

30/03/2020 IL MIO PENSIERO SULLA SOLUZIONE AL PROBLEMA COVID 19

In questi giorni, ho ascoltato l'intervista a Samuele Ceruti, medico ospedaliero presso il reparto di terapia intensiva di una clinica di Lugano, specialista in Medicina Intensiva, in Medicina Interna, in Medicina d'urgenza ed Ecografia d'urgenza. Il primo concetto, da lui espresso, che mi ha colpito, è la distinzione tra infettati, cioè portatori del virus, e malati con i sintomi tipici di questa infezione.

Mi è quindi sorto il dubbio che la scelta di impedire i contatti in maniera progressivamente restrittiva e costringitiva, non sia stata adeguata. Infatti un dato molto rilevante è l'età media dei morti per il coronavirus: circa 80 anni.

Allora mi sono chiesto quanti tra gli over 80 ricoverati in ospedale sono guariti, intendendo per guarigione un ritorno a una vita di relazione "decente" e non una sopravvivenza vegetativa. Non ho trovato alcuna statistica in merito. Sono convinto che in questo modo avremmo avuto una diminuzione dei ricoveri di pazienti di questa fascia di età e non avremmo sovraccaricato gli ospedali che avevano già un limitato numero di letti in terapia intensiva. Tutti gli altri avrebbero potuto continuare a vivere quasi normalmente con precauzioni e limitazioni accettabili, senza avere un danno economico ancora incalcolabile. Si poteva evitare una limitazione gravissima della libertà individuale di cui si stanno ignorando gli effetti psicologici e sulla salute fisica.

So da mia moglie, Laura Bertelè, medico fisiatra, che ci sono degli esami di laboratorio che permettono di sapere se una persona è entrata in contatto con un virus e ha sviluppato gli anticorpi relativi che rivelano se ha superato la malattia (Ig G) o se l'infezione è ancora in atto (Ig M). Questi esami ci permetterebbero di sapere chi è sano, chi è portatore sano, chi è ammalato e chi ha superato l'infezione.

Ho inviato questo testo a Paolo Bellavite, cugino di Laurea, Professore di Patologia Generale in pensione, Scienziato, Ricercatore in Immunologia, stimato a livello internazionale.

Ieri sera ci ha spedito un articolo pubblicato da “La Nazione” dal titolo “Positivo o no? Basta una goccia di sangue” di Ilaria Ulivelli, del 24/03/2020, che scrive:

“Dal 24 – in Toscana – è iniziata una importantissima sperimentazione: è un esame che usa un kit veloce che, prelevando una sola goccia di sangue dal dito, con una lancetta, in pochi minuti è in grado di rilevare la presenza di due tipi di anticorpi: le immunoglobuline M, che sono le prime a comparire e indicano un’infezione in corso, o recente, e le immunoglobuline G, che compaiono più tardivamente e permangono a lungo, indicando che il sistema immunitario ha sviluppato le difese contro il virus”.

Questa notte ho vissuto momenti di grande gioia perché, secondo me, c’è ora la reale possibilità per uscire da questa drammatica situazione. In pochi minuti si può capire se una persona è sana e non è ancora entrata in contatto con il virus, malata in fase attiva o se ha già superato l’infezione. Questo test lo possono fare tutti, soprattutto nelle zone rosse.

In questo modo si può avere una diagnosi precoce dell’infezione così da poter iniziare al più presto la terapia specifica. Si può tornare a vivere una vita normale.

Ritengo che chi ha messo a punto questo test, se ne viene confermata la validità, sia un genio.

07/04/2020 COSA AVREI FATTO NELL'EMERGENZA CORONAVIRUS

Sono un appassionato di logica che ha deciso di analizzare il problema coronavirus e sottolineo che è estremamente complesso e che sono state fatte le scelte più razionali, basate soprattutto sull'esperienza cinese, per cercare di bloccare l'epidemia. In Italia le prime testimonianze trasmesse dalla televisione sono state quelle dei virologi, gli esperti di virus. Scienziati che hanno dedicato alla ricerca la loro attività e che, chiamati a proporre una soluzione, hanno dato quella più scontata: per fare in modo di proibire il contagio hanno imposto l'adozione delle mascherine, la lontananza fisica fra individui di almeno un metro e mezzo e, quella più importante "tutti a casa".

Ho subito avuto dei dubbi, il principale: i virologi sono medici che hanno esercitato la loro attività in laboratori, alcuni di loro hanno ottenuto risultati eccezionali. A questo proposito, se ricordo bene, esiste una graduatoria che qualifica il valore dello scienziato in base alle citazioni su riviste internazionali e alle sue scoperte. Per un appassionato di complessità, come sono io, imporre la scelta "tutti a casa", è parsa una soluzione lineare, troppa semplicistica.

I più importanti ricercatori, specialisti in virologia, in infettivologia, in patologia generale, in farmacologia, in epidemiologia, solitamente non hanno mai fatto i clinici, come invece gli specialisti in anestesia, rianimazione cardiologica, pneumologia, medicina d'urgenza, eccetera, medici cioè che vivono sul campo, che hanno il compito di curare gli ammalati, curare per guarirli. Sono convinto che i migliori ricercatori siano veri scienziati ma che non possano esserlo i clinici, il cui valore si esprime in modo diverso, i più bravi sono definiti artisti, e condivido. In prima linea sono loro, rischiano anche la vita oltre a vivere spesso, come mi ha detto un'amica, le

angosce di veder morire, in particolare i vecchi, in modo disumano senza poter salutare i loro cari.

Ecco alcuni punti per me fondamentali:

- 1) I medici dovrebbero curare per guarire i pazienti, e non limitarsi alla sola cura come ho sentito affermare da illustri loro esponenti.
La scienza richiede certezze ma in medicina si basa soltanto sulle statistiche; ogni farmaco porta con sé il bugiardino: è scientifico? Ci hanno detto di non leggerli altrimenti nessuno li assumerebbe.
- 2) Le guide e i protocolli, resi obbligatori, sono quanto di più antiscientifico esista perché non sono resi pubblici dati che possono essere soltanto statistici e allora ha fine ogni concetto sano di scienza. L'aver reso obbligatori guide e protocolli ha fatto perdere sempre più il lato umano alla nuova medicina che cura.
- 3) La laurea in medicina è stata resa molto difficile con esami di ammissione complicati che si ripresentano, con le stesse difficoltà, dopo la laurea (sei anni) per la specializzazione. Poi c'è l'esame di stato sempre difficilissimo. Questo processo ha ridotto di molto i laureati in medicina e il coronavirus ha evidenziato l'errore commesso e ha costretto a effettuare un cambio di metodo. Spero che venga ufficializzato con una legge la retromarcia totale annunciata da un Ministro.
- 4) La mia logica mi suggerisce che dopo la comparsa in Cina del virus COVID19 si sarebbe dovuto creare un'equipe di esperti in medicina sia ricercatori che, ripeto, hanno un buon punteggio nella classifica internazionale, sia clinici, a cui aggiungo tre psicologi di scuole diverse in grado di valutare quali sarebbero potute essere le conseguenze di ogni tipo di scelta,

esperti in statistica e in logica e infine tre economisti di tendenze diverse. La scelta più importante è il presidente, è necessario un uomo che abbia già dato ampie dimostrazioni di capacità, serietà, autorevolezza, ma soprattutto esente da ogni influenza politica e commerciale. È l'unico nome che farò: Mario Draghi!

- 5) Questo Comitato Emergenza Coronavirus dovrebbe essere incaricato di studiare la migliore strategia idonea a sconfiggere il virus e ho già una certezza: “tutti a casa” non sarebbe passato. Personalmente avevo già proposto di proteggere i più vecchi chiedendo loro di non uscire di casa; i familiari avrebbero poi adottato le necessarie protezioni per assisterli e richiesto un servizio medico a domicilio o il ricovero ospedaliero. In ospedale sarebbero così stati ricoverati i pazienti più gravi con la polmonite. Ho la sensazione che non abbia funzionato bene il controllo statistico. Ho chiesto a una mia amica, che ha sempre lavorato in ospedale, qual è la procedura in caso di morte di un paziente. Mi ha spiegato che deve sempre essere completato un modulo da inviare all'ISTAT con i dati anagrafici del paziente, tempo di ingresso in ospedale e tutte le cause presunte della morte. A questo punto la procedura più semplice sarebbe quella di inviare all'ISTAT anche ogni successivo passaggio dopo l'arrivo in ospedale: le diagnosi dopo i tamponi, il ricovero in terapia intensiva, sub intensiva o normale e infine l'invio ai domiciliari o in altre strutture idonee, con il rispetto delle quarantene e infine l'informazione più importante: la guarigione o il decesso.

Per l'ISTAT si tratterebbe di fare il proprio lavoro istituzionale e adeguare i programmi già esistenti, così avremmo dati in tempo reale per ospedale, paese, città, provincia, regione e infine per l'Italia intera.

- 6) A questo punto penso che da vecchio quale sono (84 anni) mi piacerebbe sapere dall'ISTAT quanti over 80 risulterebbero guariti dopo il ricovero in terapia intensiva, fermo restando che non si dovrebbe considerare guarito chi viene tenuto in vita artificialmente. Ho già scritto che voglio morire a casa mia, assistito dai miei cari. Non ho nessuna paura di morire, mi angoscia invece di essere di peso a loro, magari rimbecillito. Ho indicato come intendo essere isolato se colpito dal coronavirus, per tenerli più lontani possibile dai pericoli del contagio, usando quindi tutte le dovute precauzioni.
- 7) Il Comitato dovrebbe farsi carico di organizzare la ricerca selezionando con le adeguate competenze tutte le iniziative in corso, quelle che promettono buoni risultati, senza pregiudizi e vincoli, più o meno espliciti, imposti per interesse o per politica.
- Il Comitato dovrebbe far collaborare chi sta seguendo strade simili. A questo proposito ho un mio amico, medico, che cura con flebo di vitamine, in particolare A, C e D. I suoi amici ospedalieri gli han risposto che, per potere applicare la cura in ospedale, si dovrebbero modificare i protocolli e per questo sono necessari almeno tre mesi. La mia logica si ribella. Dai servizi televisivi ho appreso che si stanno utilizzando farmaci già esistenti che erano stati sperimentati per altre malattie quali la malaria, l'artrite reumatoide, l'AIDS e gli antinfluenzali. Va benissimo, purché siano efficaci.
- 8) In questi ultimi giorni si parla sempre più dei kit idonei a testare le immunoglobine. So che li hanno utilizzati in diverse regioni ma non si riesce ad avere informazioni su quali siano i risultati.
- L'ultima notizia è poi sconcertante: ci sono, se ho capito bene, nove gruppi o società in Italia che stanno studiando questi kit. Mi chiedo: ma che senso ha? Il Comitato,

da me auspicato avrebbe autorizzato non più di due ricerche e sarebbe intervenuto per organizzare direttamente le sperimentazioni su larga scala, magari attraverso associazioni d'impresa, così da avere risultati certi e veritieri e li avrebbe validati nel più breve tempo possibile. Gli intoppi burocratici, in questo momento, sono assolutamente inaccettabili: è indispensabile cambiare le vecchie abitudini! In questi ultimi giorni ho saputo che il test sulle immunoglobuline del kit darebbe un risultato attendibile per quanto riguarda la negatività: l'individuo non è ancora entrato in contatto con il virus; mentre avrebbe troppi falsi positivi sulla presenza del virus. Fondamentale è la ricerca che sta procedendo in molti laboratori e industrie specializzate sugli esami sierologici per poter dosare le immunoglobuline G e M, con cui si possono identificare i soggetti già immuni, cioè che hanno superato l'infezione, e i soggetti che sono in fase attiva della malattia e quindi contagiosi. Anche per questo quanto utile sarebbe il Comitato!

- 9) Mi sembra intollerabile l'affermazione categorica "noi accettiamo soltanto ciò che è scientifico", ignorando che un vero scienziato non giudica negativamente o positivamente ricerche che non conosce in modo approfondito, senza aver avuto esperienze in merito. Chi emette questi dictat dovrebbe con umiltà verificare se chi si sta impegnando nella ricerca per raggiungere risultati positivi e informarsi soprattutto sui dati della sperimentazione. Anche la valutazione di nuovi farmaci e la loro efficacia non può essere messa in dubbio sistematicamente quando il farmaco è in uso in altri Paesi che lo hanno già studiato e utilizzato. Dubito che entrino in gioco interessi commerciali ignobili in questo terribile frangente.

- 10) L'essere umano non è riconducibile a un campione uniforme, siamo uno diverso dall'altro e la diversità si manifesta nei modi più complessi che la medicina ufficiale ignora quando cura. L'esempio più semplice e significativo è il placebo. I farmaci sono validati con il doppio cieco: si danno a 50 ammalati il farmaco e ad altri 50 il placebo. Chiedo: mi spiegate come ci possano essere gli stessi benefici del farmaco senza averlo assunto anche con percentuali rilevanti, in doppia cifra. Vorrei una spiegazione scientifica di come possa avvenire fisicamente, ne esiste una sola: è un effetto dell'unione mente-corpo che la medicina ufficiale ha sempre negato, che invece provoca gravi danni ogni giorno a causa della scelta "tutti a casa".
- L'effetto nocebo è l'opposto del placebo: il vivere segregati con restrizioni sempre più importanti delle nostre libertà personali, l'ossessione di messaggi drammatici e colpevolizzanti ha trasformato in numerose persone la paura in terrore. Ha esasperato situazioni familiari già difficili fino a farle diventare insopportabili. Purtroppo per ora non si intravedono altre logiche soluzioni.
- Concludo ricordando che i più grandi scienziati hanno detto: "noi non sappiamo nulla perché ogni scoperta apre nuovi misteri". Invece oggi in medicina ci sono ricercatori che si ritengono scienziati e che non hanno il coraggio di accettare contraddittori perché proclamano di detenere la Verità, quindi è inutile metterla in discussione. La paura fa 90 (28/04/20).

16/02/2022 CONCLUSIONE

Le mie domande sono rimaste senza risposta ed è così nata l'esigenza di raccontare come ogni notte si ripresentino gli stessi pensieri che mi illudono di aver chiarito questo terribile momento. Il primo passo è il più semplice, scrivere il più sinteticamente possibile le mie poche certezze, infatti non ho alcun dubbio che:

- 1- La medicina non può essere definita scientifica quando deve curare un essere umano nella sua singolarità. È un'eresia! I medici più bravi, di vecchio stampo, hanno sempre preferito dire che la medicina che cura è un'arte.
- 2- La PCR non può essere usata per la valutazione delle persone perché dipendente dall'operatore che può variare, a suo piacimento, la sensibilità.
- 3- Il tampone molecolare non è quindi idoneo per definire se la persona è "sana" o "ammalata", infatti è sempre o sana o contagiata.
- 4- Non riesco a spiegarmi perché oggi si continui a dire soltanto tampone senza specificare se è molecolare oppure antigenico. Avevo più volte proposto di cambiare "tampone antigenico" con "test antigenico" così da eliminare ogni equivoco.
- 5- È indispensabile che siano resi pubblici tutti i dati inseriti nelle formule di RT dalla pandemia ad oggi. In quale nazione si accetta la segretezza di un numero enorme di dati che, se pubblicati, sarebbero stati utilissimi per capire sempre più la complessità del problema.
- 6- Il green pass, che ho definito da subito soltanto come un escamotage per convincere la persona a vaccinarsi, è diventato un palese ricatto, in particolare per quello super, a danno dei meno abbienti. Che cosa può fare un pensionato che ha solo 500 euro al mese di pensione se

ha bisogno del green pass anche soltanto per ritirare la pensione? Ditemelo voi.

Tutti i sei punti sono stati trattati ampiamente nei miei post; ora voglio esprimere anche considerazioni che hanno origine a livello emotivo.

Ho letto oggi su “La Verità” l’articolo di Francesco Borgonovo e lo scontro con Walter Ricciardi e ho seri dubbi che gli risponderà.

Credo che sarebbe interessante avere una visione globale delle regioni europee al di là del calcolo dei numeri dei morti che dipendono da come vengono registrati e dai dati numerici, classificati come scientifici, ma in realtà creati dall’abilità dello statistico. È fondamentale invece valutare come abbiano vissuto le popolazioni soggette ad adeguarsi al variare delle regole imposte. Ho una figlia che vive in Inghilterra e a fine dicembre un figlio è tornato da scuola positivo al test antigenico, lei ha personalmente fatto i test regalati dallo stato e tutti quattro erano positivi. Subito ha telefonato all’ente preposto che le ha inviato un kit per i quattro prelievi nasali che ha subito inviato a un laboratorio privato. È stata confermata con la PCR, la positività e, fatte subito le cure, dopo cinque giorni tutti e quattro sono risultati negativi ai test antigenici. Trascorsi cinque giorni di quarantena sono andati in Svizzera a sciare e ora sono in Sud Africa. In Italia senza il super green pass per me non è possibile andare in Sardegna in nave o aereo se non passando dalla Spagna o dalla Francia.

La sintesi è presto fatta. Ho la netta sensazione che come già successo con i dieci vaccini, siamo stati scelti come nazione cavia in cui imporre regole, tramite ricatti, oltre ogni limite etico.

Non spetta a me elencare i danni causati personali ed economici, sono purtroppo all’ordine del giorno. Mi interessa soltanto confermare che la mia scelta è stata sin dall’inizio: vaccini o

cure? Ho scelto le cure e purtroppo ho visto come siano state costantemente boicottate e negate. Vengono utilizzate soltanto negli ospedali, indispensabili per guarire anche i vaccinati. Però avrei serie difficoltà all'utilizzo a domicilio per cura in quanto il mio medico di base non è autorizzato a prescrivermele. Perché? Sono arrabbiato e voi?

24/03/2022 PRIMO ARTICOLO

Per rasserenarmi ho deciso di riportare questo articolo di Francesco Storace apparso il 09/02/22 su Il Tempo: **L'Italia butta il super vaccino: efficace 17 anni, ma la sperimentazione resta bloccata.**

A novembre 2020 Maurizio Federico combatteva per la salute di sua figlia ma pensava anche a quella di tutto il mondo. Purtroppo Lisa, ad appena diciassette anni, non ce la fece. Nel mese successivo, a dicembre, con le sue ricerche presso l'istituto superiore di sanità, quel padre disperato ma rigoroso negli studi e nella sua professione scopriva un vaccino anti Covid dalla copertura di almeno 17 anni. ma sta ancora nei cassetti che contano. Una storia che appare inspiegabile. Da una parte la forza di un medico distrutto dal dolore per la perdita della figlia adottata dall'Ucraina, dall'altra l'insensibilità dello Stato verso i suoi ricercatori. Al governo ne ha chiesto conto Marcello Gemmato, deputato e responsabile per la sanità di Fratelli d'Italia. E vero o no che siamo stati a un passo da una scoperta storica e soprattutto pubblica, se validata nelle sue fasi di sperimentazione? La domanda Gemmato se l'è posta e l'ha girata al ministero della Salute dopo aver consultato i primi risultati preclinici pubblicati dalla rivista scientifica «Vaccines». Che in quel ministero dovrebbe essere di casa. A metà maggio si è svegliato il sottosegretario Andrea Costa ed è andato in commissione alla Camera a rispondere al deputato di Fdi. Confermando che il vaccino di Federico funziona ma anche che le

ulteriori ricerche sono ferme. Dice Gemmato: eppure «parliamo di un vaccino italiano, con costi bassi e che farebbe risparmiare vite umane dando un impulso all'economia e un riconoscimento importante alla ricerca italiana. Il ministro Speranza continua a fare danni». Esagera? Nemmeno un po', se vero quanto leggiamo dalla stessa risposta ministeriale. Il cuore distrutto dalla sorte di sua figlia Lisa, la testa impegnata a cercare la soluzione al Covid. Con una certa credibilità, stando proprio alla pubblicazione su «Vaccines». Nella descrizione del lavoro di Federico, gli esperimenti condotti su modelli animali che «dimostrano la immunogenicità di un vaccino originale anti-Sars-CoV-2». Un vaccino che «si basa su un principio diverso ed originale rispetto agli altri in uso o attualmente allo studio, ossia l'attivazione dell'immunità indotta dai linfociti CD8 T». Con tanto di «resistenza dello stesso a svariate mutazioni». E quindi che cosa è successo, verrebbe da chiedersi. Dice il rappresentante del ministero che l'istituto superiore di sanità ha reputato opportuno «depositare un'ulteriore domanda di brevetto e attivarsi, contestualmente, per valutare l'efficacia di un vaccino basato sulla generazione di vescicole extracellulari (EV) ingegnerizzate con i 4 antigeni SARS-CoV-2». Ma perché non è stata ancora avviata la sperimentazione clinica? Misera, povera, sconsolante la «risposta» all'interrogazione: «Si sia sviluppando il brevetto seguendo i percorsi necessari alla sua messa a punto definitiva e all'uso sull'uomo. Questi richiedono preliminarmente e necessariamente una serie di ulteriori fasi di sviluppo e di conferme su modelli che sono in via di programmazione». Eppure proprio l'Istituto Superiore di Sanità conclude la risposta riferita dal sottosegretario Costa all'interrogazione di Gemmato, precisando che «preme sottolineare come il Dott. Federico - detentore del know-how di interesse - abbia dato piena disponibilità all'accesso del complesso della sua esperienza per il corretto impiego della tecnologia in esame, nell'interesse della salute pubbli-

ca». Cioè chi aveva ben altro da pensare in quel tragico momento della sua vita, manifestava ogni disponibilità nei confronti dello Stato e per la salute di tutti; dall'altra parte ci si perdeva in burocratismi inaccettabili. Molto meno tempo ci è voluto per depositare svariate decine di milioni di euro dei cittadini a favore del vaccino un po' italiano e un po' svizzero Reithera, poi bloccato dalla Corte dei Conti, grazie ai buoni uffici di Invitalia del solito Domenico Arcuri. Vedremo chi intenderà metterci finalmente le mani per dare all'Italia il frutto pregiato della sua ricerca, con un orizzonte quasi ventennale di copertura. Sarebbe il crimine più grande il solo trascurare l'ipotesi.

La mia prima reazione era stata immediata: no comment! Poi ha avuto il sopravvento il livello emotivo e mi son detto: “Puzza di soluzione all'italiana”. Non si nega niente, ma si blocca tutto. In questo caso per un problema di finanziamento delle sperimentazioni sull'uomo dopo il successo con gli animali. Mi chiedo:

- 1) *Perché ai quattro produttori degli attuali vaccini la sperimentazione è stata fatta quasi completamente sul campo, a nostre spese, generando utili enormi al di là di ogni etica?*
- 2) *Perché non sono stati resi pubblici i risultati delle sperimentazioni e dove sono state eseguite prima di procedere e di imporre i quattro vaccini che si sono resi necessari cammin facendo? Perché la grossa differenza di costi dei vaccini Astrazeneca rispetto agli altri?*
- 3) *Siamo coscienti che i tempi di immunità di ogni dose vaccinale va sempre più diminuendo?*
- 4) *Come mai non ci sono certezze, anche per chi ha fatto tutti i richiami, di un'accettabile garanzia di immunità se non sulla carta? Perché è possibile per costoro contagiarsi e contagiare anche se con bassa carica virale?*
- 5) *Ci si rende conto che è proprio la carica virale bassa a generare contagi inconsapevolmente, soprattutto su persone*

fragili, omaggi di chi ha un bel documento che lo garantisce per 18 mesi?

Maurizio Federico ha scoperto un vaccino che ha superato tutte le prove richieste e a cui manca l'ultimo passo: la sperimentazione sull'uomo. Se avrà esito positivo consentirà di garantire un'immunità non di pochi mesi ma di 17 anni. Naturalmente da verificare ma basta la speranza di riuscire a realizzare tale durata per procedere il più presto possibile a fare la sperimentazione sull'uomo tenendo conto che in aggiunta ci sarebbe anche una resistenza alle mutazioni dei vaccini.

Il nostro parlamento ha apprezzato il progetto il cui inizio è stato vincolato alla disponibilità finanziaria e, se non ricordo male, è stata preventivata la somma di 300 milioni di euro! Mi sembra un costo eccessivo ma c'è un particolare che è inspiegabile. Con riferimento al più grande produttore di vaccini, la Pfizer, è evidente un comportamento antitetico. Nessuno può mettere in dubbio che la vera sperimentazione è stata eseguita sul campo sino ad arrivare alle 4 dosi, senza dare però la garanzia di una immunità accettabile, anzi ora si è evidenziato il pericolo che dopo la terza e la quarta dose ci si può contagiarsi e contagiare. Chi ha finanziato questa ricerca? Chi ha acquistato i vaccini a prezzi così elevati che l'ultimo bilancio di Pfizer è stato di 80 miliardi di dollari di fatturato con un utile al netto delle tasse di 40 miliardi.

Chiedo: ma il governo italiano crede proprio che un rischio di 300 milioni non sia accettabile visto che con un risultato positivo questo nuovo vaccino potrebbe veramente sconfiggere il virus per anni?

Mi viene il dubbio che esista chi si oppone con tutte le forze perché questo vaccino sarebbe, se positivo, la sconfitta più completa per quelli attuali e sparirebbero tutte le paure per il futuro.

24/03/2022 SECONDO ARTICOLO

Da un filmato inviato a Laura ho sentito il racconto, tenuto davanti al Grand Jury e visibile nel blog www.carloapostolo.it, del Dr **Reiner Fuellmich**, avvocato tedesco di gran nome, associato a 1.000 avvocati e 10.000 medici in tutto il mondo, che mi ha sconvolto. In internet si possono trovare un numero consistente di notizie e, in particolare, l'inizio di un ipotetico processo in Canada il giorno 11 febbraio 2022.

Non mi sento assolutamente in grado di esprimere giudizi, troppe campane suonano una opposta all'altra. Ho così deciso di limitarmi ai dati che sono certi e inequivocabili.

Per quanto mi riguarda sono particolarmente soddisfatto leggendo il principale atto di accusa, **il numero 1: la PCR non può essere lo strumento di misura nella valutazione del tampone molecolare** (13/04/21: TAMPONE MOLECOLARE ORIGINE DEI GUAI).

Un'altra soddisfazione mi è stata riservata dalla critica all'utilizzo del tampone molecolare quale unica fonte per il calcolo di RT. Avevo già scritto che il calcolo di RT per l'intero primo anno ha utilizzato come fonte dei dati esclusivamente quelli del tampone molecolare, infatti non ce n'erano altri disponibili ed è nato l'equivoco contagiato = ammalato. Si sarebbe potuto rimediare con i test sierologici che sono stati invece banalizzati e ancora oggi non si possono usare a scopo diagnostico, in particolare alla fine della quarantena quindicinale riservata ai contagiati e a quelli con cui hanno avuto contatti.

A questo punto si può rimediare perché basta riesumare i dati che erano stati inseriti per il calcolo di RT (27/12/20 È CORRETTO IL CALCOLO DI RT?).

Questi dati sono stati sempre secretati in un modo ingiustificato in quanto non possono generare problemi di privacy.

La sintesi è semplicissima: se la PCR, unico strumento di misura utilizzato per un anno intero, non è affidabile allora è logico che: **non può essere giustificata la pandemia.**

Le soddisfazioni sono durate poco perché, fatta la sintesi, ha preso corpo la mia reazione emotiva notturna con stati di angoscia sempre più gravi. Durante il giorno ho cercato di trovare argomenti per recuperare la serenità e nei miei precedenti post ho riscoperto l'importanza delle cure compreso quelle preventive. Non riesco però a spiegarmi come mai in nessun giornale o TV nazionale si sia parlato di questo avvocato tedesco vista la gravità delle accuse che ha fatto e, soprattutto, l'importanza degli accusati.

Non mi resta che sperare che prevalga chi si è comportato con più chiarezza e verità.

La risposta al sottotitolo potrà essere data facilmente se saranno resi disponibili i dati inseriti nell'equazione per i calcoli di RT giornalieri che, ribadiamo, sono stati inspiegabilmente secretati.

06/04/2022 ADDENDUM FINALE I VACCINI E LA GUERRA

La sesta edizione era pronta da diversi giorni ma, stranamente, avevo perplessità a inviarla a Amazon. La guerra mi ha sorpreso sul vero oggetto del contendere che, a mio parere, potrebbe ora risolversi se le regioni del Donbass diventassero uno stato indipendente che sarebbe destinato soltanto a chi vi è nato e a chi ha ancora la residenza. Avremmo così due vincitori perché sarebbe finalmente posto fine al massacro.

Questa notte i miei pensieri sono tornati ai vaccini e mi sono chiesto: come mai l'Ucraina, che confina soprattutto con la Polonia, la Slovacchia, l'Ungheria e la Romania, non ha mai avuto problemi con il Covid19, dato l'alto numero di ucraini che

han sempre fatto l'andirivieni con gli Stati d'Europa? Da un mese vediamo donne, bambini e pochi uomini affrontare lunghi viaggi in condizioni molto difficili, con scarsità di cibo e sicuramente di medicinali. Chiedo: come mai in Ucraina non si è mai dichiarata la "pandemia"? Il problema è complesso perché sappiamo che solo il 35% di chi arriva in Italia ha fatto il vaccino Sputnik. Pertanto, per noi sono "no vax" che, sembra, non intendono vaccinarsi forse perché, in caso di un'auspicabile fine della guerra, la maggior parte tornerebbe in Ucraina e allora sarebbe molto difficile terminare il ciclo completo delle dosi dei nostri vaccini correndo inoltre il rischio di finire in una "pandemia" che sinora hanno brillantemente evitato.

È un'altra conferma che il covid 19 ha generato soltanto una epidemia con possibilità di cure e non una pandemia.

**11/04/2022 PROROGA REGOLAMENTO EU 2017/746
DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO in
data 05/04/2017**

Alle pagine 112 e 113 ho riportato il testo fatto dal dr Scoglio con i suoi commenti e alle pagine 10 e 11 ho poi posto le domande 15, 16, 17. La verifica odierna mi ha scioccato. Il 25/01/2022 si è riunito il Parlamento Europeo e ha emanato un nuovo regolamento che modifica quello esistente.

La sintesi è presto fatta: un mare di parole e di regole complesse al fine di prorogare ancora sino a tre anni le regole per effettuare le ricerche in vitro.

Con riferimento a pag. 9 ecco i post citati:

16/11/2020 ASINTOMATICI VERI E FALSI

L'utilizzo dei tamponi molecolari mi sembra molto complesso: più di un professore ha affermato con soddisfazione che sono sempre più sensibili. Mi sono subito chiesto: che cosa è stato fatto per raggiungere questo miglioramento? Siamo sicuri poi che sia veramente un miglioramento? Non c'è il pericolo che più diventa sensibile l'esame, più possa dare falsi positivi?

Le mie analisi si sono da sempre basate su documenti ufficiali analizzati con lo sguardo della mia logica, del buon senso e chiarisco che mi interessa soltanto l'aspetto tecnologico non essendo in grado di giudicare quello scientifico. Cercherò di utilizzare un linguaggio il più semplice possibile.

Ho scoperto presto la grande complessità dell'analisi dei tamponi molecolari, che viene effettuata soltanto nei laboratori identificati/autorizzati. Per la diagnosi viene utilizzata la tecnologia chiamata RT-PCR che utilizza un macchinario che purtroppo non è standardizzato: primo problema non indifferente.

La procedura utilizza il ciclo di ampliamento, un processo che dovrebbe migliorare la capacità diagnostica e che viene ripetuto in modo continuativo sino a individuare il "virus". Il numero di cicli effettuati viene definito ciclo soglia (CT): più è basso più la carica virale risulta alta mentre più è alto CT più è bassa la carica virale (sono inversamente proporzionali).

Detto ciò la complessità del problema è evidente, cioè ci vogliono più cicli di ampliamento per rilevare il virus.

Per ogni macchinario occorre specificare il numero dei cicli che caratterizzano la presenza dei virus con indicazione del numero limite massimo di CT oltre il quale non sono più attendibili i risultati perché le cariche virali in gioco diventano

troppo basse e non sono quindi più affidabili i risultati di positività.

Qualora si lasci proseguire la macchina sino al limite massimo di CT, alla PCR possono bastare poche molecole per ottenere la positività. È il caso degli asintomatici che risultano contagiati, ma ho il dubbio che non abbiano un'adeguata carica virale per essere dichiarati ammalati. Mi chiedo: come si possono distinguere gli asintomatici veri da quelli che non lo sono e che quindi dovrebbero considerarsi sani?

Lascio la risposta in sospeso perché prima voglio parlare dei calciatori. Vengono sottoposti sistematicamente ai tamponi molecolari e quasi tutti sono asintomatici e allora mi chiedo: come fanno a guarire in così poco tempo? Solo Ronaldo ha impiegato 25 giorni e ha definito la PCR una “stronzata”. A mio avviso ha sbagliato soltanto il bersaglio: è il tampone non la PCR il responsabile, se è stato utilizzato superando i limiti di RT come ho descritto.

Propongo una mia soluzione per risolvere il problema asintomatici: in caso di positività sospetta farei subito la verifica con l'esame sierologico da eseguire dopo la quarantena di 5-7 giorni. Se il test è positivo dovrebbero apparire prima le IgM (malattia in essere): confermato il contagio; se ci sono le IgG e se è negativo, significa che non c'è una reale positività.

Consiglio anche a ogni asintomatico di fare il test sierologico, in particolare a quelli che hanno fatto il tampone da almeno 7/10 giorni, così sapranno se hanno contratto il virus anche se in forma leggera oppure sono sani.

19/11/2020 TAMPONI E TEST SIEROLOGICI

Il Commissario Arcuri ha reso pubblico un dato ufficiale molto interessante: il 95% dei contagiati è asintomatico. Vale a dire che per ogni venti contagiati c'è soltanto un "ammalato vero" di COVID-19. Alla luce del post del 16/11/20 mi chiedo se il tampone molecolare sia affidabile per farci capire la realtà della nostra situazione. Arcuri ci dica inoltre come ricava il 95%.

La continua ricerca in atto ha reso disponibili nuovi tipi rapidi: l'antigenico e il salivare che danno il risultato in pochi minuti. Non avrei alcun dubbio sul vantaggio di utilizzarli anche se hanno dei limiti di affidabilità che a mio avviso possono essere superati con l'integrazione dei test sierologici che possono, se ben usati, confermare il risultato del tampone.

Devo constatare però che, dopo il fallimento della famosa gara vinta dalla Abbott, non si è saputo ufficialmente più nulla dei sierologici. Ha prevalso l'uso del tampone e tutta l'informazione ufficiale l'ha preso come unico riferimento per tutti i dati statistici, comunque difficili da interpretare. Il Ministero della Salute ha dichiarato il 9 maggio che i test sierologici sono praticamente inutili, io invece ho sempre sostenuto nei miei post che tamponi e sierologici possono e devono essere complementari.

Espongo una mia tesi e mi farebbe molto piacere ricevere le vostre opinioni e le vostre critiche.

Gli alberghi COVID (04/02/21) mi sembrano una scelta molto azzeccata, fondamentali quando diventa molto difficile isolare l'ammalato nel suo domicilio o per chi il domicilio non ce l'ha. Il primo contatto del paziente con l'organizzazione sanitaria avverrebbe nell'albergo in una zona riservata ai test.

Si inizia con la scelta del protocollo: prima il test antigenico e, se è positivo, il tampone molecolare che con adeguati valori di CT, può causare la necessità del ricovero nell'apposito reparto.

Per i pazienti che hanno scelto di rimanere nel proprio domicilio il procedimento sarebbe identico e verrebbe eseguito sempre da personale paramedico, sempre con la regola della quarantena.

Per chi dovrà eseguire i test, si potrebbero fare corsi di formazione specifici in modo tale da coprire il meglio possibile il territorio.

Per i pazienti più gravi si richiederà l'intervento del medico che deciderà il ricovero in ospedale. Si avrebbe comunque l'enorme vantaggio di sapere preventivamente se il paziente è stato contagiato e dove ricoverarlo.

Con dei codici adeguati sarebbe fantastico seguire il decorso del contagio paziente per paziente e inviare i dati all'ISTAT come già si fa negli ospedali.

Mi sembra che sia logico sperare che i ricoveri ospedalieri potrebbero sensibilmente ridursi soprattutto per i pazienti non destinati alla terapia intensiva.

24/11/20 CONTAGIATO = AMMALATO?

Il commissario Arcuri in una audizione al Senato ha confermato che il 95% dei contagiati è asintomatico o paucisintomatico e si cura normalmente a domicilio. Il 4,3% viene curato in ospedale e lo 0,5% in terapia intensiva. Ha dichiarato “clamorosamente” vera la percentuale del 95% ma non si è chiesto perché da tempo sia costante, senza spiegare come l’ha calcolata. Ho già dato la spiegazione più logica: la massima soglia $RT = 45$. Il commissario ha poi indicato la soluzione: i test rapidi antigenici; ne hanno già distribuiti gratuitamente ai medici di base 9,5 milioni. Ci sono diversi tipi di test rapidi, sarà il campo a indicarci i più affidabili.

Quello che mi sembra fondamentale è chiarire che il tampone molecolare, con un numero di cicli soglia RT che può arrivare a 45, non può essere credibile; la teoria contagiato = ammalato ha già provocato danni enormi: sono stati messi in un’inutile quarantena moltissimi asintomatici che sono stati costretti a non lavorare, sono stati coinvolti i familiari, i compagni di lavoro, ma soprattutto hanno inutilmente allarmato e depresso gli interessati con conseguenti gravi problemi psicologici.

27/12/2020 E' CORRETTO IL CALCOLO DI RT?

Ho saputo che il 23 dicembre il neopresidente dell'agenzia italiana del Farmaco (AIFA), il dottor Giorgio Palù, professore ordinario di Microbiologia e Virologia, ex direttore del dipartimento di Medicina molecolare all'Università di Padova, è intervenuto alla quotidiana conferenza stampa di Luca Zaia affermando: "Lo posso dire perché studio i virus da 50 anni, questo è un virus che ha una bassa letalità, lo ripeto, non ammazza tutti". Il dottor Palù sostiene, quindi, che: "non sono affidabili i test oltre il trentaduesimo ciclo di ampliamento e neanche la PCR che nessuno ha mai validato".

Ero soddisfatto di una notizia così rilevante ma sono rimasto deluso nel constatare che non sia stata ripresa da nessun media di livello nazionale.

La soluzione è semplice: limitare i cicli di ampliamento dei tamponi molecolari a non più di 25/30.

Un'altra strada può essere la sostituzione dei tamponi molecolari con i test rapidi antigenici che hanno tempi di risposta brevissimi e, in caso di positività, dopo una decina di giorni eseguire il test sierologico e il tampone molecolare se c'è ancora positività.

In entrambe le soluzioni si eviterà di avere l'alto numero attuale di asintomatici che però sono determinanti nel calcolo dei valori di RT. Nel calcolo di RT come vengono considerati gli asintomatici? Perché non è stato fatto una suddivisione fra asintomatici senza alcun sintomo e i paucisintomatici? Quando poi un paucisintomatico è palesemente sintomatico? Il presunto standardizzato 95% dei contagiati dichiarati asintomatici come è suddiviso? Ci possono essere due categorie: con sintomi lievi o sani. Non sarebbe importante che, per i tamponi molecolari in cui si superano i trenta cicli, fare altri esami, ad esempio con i test rapidi antigenici e sempre con i test sierologici? Sarebbe

utilissimo conoscere con certezza chi ha veramente contratto il COVID-19 in modo da poter calcolare correttamente RT.

RT non è veritiero se nelle formule di calcolo (ce ne sono quattro diverse) vengono inseriti dati non corretti come palesemente sono quelli dei contagiati asintomatici quando si abusa nell'analizzare il tampone molecolare e nell'usare cicli di ampliamento superiori a 30.

Nel post del 19/11/20 ho chiarito che se può succedere che un test rapido possa dare una falsa positività perché ha rilevato un altro coronavirus, allora si può fare un successivo test sierologico che sarà positivo soltanto se c'è il COVID.

Banale è poi l'affermazione che i test rapidi possono dare dei falsi negativi rispetto al molecolare perché quest'ultimo oltre i trenta cicli, è pochissimo affidabile. L'aiuto dei test sierologici è anche qui lo strumento ideale.

ADDENDUM PER IL CALCOLO DI RT

Riassumo le risposte alle diverse richieste di chiarimento ricevute dopo il post del 27/12/20. Per eseguire il calcolo di RT è indispensabile che il soggetto, rispetto ai disturbi tipici del COVID-19, sia sintomatico e su questo sono d'accordo tutti. Il problema principale resta quello dei contagiati asintomatici perché non esiste alcuna possibilità di sapere quanti hanno avuto un reale contatto con il virus, più o meno grave, e quanti sono veramente asintomatici perché sani, quindi vittime dell'errato uso del tampone molecolare con cicli di ampliamento che arrivano a 45. Sono comunque convinto che l'unica strada sarebbe di definire se il soggetto è ammalato oppure soltanto contagiato. Se non si provvede a inquadrare il soggetto al momento dell'esecuzione del tampone diventa quindi molto più difficile classificare il tipo di contagio.

Ho discusso con medici che sono stati incaricati di registrare per la pubblica amministrazione i pazienti e sono rimasto scioccato perché mi hanno confermato che eseguono la diagno-

si, indicano se la persona presenta i sintomi per quanto riguarda il COVID oppure se è veramente asintomatica. Perché i dati sono “SECRETATI”? È certo che se fossero a nostra disposizione sarebbe la soluzione ideale per avere percentuali attendibili e numeri di RT più esatti.

Alla mia domanda a un medico: perché vengono secretate le diagnosi? Ho avuto una interessante risposta: probabilmente non si fidano delle nostre capacità diagnostiche.

Ritengo la secretazione inaccettabile, molti l’hanno da tempo denunciata ma si continua imperterriti. Non so quanto potrà incidere e come si dovrà procedere per adeguarsi a questi cambiamenti di dati, ma di una cosa sono sicuro: è indispensabile renderli pubblici in modo che gli esperti statistici possano tenerne conto adeguatamente.

Ecco la soluzione logica da ingegnere per il corretto utilizzo dei tamponi molecolari e dei test rapidi antigenici di terza generazione. Il mio obiettivo è di esser il più sintetico possibile, confermo che quando parlo di “tampone” è sempre soltanto quello molecolare, così come i “test” sono quelli rapidi antigenici di terza generazione, altrimenti parlo di “test sierologici”. Il riferimento ai miei precedenti post è segnalato con la data del post fra parentesi.

- 1) C'è stato un crollo inspiegabile, in particolare in Veneto, del tasso di positività quando i positivi dei tamponi si sono sommati ai positivi dei test.
- 2) Gli esami vengono eseguiti per avere una sola risposta: contagiato o non contagiato.
- 3) Per giustificare l'inspiegabile diminuzione del tasso di positività occorre necessariamente chiarire quale delle due modalità di analisi può causare falsi positivi o negativi.
- 4) È chiaro che i test hanno una affidabilità che non può causare dei falsi di particolare rilievo in quanto sono garantiti: >90% di sensibilità e >97% di specificità.
- 5) Una situazione completamente diversa si ha per i tamponi che dipendono dall'operatore con cicli di ampliamento che possono arrivare a 45 con conseguente gran numero di falsi positivi, vedi Prof. Burioni (23/11/20) e Prof. Palù (27/12/20). La conseguenza più negativa sta nello strabiliante numero di contagiati asintomatici di cui non si riesce a sapere nulla perché, a quanto pare, sono segretate le diagnosi mediche fondamentali e non si può quindi sapere se l'individuo ha chiari sintomi del COVID o sintomi lievissimi, incerti oppure apparentemente sano.

- 6) Sarebbe comunque possibile vedere lo stato del contagiato facendo il test sierologico alla fine della quarantena.
- 7) Non ha per me alcun senso fare centinaia di migliaia di tamponi a tappeto, con il pericolo di creare un gran numero di contagiati, ma non realmente positivi.
- 8) Ricordiamo che è assurdo considerare, come si continua imperterriti a far valere l'identità: contagiato = ammalato.
- 9) È comunque indispensabile l'obbligo per chi analizza il tampone di indicare il numero di cicli a cui si è arrestata la macchina analizzatrice (se possibile).
- 10) La soluzione è semplicissima: iniziare sempre con il test che, anche sui sani, se risulta negativo, dà una risposta affidabile nei limiti del punto 4.
- 11) Nei casi dubbi basta eseguire i test sierologici con il rispetto dei relativi tempi.
- 12) La soluzione ideale (come già scritto il 25/11/20) sarebbe l'utilizzo degli alberghi COVID che dovrebbero coprire l'intero territorio con personale, adeguatamente formato, che si occuperebbe non solo dei pazienti ospitati ma potrebbe andare a domicilio e fare il test rapido anche ai pazienti gravi. Informerebbe poi la struttura preposta per effettuare la diagnosi, la cura e l'eventuale ricovero ospedaliero. L'ospedale sarebbe già informato che l'ammalato in arrivo è COVID positivo e quindi da destinare al relativo reparto, senza che sia necessario fare il tampone molecolare in Pronto Soccorso.

Aggiorno con nuove considerazioni:

- A) Gli hotel COVID devono coprire il territorio in modo che sia possibile garantire una rete in costante comunicazione con il fine di soddisfare al meglio le esigenze dei cittadini. Ogni hotel deve avere, prima di tutto, una zona operativa dedicata all'accettazione, simile a quella

dei pronto soccorso, deve essere completata con lo studio medico, a disposizione del medico di base della zona, con idonee sale di attesa a garanzia dei pazienti. Ci deve essere una struttura amministrativa per tutte le incombenze richieste in particolare per la comunicazione con gli organismi competenti nazionali.

- B) Di particolare importanza è anche il personale paramedico che potrebbe essere aiutato da chi è disponibile a collaborare dopo aver fatto dei corsi di formazione per l'esecuzione dei kit rapidi anche sierologici. Sono lavori abbastanza semplici in cui è importante la precisione e un buon rapporto umano con il paziente che possono anche essere a disposizione per chi necessita una verifica con il test.
- C) Ogni hotel COVID deve avere a seconda delle dimensioni, autolettighe e automobili per le visite a domicilio e anche per eseguire i test.
- D) I pazienti ricoverati in hotel e quelli a domicilio devono essere curati sino alla guarigione. Per i casi più gravi, con kit positivo viene effettuato il ricovero in ospedale.

RISULTATI

- E) Il risultato più importante rimane la segregazione dei contagiati non gravissimi soprattutto per coloro che non hanno abitazioni o sono di dimensioni ridotte, con famiglie numerose e parenti anziani.
- F) Il test è più sicuro del tampone e non ha più alcun senso fare tutti i tamponi a tappeto il cui principale risultato è sempre stato un assurdo numero di asintomatici.
- G) Dal lato economico i risparmi sarebbero notevoli: il numero dei tamponi diminuirebbe molto, gli alberghi interessati non sarebbero costretti a chiudere e non avrebbero bisogno di ristori. Diminuendo i ricoveri si potranno ridurre sensibilmente il numero degli ospedali COVID.

- H) Il vantaggio economico più grande è certamente lasciare aperte tutte le attività lavorative e commerciali e potrebbero anche riprendere gli spettacoli teatrali, sportivi, ecc. gli eventi religiosi, culturali, ecc. per cui sarebbe sufficiente fare i kit quando gli spazi disponibili sono ridotti.

Ieri avevo ultimato la SINTESI FINALE e che, vista la situazione attuale, non sia più necessario realizzare il progetto hotel COVID. Il direttore generale Giovanni Rezza in una circolare del 10/01 ha ufficialmente consigliato il test di ultima generazione viste le garanzie che dà sia per la sensibilità che per la specificità.

La soluzione è semplicissima: fare i test al posto dei tamponi realizzando un servizio sul territorio che renda facile eseguirli. Sapremmo così con certezza chi è AMMALATO, gli alberghi saranno soltanto per le degenze; per coloro che hanno sintomi gravi, se il risultato del kit sarà positivo, si consiglierà il ricovero in ospedale e sapremo finalmente con certezza chi è morto con il COVID, e sarebbe eticamente corretto segnalare se esisteva una concomitanza con altre malattie e la loro gravità.

PROBLEMA IRRISOLTO

Sono in attesa di ricevere informazioni per sapere dove acquistare il test rapido antigenico di nuova generazione.

LE MIE CONCLUSIONI

Ho iniziato a scrivere dei post il trenta marzo perché mi sono subito appassionato alle problematiche del COVID. Durante i miei risvegli notturni ho cercato di cogliere la logica delle decisioni prese dagli enti preposti. Sono rimasto sconcertato sempre più per le soluzioni, a dir poco opinabili; di queste credo che la peggiore sia stata la segretezza di informazioni che ogni cittadino italiano avrebbe il diritto di sapere. Il sistema ha creato un'enorme confusione e sono nati nuovi mostri: i complottilisti! La mia logica necessita di prove concrete, per ora non

ce ne sono. È necessario cambiare al più presto e tornare ad agire in buona fede riflettendo sul male che possiamo fare quando si è dominati dal dio denaro.

ADDENDUM ALLA SINTESI FINALE

ULTIMA VERSIONE 22/02/21

Un amico, dopo aver letto la SINTESI FINALE, mi ha chiesto di proporre una mia soluzione pratica.

Inizio ricordando le dichiarazioni fondamentali del prof. Burioni (23/11/20) e del prof. Palù (27/12/20): i tamponi molecolari sono inaffidabili quando vengono utilizzati sino a 45 cicli di ampliamento. Lo stesso premio Nobel, inventore della PCR, ci aveva messo in guardia dai pericoli generati dall'aumento del numero dei cicli oltre certi limiti perché un eccesso di sensibilità può provocare falsi positivi.

Più certezze si possono avere con i test rapidi di nuova generazione. Noi li abbiamo già acquistati e sono garantiti 93,3% di sensibilità e 99,8% di specificità.

Il crollo della percentuale di contagiati, che si è verificato quando hanno sommato i dati dei tamponi a quelli dei test, per me ha una sola spiegazione: sono i tamponi a causare un numero elevatissimo di falsi positivi.

Propongo una soluzione al riparo da ogni manipolazione dei dati: ogni regione può facilmente effettuare questo esperimento. La persona viene sottoposta CONTEMPORANEAMENTE al tampone molecolare e al test rapido antigenico di nuova generazione, approvato ufficialmente dalla UE.

Il numero dei positivi dei tamponi molecolari, come viene effettuato oggi, è certamente molto più alto, basta vedere i tassi di positività che ogni giorno vengono dichiarati.

È logico che fa fede il numero dei contagiati dei test rapidi. Mentre per i tamponi ricordo che nei miei post precedenti ho già trattato ampiamente il problema degli asintomatici (post 16/11/20).

Il 24/11/20 avevo dichiarato errata l'identificazione: CONTAGIATO = AMMALATO, penso che abbia generato un gran numero di guai in ogni settore.

C'è una certezza: se il test rapido antigenico è positivo lo è anche quello molecolare; tenendone conto mi piacerebbe sapere come può cambiare RT.

Importante è anche la contemporaneità perché si potranno avere informazioni riguardanti le complesse teorie legate ai tempi di manifestazione del virus.

C'è un altro problema che mi ha da sempre assillato e che ho già fatto presente nei post del 08/05/20 e 07/09/20: IL CALCOLO DELLA CARICA VIRALE proposto dall'Istituto Mario Negri di Milano in collaborazione con l'ospedale di Bergamo. Sarebbe la soluzione più semplice, più economica, più sicura. Sarebbe opportuno, quindi, che i laboratori nel definire un tampone positivo quantifichino la carica virale come si fa con la glicemia, l'azotemia e il colesterolo.

Sembra certo che i tamponi molecolari e i test antigenici segnalino correttamente la presenza del virus indipendentemente dalla variante. Chiedo: siamo sicuri che tutti gli attuali vaccini riusciranno a proteggere adeguatamente le persone per ogni tipo di variante del COVID-19? È un problema molto serio e servirebbe una risposta più rapida possibile che dia delle garanzie sperando che non sia una situazione analoga a quella dei virus influenzali. Non dimentichiamo però che sappiamo come curare.

05/03/2021 LA PROVA DEL 9

Sono un ingegnere di 85 anni e seguo il problema COVID da fine marzo con il blog www.carloapostolo.it usando soltanto la mia logica. Il mio interesse si è concentrato su un procedimento, che è al riparo da ogni possibile manipolazione e che si realizza così:

- 1) Ogni persona viene sottoposta contemporaneamente al test rapido antigenico e al tampone molecolare.
- 2) Il risultato del test è garantito in quanto la UE ha recentemente approvato i test rapidi di nuova generazione che garantiscono sensibilità $> 93,3\%$ e specificità del $99,8\%$.
- 3) I risultati dei tamponi molecolari dipendono in modo determinante dall'operatore della PCR che può impostare il numero di cicli massimi CT prestabiliti sull'apparecchiatura analizzatrice da 25 a 45.
- 4) Il prof Burioni e il prof Palù hanno dichiarato inattendibili i dati a 45 cicli.
- 5) La soluzione ideale sarebbe quella di indicare nella diagnosi del tampone il numero di cicli a cui si è fermata l'attrezzatura PCR (23/11/20).
- 6) Si tratta di scegliere fra:
 - A) il test rapido di sicuro affidamento che credo riuscirà a mantenere inferiore ai 200 veri contagiati, cioè ammalati, sui 100.000 test effettuati nell'arco della settimana
 - B) il tampone molecolare che dipende dall'operatore causando un numero di falsi positivi che spiega soltanto il numero di asintomatici e non è mai stato possibile sapere come sono divisi in ammalati lievi, paucisintomatici e sani.

Non capisco, alla luce di quanto sopra, come possa essere dichiarato gold standard il tampone.

Chiedo: non può essere che con il solo utilizzo dei test rapidi antigenici ora saremmo tutti in zona bianca?

09/03/2021 MOLECOLARI O ANTIGENICI?

In Sardegna mi sembra che il Presidente Solinas abbia di fatto sostituito i tamponi molecolari con i test antigenici rapidi per chi arriva sull'isola e anche per i residenti.

Propongo un nuovo procedimento: ogni regione al posto del tampone molecolare impone il test rapido antigenico che dà risultati certi se si utilizzano test di nuova generazione; se invece vengono usati altri tipi di test, si può avere l'avvertenza di confermare con quelli di nuova generazione la positività così da non incorrere in falsi positivi (come può succedere se il test è sensibile anche ad altri coronavirus).

Si avrebbero i seguenti vantaggi con i test:

- 1 Procedimento molto più semplice che non necessita di laboratori specializzati e abilitati.
- 2 Si avrebbe la risposta praticamente immediata.
- 3 I costi sarebbero nettamente inferiori.
- 4 I risultati sarebbero affidabili perché indipendenti da un operatore che, analizzando il tampone, può variare i dati.
- 5 Non ci sarebbero più gli asintomatici ma un elenco di veri ammalati COVID che è sufficiente sommare per avere dati corretti sulla pandemia.
- 6 Non sarebbero necessarie, prima dei tamponi, visite mediche che facciano le diagnosi.
- 7 Sarà impossibile identificare come si fa ora con i tamponi: contagiato = ammalato; inoltre è ormai lapalissiano che l'ipersensibilità dei tamponi non è un pregio ma un enorme difetto.
- 8 Il fattore RT calcolato in una settimana su persone sintomatiche positive (come richiesto), è evidente che ha un margine di errore inferiore al 1%, consentirebbe così di avere regioni sempre più bianche.

9 Sono ora disponibili i test rapidi salivari antigenici di nuova generazione che la persona stessa può fare prima di uscire di casa.

Ci sarebbero le condizioni per poter riprendere una vita normale. È sufficiente occuparsi soltanto di chi è realmente ammalato COVID19. Credo che dovrebbe essere lo Stato a imporre inizialmente la sostituzione del tampone molecolare con il test rapido antigenico e poi, se positivo, procedere con il tampone.

Credo che rimanga fondamentale anche in zona bianca mantenere il rispetto delle norme precauzionali: le mascherine, la misura della temperatura, evitare gli assembramenti, segnalare fin dall'inizio i sintomi tipici del COVID. Quando si evidenziano focolai epidemici, sarebbe necessario isolare la zona interessata, fare i test rapidi ai residenti e a chi entra o esce dalla zona.

In zona bianca i test rapidi consentirebbero facilmente un ritorno allo stato di normalità, perché basterebbe per tutte le attività della scuola, delle fabbriche, degli alberghi, dei ristoranti, degli eventi sportivi, dei teatri, dei negozi, effettuare i test rapidi all'ingresso oppure ogni persona potrebbe avere un certificato del test eseguito nelle 48 ore precedenti.

Si riprenderebbe a vivere perché le probabilità di contagio diminuirebbe sempre più. Avremmo anche il vantaggio di poter curare con efficacia l'ammalato con le terapie già disponibili.

In questo modo non sarà forse risolto il problema COVID, ma soltanto gli effetti che ha provocato e che subiamo ogni giorno. Sarà invece compito degli scienziati sconfiggere il virus.

Nel malaugurato caso che la pandemia dia segni di ripresa vi invito a visitare il mio blog www.carloapostolo.it dove spiego gli hotel COVID (25/11/20) che poi completo nella SINTESI FINALE (04/02/21).

Brevemente: ho previsto una rete di hotel dedicati al COVID che hanno al proprio interno una possibilità di visita medica, di

pronto soccorso, di degenza per chi non è grave, per chi deve fare la quarantena e non ha la possibilità di farla domiciliare. Agli ospedali verranno inviati pazienti gravi, sicuri che sono contagiati COVID, e in particolare quelli da curare in terapia intensiva diminuirebbero anche i morti imputati al COVID (19/11/20 e 25/11/20).

Con riferimento a pag. 11:

17/05/2020 SCONCERTANTE

L'équipe del professor De Donno dell'Ospedale di Mantova, in collaborazione con quella dell'Ospedale di Pavia, ha definito un protocollo per la cura con il plasma per gli ammalati di covid19, che ha salvato molti pazienti anche già gravissimi. Mi ha sconcertato che l'ANSA ha comunicato che l'AIFA il 10 maggio ha assegnato la sperimentazione all'Ospedale di Pisa.

Il professore, il 14 maggio, ha relazionato alla commissione del Senato i grandi successi ottenuti con la terapia al plasma (da ascoltare per intero in *you tube*). Come ha riferito lui stesso, la sua équipe è stata contattata da molti centri ospedalieri italiani e stranieri, in particolare dagli Stati Uniti, a cui sono state comunicate tutte le procedure del protocollo.

Chiedo all'AIFA: con quali criteri avete fatto questa scelta? Come mai non avete tenuto conto dei risultati ottenuti a Mantova e Pavia di cui eravate in possesso da tempo? Non sapevate che era già stata portata a termine con pieno successo una sperimentazione su 46 ammalati a Mantova? Avete paragonato il numero di ammalati curati con il plasma a Mantova e Pavia rispetto a Pisa e con quali risultati?

Gli Italiani hanno diritto a risposte esaurienti.

Pongo altre due domande:

- Perché spesso negli ospedali si dà la tachipirina quando la febbre raggiunge i 38.5 gradi? Ho sempre saputo che la natura alza la temperatura per combattere il virus o i batteri. O la natura non è scientifica?
- Perché dopo aver capito dalle autopsie che non si trattava di polmonite, è stata ancora emessa recentemente dal Ministero della Salute una circolare che sconsiglia di fatto le autopsie sui morti per covid19?

24/12/2020 VACCINI

Nel post del 10/09/20 ho già espresso le mie idee sui vaccini. Confermo che non sono un no-vax ma che voglio essere libero di decidere senza subire obblighi. In questo momento ho molte perplessità che elenco:

- A- È stato all'inizio sostenuto che per validare un vaccino fossero necessari da due, tre e anche cinque anni. Mi chiedo come mai ora sono iniziate le vaccinazioni e non è passato nemmeno un anno.
- B- Sarà possibile scegliere il tipo di vaccino data l'offerta ampia e diversificata già in atto? Perché il vaccino Astrazeneca è stato validato nel Regno Unito e in India ma non in Europa? Per un problema burocratico come è stato detto inizialmente? Allora è stata burocratizzata la scienza? Le ultime notizie parlano che per la validazione si dovrà attendere a fine gennaio. Chiedo: secondo quali protocolli vengono analizzati dagli organi competenti i diversi vaccini?
- C- Altra domanda: che importanza avranno i bugiardini che ogni produttore dovrà mettere a disposizione di chi si fa vaccinare? Chiedo: sarà un sistema analogo a quello dei farmaci? La responsabilità sarà quindi del paziente se accetterà di essere vaccinato?
- D- Chi ha la responsabilità di effetti avversi quando viene imposta più o meno legalmente la vaccinazione nonostante problematiche segnalate come fattori di rischio denunciati dal bugiardino.

- E- Domanda impegnativa: quali sono le responsabilità, oltre a quelle dello stato, a carico di chi impone la vaccinazione? I responsabili ospedalieri, quelli della scuola, delle aziende, delle compagnie aeree, delle società finanziarie, ecc.?
- F- Sarà possibile licenziare o bloccare la carriera a chi si rifiuta di fare il vaccino? Nota personale: è chiaro che nessuno farà carriera come è successo all'amico prof. Paolo Bellavite che, incaricato di una ricerca riguardante omeopatia e allopatia, ha fatto la conclusione più intelligente: perché non possono coesistere? Ha scritto 27 anni fa il libro "Fondamenti Teorici e Sperimentali della Medicina Omeopatica". Professore di patologia generale all'Università di Verona ha partecipato a dieci concorsi ma non è riuscito a vincerne nemmeno uno nonostante un numero di pubblicazioni internazionali superiore ai rispettivi vincitori dei concorsi.
- (www.paolobellavite.it)
- G- Molto importante: sarà vaccinato chi ha già superato la malattia COVID grave? Saranno vaccinati gli attuali asintomatici? In questo caso sarà indispensabile rifare i test sierologici per verificare se hanno veramente contratto il virus oppure se erano soltanto falsi positivi? (post 23/11/20)
- H- Altro ragionevole dubbio: tutti gli enti preposti per la valutazione del vaccino eseguono una loro sperimentazione oppure analizzano soltanto i documenti trasmessi dai produttori?
- I- Perché tutto è stato secretato?

RISPOSTE FUTURE

- J- Chiedo: per ogni vaccino si ha un'idea su quanto durerà nel tempo l'immunità? È stata confermata la necessità del richiamo ogni 9 o 12 mesi?
- K- Sono state fatte previsioni sui richiami del vaccino soprattutto su persone anziane?
- L- Ci sono sicurezze che il paziente appena vaccinato non possa, come è successo ad altri vaccini, essere contagioso?

21/04/2021 I VACCINI SECONDO LA MIA LOGICA

Il 24/12/2020 ho pubblicato il post: VACCINI visibile sul blog www.carloapostolo.it. Prima di tutto ho riaffermato che non sono un no-vax e ho esposto le mie perplessità con domande che ho deciso di chiarire alla luce di ciò che poi ho visto accadere (ho scritto in corsivo il testo del 24/12/20).

A- È stato all'inizio sostenuto che per validare un vaccino fossero necessari da due, tre e anche cinque anni. Mi chiedo come mai ora sono iniziate le vaccinazioni e non è passato nemmeno un anno.

B- Come sarà possibile scegliere il tipo di vaccino data l'offerta ampia e diversificata già in atto? Chiedo: secondo quali protocolli vengono analizzati dagli organi competenti i diversi vaccini?

A-B) La domanda resta aperta, le risposte potranno arrivare soltanto in futuro con la corretta valutazione di tutti i dati e la conferma o la negazione delle tesi sinora proclamate.

C- Che importanza avranno i bugiardini che ogni produttore dovrà mettere a disposizione di chi si fa vaccinare? Chiedo: sarà un sistema analogo a quello dei farmaci? La responsabilità sarà quindi del paziente se accetterà o chiederà liberamente di essere vaccinato?

C) Dopo aver letto il bugiardino di VAXZEVRIA sono convinto che i medici ripeteranno i soliti consigli: “è meglio non leggere i bugiardini altrimenti devi rinunciare a curarti”.

D- Di chi è la responsabilità di effetti avversi quando viene imposta più o meno legalmente la vaccinazione nonostante

problematiche segnalate come fattori di rischio denunciati dal bugiardino.

D) Ho sentito il prof. Burioni affermare che Astrazeneca ha fatto 6 miliardi di utili e allora mi chiedo: perché questa società non assume le proprie responsabilità e risarcisce quel paziente, uno su un milione, morto per il vaccino?

E- Domanda impegnativa: quali sono le responsabilità, oltre a quelle dello stato, a carico di chi impone la vaccinazione? I responsabili ospedalieri, quelli della scuola, delle aziende, delle compagnie aeree, delle società finanziarie, ecc.?

E) Sono convinto che non ci sarà mai una risposta a meno che qualcuno di questi responsabili imponga obblighi scritti e firmati di persona (vale anche la registrazione).

F- Sarà possibile licenziare o bloccare la carriera a chi si rifiuta di fare il vaccino?

F) Questo già avviene.

G- Molto importante: sarà vaccinato chi ha già superato la malattia COVID grave? Saranno vaccinati gli attuali asintomatici?

G) Questo problema si è fatto molto più complesso essendo emerso un nuovo fattore: la comparsa delle varianti. Ne parlerò dopo.

H- Altro ragionevole dubbio: tutti gli enti preposti per la valutazione del vaccino eseguono una loro sperimentazione oppure analizzano soltanto i documenti trasmessi dai produttori?

H) La risposta è: analizzano soltanto la documentazione ricevuta.

I- Perché tutto è stato secretato?

I) Rimarrà un mistero! L'unica scusa potrà essere il rispetto assoluto della privacy.

RISPOSTE FUTURE

J- Chiedo: per ogni vaccino si ha un'idea su quanto durerà nel tempo l'immunità? È stata confermata la necessità del richiamo ogni 9 o 12 mesi?

J) Sembra confermato che l'immunità data dai vaccini abbia una durata non superiore a un anno.

K- Sono state fatte previsioni sui richiami del vaccino soprattutto su persone anziane?

K) Sì, è stata data la precedenza alle persone anziane anche se ci sono molti contrari a questa scelta.

L- Ci sono sicurezze che il paziente appena vaccinato non possa, come è successo ad altri vaccini, essere contagioso?

L) Sicurezze non ce ne sono per i vaccini eseguiti in due fasi: fra la prima e la seconda fase è stato ora detto che il vaccinato può contrarre il virus anche se in forma leggera (ma chi la misura?) e poi contagiare. Non ci sono certezze anche dopo la seconda dose.

NOVITA'

1) La principale, che non conoscevo, riguarda le varianti. Mi sembra un problema molto complesso. Chiedo: siamo in grado di conoscere, prima di fare il vaccino, se copre tutti i

tipi di variante? Con quale esame? La seconda è più facile: che fine ha fatto il tanto scientificamente enfatizzato effetto gregge? Vale per tutti i vaccini e tutte le varianti?

2) Nel secondo post del 07/04/2020 avevo scritto:

L'essere umano non è riconducibile a un campione uniforme, siamo uno diverso dall'altro e la diversità si manifesta nei modi più complessi che la medicina ufficiale ignora quando cura. L'esempio più semplice e significativo è il placebo. I farmaci sono validati con il doppio cieco: si danno a 50 ammalati il farmaco e ad altri 50 il placebo. Chiedo: mi spiegate come ci possano essere gli stessi benefici del farmaco senza averlo assunto anche con percentuali rilevanti, in doppia cifra. Vorrei una spiegazione scientifica di come possa avvenire fisicamente, ne esiste una sola: è un effetto dell'unione mente-corpo che la medicina ufficiale ha sempre negato, che invece provoca gravi danni ogni giorno a causa della scelta "tutti a casa". L'effetto nocebo è l'opposto del placebo: il vivere segregati con restrizioni sempre più importanti delle nostre libertà personali, l'ossessione di messaggi drammatici e colpevolizzanti ha trasformato in numerose persone la paura in terrore. Ha esasperato situazioni familiari già difficili fino a farle diventare insopportabili. Purtroppo per ora non si intravedono altre logiche soluzioni.

Nonostante si sia parlato spesso di questo problema, non se ne è mai tenuto conto, anzi è sempre stata fatta e si continua ogni giorno, una campagna ossessiva e accanita in favore dell'obbligo di vaccinarsi. Nessuno si è posto il problema che si possano avere effetti opposti diversi fra chi cerca in ogni modo di vaccinarsi, anche non rispettando le regole in vigore, e chi è invece angosciato dall'essere obbligato a subire la vaccinazione. Mi sembra abbastanza chiaro che nel primo caso

si ha un positivo effetto placebo mentre nel secondo un effetto nocebo molto più pericoloso.

Sono convinto che la soluzione sia semplice nella situazione attuale: visto che scarseggiano i vaccini perché non privilegiare prima chi è convinto che sia la scelta migliore e rimandare la vaccinazione per chi ha perplessità?

La libertà di poter cambiare idea è per me di grande importanza e capisco che ora le mie perplessità sono tante, potranno trovare risposte plausibili soltanto nel tempo e con l'esperienza sul campo.

Per ora tempo e esperienze sul campo non hanno chiarito nulla, anzi con le varianti i problemi si sono fatti sempre più complessi. L'unica certezza è il terzo vaccino e forse anche il quarto?

Mi fermo qui perché non ho mai avuto risposte relative al COVID-19, soprattutto per quanto riguarda i tamponi molecolari a cui ho dedicato i miei ultimi post convinto che siano la causa principale di tutti i nostri problemi perché vengono considerati AMMALATI tutti i CONTAGIATI.

LE MIE SCELTE

Confermo ancora una volta che non sono un emotivo, non ho paura di morire (mio post senza data) e non credo che siano possibili le soluzioni lineari per risolvere problemi riguardanti l'uomo che rappresenta quanto di più complesso si possa immaginare.

Per ora non ho alcuna intenzione di farmi vaccinare qualsiasi sia il tipo di vaccino. Ho molta più fiducia nelle capacità di curare che vengono sistematicamente ignorate, nonostante abbiano già fornito prove di grande efficienza su personaggi noti: Berlusconi, Galliani e il prof. Monti. Basta ricordare la scoperta dei medici bergamaschi riguardante il tipo di polmonite, l'efficacia del plasma, e finalmente l'eliminazione della tachipirina (se si abbassa la temperatura viene meno una

difesa naturale in quanto se si superano almeno i 39 gradi si può eliminare il virus, come ho scritto). Mia mamma aveva fatto sì che mi contagiassi con il morbillo e mi ha tenuto a letto per cinque giorni con la febbre alta. Ora sono immune.

Aggiungo una domanda: “se fosse vero anche per il COVID-19?”.

In Italia si sta iniziando l'utilizzo degli anticorpi monoclonali che sono di particolare interesse per la loro efficacia, una volta che siano rispettate le regole in particolare quella di intervenire il più rapidamente possibile dopo la comparsa dei sintomi caratteristici del COVID-19.

In una trasmissione dei telegiornali Sky un medico ha raccontato di far parte di una struttura creata ad hoc, non ospedaliera, che interviene su richiesta telefonica della persona che ha i primi sintomi e che in caso di positività al test rapido antigenico provvede al ricovero e alla cura con gli anticorpi monoclonali con ottimi risultati. Si era lamentato per una mancata e adeguata informazione per cui non riuscivano a funzionare a pieno ritmo. Lo stesso giorno ho sentito sempre su Sky, non ricordo chi fosse, ma mi è rimasta impressa l'aggressività con cui ha proclamato che i costi dei monoclonali sono insostenibili per noi. In internet ho verificato che si tratta di 1000 o 2000 euro cadauno. Mi sembra molto poco se viene paragonato al costo dei 200.000 tamponi giornalieri molecolari che è minimo di 80 euro (16 milioni al giorno); vale a dire 8.000 persone curate con riconosciuta efficacia.

C'è anche una società che propone la cura con i monoclonali a domicilio.

SCELTA FINALE

La prima decisione riguarda la prevenzione; assumo ogni giorno la vitamina C, D e un nuovo prodotto: Esperivit della

Vanda. Lo trovo particolarmente efficace e di una cosa sono certo: mi sento alla sera meno stanco.

Ho già scritto nel mio blog senza data perché sono sicuro che non cambierò mai in quanto desidero essere curato soltanto a casa con: l'assistenza della mia dottoressa di base Catia, le flebo di vitamine del mio amico bergamasco dottor Fabrizio, niente tachipirina, oppure, se necessario, con uno dei metodi che ho elencato. Ribadisco che non voglio: andare per alcuna ragione in ospedale, essere alimentato in modo artificiale e voglio che mi siano dati soltanto farmaci antidolorifici.

IL PROBLEMA IRRISOLTO

Mio figlio Giovanni (ci sono tre generazioni tra me e lui) è contrario alle mie tesi e ci confrontiamo su piani completamente diversi: lui ha come base l'aspetto medico scientifico ma io non posso rispondergli perché non ho le adeguate conoscenze e ho già più volte manifestato le mie perplessità nel considerare scientifica la medicina che cura (post del 28/12/20).

Lui banalizza le mie tesi logiche e così la competizione è sempre accesa. Per quanto mi riguarda sono felice di non avere soltanto amichevoli consensi, perché credo che la noia sia il male peggiore. Rischio che non corro. Non vi dico da quale parte sta la madre.

Sono sicuro che alla fine ci incontreremo nella luce.

Tutti gli altri post che non sono stati citati nel escamotage:

10/04/2020 DIASORIN

Il 7 aprile ho visto un servizio a un telegiornale, non ricordo quale, che raccontava che una multinazionale italiana, la DiaSorin, aveva messo a punto, in collaborazione con l'ospedale san Matteo di Pavia, un test del sangue per dosare le immunoglobuline Ig G e Ig M. Una notizia molto importante che nessun altro telegiornale o quotidiano ha ripreso, con mia grande meraviglia. Il dosaggio delle immunoglobuline è già in uso abituale per molti altri virus; quasi tutti gli ospedali e grandi laboratori hanno le apparecchiature DiaSorin necessarie per i test.

Sono un ingegnere, cerco di usare un linguaggio comprensibile a tutti.

Con questo esame si ottengono due tipi di informazioni:

- 1) Le Ig G ci dicono se il paziente è già entrato in contatto con il virus ed ha prodotto gli anticorpi specifici, indicandone il valore quantitativo (dosaggio).
- 2) Le Ig M ci dicono che il paziente ha la malattia in atto e sta producendo gli anticorpi specifici, indicandone il valore quantitativo.

Ricordo che è già in atto la sperimentazione del kit che prevede un prelievo di una goccia di sangue da un dito, che chiamo "pungidito", che consente di sapere se la persona ha già avuto il contatto con il virus o no. Questo test è attendibile se negativo: cioè nel confermare che il paziente è sano. Può invece essere positivo anche per altri coronavirus, quindi non affidabile se positivo; nel tal caso diventa indispensabile il test DiaSorin.

Posso ipotizzare le seguenti soluzioni.

Per le persone che si recano in ospedale:

primo passaggio in una tenda per essere sottoposte al pungidito. Se negativo tornano a casa. Se positivo, passaggio in una seconda tenda con prelievo del sangue per l'esame DiaSorin, se anch'esso positivo si esegue il tampone. Se presentano pochi sintomi ritornano a casa per terapie domiciliari o in un albergo destinato ai pazienti Covid 19. I più gravi vengono ricoverati in terapia subintensiva o intensiva.

La stessa procedura può essere praticata a domicilio da parte di un'apposita équipe mobile.

Prego chiunque sia informato in proposito di mettersi in contatto con me.

Concludo sottolineando che resta il grave problema di conoscere la durata dell'immunità acquisita nel tempo per non avere ricadute.

11/04/2020 BUROCRAZIA E KIT ANTICORPI

Ieri ho ricevuto un video molto interessante e ho saputo che è possibile ordinare dall' Italia i test del pungidito, 270 euro per 40 test, fornitore il Belgio.

Ho l'impressione che sia entrata in gioco in modo irragionevole la burocrazia che, con la scusa di pretendere prove scientifiche, ha bloccato la vendita di questi prodotti fabbricati in Italia in notevoli quantità da una ditta toscana e da Diasorin, venduti circa un mese fa alla regione toscana e poi a quella veneta.

La protezione civile ha segnalato soltanto che nove società erano state autorizzate a fare le ricerche senza aggiungere esaurienti informazioni, soltanto due giorni fa ha comunicato che sarà scelta una sola società per avere l'uniformità di risposte per tutta l'Italia. Avrei preferito che fossero lasciate libere le regioni di scegliere nel libero mercato.

Ho saputo poi che sono previsti due sistemi diversi per avere il risultato del test: il primo, più semplice, consiste nel guardare la piastrina del Kit (come nel test di gravidanza) seguendo le istruzioni; il secondo prevede il prelievo del sangue.

Il Comitato Emergenza Coronavirus avrebbe fatto collaborare le società verificando ambedue i sistemi e avrebbe finanziato le sperimentazioni sul campo senza ostacoli burocratici.

Sono convinto che più le regole sono rigide, più possono essere complicate dalla burocrazia, quindi patologiche.

LINK AL VIDEO:

<https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/04/08/coronavirus-marco-lillo-ho-comprato-online-il-test-sierologico-e-ho-scoperto-da-solo-che-ho-avuto-il-covid-ecco-come-funziona-video/5763607/>

12/04/2020 LUCE IN FONDO AL TUNNEL

Auguri a tutti di Buona Pasqua!

Finalmente si intravede la luce in fondo al tunnel: è nata la Task Force, che spero sia composta dai migliori esperti nelle discipline di cui avevo parlato nel mio progetto del Comitato Emergenza Coronavirus. È fondamentale che la burocrazia non blocchi la sua attività in modo che proceda il più rapidamente possibile.

Riassumo le mie considerazioni:

La mortalità, in questa pandemia è bassa e colpisce persone già debilitate, portatrici di altre malattie, o con abitudini poco salutari.

Esistono diversi tipi di indagini sierologiche, come i “pungidito”, già in uso in alcune regioni italiane, ma per ora non c’è ancora una validazione ufficiale.

Saranno presto disponibili, sembra il 20 aprile, gli esami della DiaSorin, sperando che la burocrazia non blocchi la validazione.

Ieri è comparso in internet un messaggio di un medico anonimo di Pavia che parlava di una possibile nuova terapia per il covid19 con l’uso di antinfiammatori, fra cui il cortisone e l’eparina come anticoagulante.

Mi ha colpito l’immediata reazione di MEDICAL FACTS di Roberto Burioni che definisce la notizia “una bufala”. Non so chi abbia ragione ma trovo sconcertante che il Professor Burioni si sia eletto unica fonte attendibile e abbia avuto un comportamento irrispettoso nei confronti di un suo collega medico.

So che ha sempre rifiutato confronti perché dichiara di essere il depositario della VERITA’, attributo finora riservato soltanto a Dio.

Il dottor Stefano Di Prisco, decano dei medici di bordo di Costa Crociere, bloccato su una nave Costa all’ancora in Liguria, ha

raccontato al collega amico Domenico Biscardi di applicare le stesse terapie del medico di Pavia, con buoni risultati. Oggi molte fonti han comunicato che l'AIFA ha autorizzato ufficialmente la ricerca sull'eparina.

Penso che la Task Force debba decidere il più velocemente possibile come realizzare la fase 2 valutando i rischi di ogni soluzione.

La mia proposta:

- eseguire al più presto le indagini sierologiche sui pazienti più a rischio: i più anziani o portatori di altre malattie;
- sottoporre i casi dubbi ai tamponi molecolari;
- consentire la libera circolazione ai minori di 60 anni e a chi ha già avuto la malattia e ha già sviluppato gli anticorpi;
- verificare con le autopsie qual è la cura più efficace.

Rimane il problema della durata dell'immunità, per questo è necessario raccogliere tutti i dati possibili a livello internazionale per poterla valutare.

14/04/2020 FAKE NEWS

Nel mio girovagare fra i programmi televisivi ho sentito un'intervista all' Amministratore Delegato della Dedalus Italia spa di Firenze, che ha illustrato un loro software che sarebbe la soluzione ideale per la gestione dei pazienti covid19 perché consentirebbe di monitorarli lungo tutto il decorso della malattia, con il rispetto della privacy.

Il sito di Dedalus è di grande interesse e spero che la task force ne tenga conto.

Riprendo l'argomento di ieri: le fake news. Premetto che condanno chiunque metta in rete informazioni, in questo momento così delicato, in modo anonimo. Ieri ho letto la testimonianza di un medico che si qualificava con titoli, nome e cognome e che si esprimeva sugli stessi argomenti, con le stesse teorie del medico cardiologo anonimo. Mi sono chiesto: se fosse anche questa una fake news? Ho controllato i dati e ho avuto subito la conferma: esiste infatti un medico con lo stesso nome e cognome, con titoli ottimi ma che pratica un'attività completamente diversa, un ortopedico!

Quindi, senza dubbio, è una fake news.

-Penso che chiunque voglia comunicare in rete un concetto, una teoria, debba essere riconoscibile.

-Ognuno è libero di esprimere le proprie idee perché in Italia i reati di opinione non sono perseguibili e ogni dibattito è utile per favorire la soluzione dei problemi.

– Come mai un medico di grande fama non interviene subito se il suo nome viene usato abusivamente, dato che ci sarebbero gli estremi per una denuncia contro ignoti?

Mi è veramente difficile comprendere il vero scopo di questi messaggi.

Siete interessati a chiarire questi miei dubbi?

Scrivetemi, grazie.

15/04/2020 DEDALUS

Sono sempre più convinto che la Dedalus spa sia una scelta ottimale per la gestione sia dell'emergenza covid19 sia della salute di ogni persona. Per avere delle statistiche riguardo a un evento è necessario avere a disposizione il maggior numero di dati attendibili. I dati, invece, che ci vengono forniti quotidianamente dalla Protezione Civile non sono chiari: per esempio si parla di "contagiati" cioè positivi al tampone senza differenziare gli asintomatici dai portatori sani e dai malati.

Questi, poi, dovrebbero essere suddivisi in base alla gravità dei sintomi: quelli da curare a casa o in struttura adeguata e quelli da ricoverare in ospedale in subintensiva o intensiva.

Rimane fondamentale l'accertamento sierologico sia con il pungidito che con il prelievo venoso da confermare con i tamponi. È essenziale registrare la data e il risultato di ogni esame e di ogni controllo successivo.

Mi auguro che si possano iniziare al più presto i test sierologici, verificandone la validità sul campo per poter definire quali sono i migliori.

Il professor Paolo Bellavite, nostro amico, ricercatore di fama internazionale, professore di Patologia Generale in pensione, esperto in Immunologia mi ha detto che, data l'altissima contagiosità di questo virus, prima o poi ne verremo quasi tutti a contatto tanto da raggiungere una percentuale di contagiati ben oltre il 50% potremo rientrare nell'effetto gregge.

Il professor Galli, eminente infettivologo dell'Ospedale Sacco di Milano, ha confermato questa ipotesi; ho molto apprezzato che si sia definito: "scienziato fra virgolette".

16/04/2020 SCOPO FAKE NEWS

Secondo il mio parere sia il medico cardiologo anonimo sia il professore di grande fama di Bologna non avrebbero potuto trarre alcun vantaggio dalla diffusione di false notizie. Chi invece avrebbe potuto approfittarsi dal trasformare una notizia reale in fake news? Certamente chi aveva interesse a banalizzare una teoria non gradita.

I fatti successivi hanno fornito però riscontri “scientifici” positivi a questa teoria.

L'AIFA ha approvato la sperimentazione per l'eparina e vi è sempre più interesse sulla differenziazione fra le due diverse patologie polmonari; alla televisione ho poi sentito lo scienziato russo Gromov confermare la tesi del medico anonimo.

Ho già parlato nel mio post del 07/04/20 del Comitato Emergenza Coronavirus composto da esperti di varie specialità, che avevano ampi poteri per proporre soluzioni, assumendo i relativi rischi.

La task force appena istituita, avrà le medesime finalità e gli stessi poteri?

Il vero scienziato ama il confronto per migliorarsi, mentre la polemica è sterile.

Avevo già paventato il pericolo che si volesse scegliere un solo tipo di pungidito, senza tener conto che diverse regioni hanno già acquistato migliaia di kit. L'unico risultato importante di questi esami è: NO! Cioè il soggetto non ha avuto contatti con il virus. Se anche ci fosse un falso negativo, sarebbe comunque facilmente e rapidamente identificato. La sperimentazione sarebbe fatta sul campo e sarebbero premiati i kit migliori, a più basso costo.

17/04/2020 LE CURE

Non sono a conoscenza delle cure attuali e delle ricerche sulle possibili nuove terapie per il covid19, ma sono certo che sono di fondamentale importanza per la fase 2 e per poter tornare a vivere una vita normale.

Sono costernato nel constatare che non è ancora stato ufficializzato l'utilizzo degli esami sierologici iniziando dai pungidito e da quelli più approfonditi con il prelievo del sangue. Penso che sarebbe opportuno privilegiare il personale sanitario in ospedali, case di cura, RSA, dedito all'assistenza domiciliare, i medici di base, farmacisti, etc. In seguito sottoporrei agli esami tutti coloro che hanno continuato a lavorare per attività ritenute indispensabili, poi gli altri lavoratori finora costretti a casa e in attesa di riprendere la propria attività, infine tutti i pensionati, fra cui io e chi non svolge un'attività lavorativa.

In questo modo sapremo: chi non è mai stato in contatto con il virus, chi ha già superato l'infezione anche con pochi sintomi, chi è in fase attiva senza sintomi (portatore sano), con sintomi (ammalato).

È necessario, per ognuna di queste categorie, individuare una cura adeguata.

È importante anche la prevenzione. Vi dico la mia quotidiana: un grammo di vitamina .C in polvere, una spremuta di limone, vitamina D circa 4000 unità a un pasto, una compressa effervescente di Fluimucil 600 convinto che mi siano utili per la fiducia in chi me li ha consigliati. La fiducia è essenziale perché ci siano effetti positivi.

18/04/2020 FASE 2

Penso che la situazione attuale sia meno drammatica di come la protezione civile e i politici responsabili di scegliere la strategia della fase 2 vogliono farci credere.

Ho già espresso le mie perplessità sulla soluzione “tutti a casa” nel mio primo post del 30/03/20 e il mio entusiasmo per i pungidito. In quella data erano già disponibili più di un milione di kit, acquistati dalla regione toscana e quella veneta. Come ho scritto ieri con mio grande stupore i burocrati hanno bloccato la sperimentazione fino ad oggi, quando è stato annunciato che partirà la gara fra diverse società su 150.000 persone, il cui risultato verrà comunicato il 4 maggio. Mi chiedo secondo quali criteri sarà stabilito il vincitore e temo che sia già stato designato secondo un’abitudine tipicamente italiana; spero almeno che vinca la società i cui kit sono stati già acquistati.

Torniamo all’attualità: bisogna fare al più presto gli esami sierologici sia per il pungidito che per quelli con il prelievo del sangue, che spero con il metodo DiaSorin, utilizzando il test rapido antigenico per la conferma della positività.

Per avere una corretta valutazione del decorso dell’epidemia è importante conoscere sul totale dei morti le percentuali per le diverse fasce di età (in decenni) le patologie preesistenti in ognuno, con i relativi farmaci somministrati.

In merito alle terapie bisogna trarre beneficio dagli errori commessi e dalle nuove conoscenze.

Le situazioni più gravi si sono riscontrate nelle RSA. Sarebbe sufficiente separare i malati dai sani, prevedendo la possibilità di un ricovero per i più gravi, per i meno gravi l’assistenza medica necessaria.

Molte morti sono state causate da una diagnosi inizialmente errata: è stata attribuita l’insufficienza respiratoria a una polmonite, in seguito si è poi capito che la causa era una sofferenza della circolazione dovuta a microtrombi, informazione

bollata come fake news come ne ho già parlato nel post del 12/4 e successivi.

Il dato ufficiale dell'età media dei morti è 82 anni: quanti sono i morti per fascia di età?

Riconfermo la mia soluzione del 30/03/20: occorre tener separati i soggetti a rischio cioè anziani, disabili immunodepressi e portatori di gravi malattie, al proprio domicilio o in apposite strutture.

Completata l'indagine sierologica, tutti i sani e gli immuni possono essere liberi di uscire e di lavorare, naturalmente con le dovute precauzioni: misura della temperatura, mascherine, lavaggi delle mani, ecc.

20/04/2020 SEGUITO FASE 2

Come temevo è aumentata oltre ogni limite la campagna terroristica di “tutti a casa”. Per esempio in tre occasioni personaggi della Protezione civile hanno paragonato con toni drammatici, il numero di morti per covid19 a quello per le guerre. Lo trovo assurdo.

Prima di tutto è necessario accettare che sono stati commessi molti e gravi errori in modo da non ripeterli.

Gli ospedali hanno ora la possibilità di ricoverare i pazienti più gravi in terapia intensiva, il numero di tamponi è in aumento e finalmente stanno per iniziare le verifiche degli esami sierologici. Sappiamo come organizzare le RSA e, soprattutto, si è capito come impostare la terapia fin dall’inizio dell’infezione. Sono stati individuati i farmaci efficaci per la prima fase: dei sintomi lievi; per la seconda: dei sintomi più importanti (febbre alta, mal di testa, congiuntivite, raffreddore, dolori addominali, tosse, malessere e molti altri); per la terza: dell’insufficienza respiratoria e delle microembolie disseminate.

La diminuzione del numero dei decessi è un risultato già ottenuto. Ma rimane essenziale, anche per il futuro, cambiare lo stile di vita: l’alimentazione (diminuire gli zuccheri, aumentare la frutta e la verdura, integrare con vitamina C e D) e ancor più condurre una vita sana, il più possibile all’aria aperta.

Dato che la percentuale di morti è sempre stata bassa e, probabilmente, diminuirà ancora, mi chiedo perché continuare con la strategia della paura e del “tutti a casa”, aggravando ancor più la situazione economica e psicologica di tutti.

La validazione dei test sierologici ha subito un ritardo inaccettabile e ora si dovrà imparare a utilizzarli nel migliore dei modi strada facendo.

22/04/2020 SUGGERIMENTI ALLE TASK FORCE

Confermo che la gara fra i produttori di pungidito non soltanto è inutile ma è controproducente perché è sufficiente verificare la negatività.

Le diverse società ammesse alla gara, specie per i kit a lettura diretta e immediata, che dovrebbero iniziare al più presto la produzione su larga scala.

Occorre che siano rispettate le priorità già illustrate nel post del 17/04, lasciando per ultimi coloro che non svolgono attività lavorative.

Terminati tutti i test sapremo quanti e chi sono i “sani”, i guariti immuni e gli ammalati. Quando ci sono sintomi gravi bisogna portare il paziente in ospedale, fare gli esami sierologici nelle tende e, se necessario, il tampone. Finché è possibile è meglio che il paziente sia seguito a domicilio o in strutture adeguate con le cure necessarie.

Vale lo stesso principio per gli anziani che sono ospitati nelle RSA, seguiti dal medico della struttura che dovrà rispondere alle nuove esigenze con reparti separati. Occorre che ci siano unità mobili con medico specialista per le emergenze.

Elemento determinante per uscire da questa situazione è trasmettere alla popolazione la fiducia non la paura, mantenendo le mascherine, il lavaggio delle mani a cui aggiungerei il controllo della temperatura all'ingresso di ogni struttura. In questo modo penso che si tornerà a vivere e finalmente potremmo affrontare la catastrofe economica. I primi due mesi saranno molto difficili ma penso, vedendo le statistiche di questi ultimi giorni, che la mortalità continuerà a diminuire (vedi post del 18 e 20/04).

Non è però ancora chiaro quanto duri l'immunità, nessuno ora lo può sapere.

25/04/2020 SINTESI

Non ho ancora capito chi studia, propone e decide le scelte della fase 2. La decisione è logicamente politica ma i politici non hanno sufficienti conoscenze specifiche e dipendono dai consulenti. Non mi è chiaro chi ha più peso: il comitato tecnico-scientifico, la protezione civile, l'OMS o la recente Task Force. Dovrebbe essere la politica a fare la sintesi e assumersi la responsabilità delle decisioni? I vari organismi dovrebbero nell'ambito delle loro competenze dare le disposizioni attuative? Ne sono responsabili?

Tralascio l'aspetto economico di per sé difficilissimo, vorrei analizzare delle soluzioni per la fase2. Mi sembra evidente che si è volutamente ingigantita la paura attribuendo al covid19 tutti decessi di questo periodo, come ad esempio quelli nelle RSA, abbandonate a se stesse e quelli dovuti agli errori diagnostici della patologia polmonare. Inoltre sono state attribuite al covid19 le morti di soggetti portatori di altre patologie croniche per cui assumevano molti farmaci.

Una recrudescenza della pandemia, nonostante non ci sia nessun dato a favore di questa ipotesi, è stata prospettata come quasi sicura per aumentare il terrorismo psicologico, attribuendo già la responsabilità ai comportamenti dei cittadini disobbedienti alle regole imposte. Perché si continua in questa direzione togliendo la speranza a una popolazione in grandissima difficoltà? Ma la risposta è pronta: i burocrati della protezione civile ci hanno rassicurato che saremo salvati solo dal vaccino!! Alla televisione il professor Locatelli ha sottolineato i pericoli delle recidive perché non conosciamo i tempi dell'immunità dell'infezione, ha poi subito aggiunto che però il vaccino darà l'immunità; mi chiedo come si possano conoscere i

tempi di immunità da vaccino se non si conoscono ancora quelli dell'infezione.

Alcuni dicono che ci possa essere un legame fra vaccinazioni anti-influenzali e anti-meningococciche e il covid19. Non entro in merito alla questione ma propongo di verificare fra i morti e i guariti nelle terapie intensive di Bergamo e Brescia quanti e quando fossero stati vaccinati, controllando con quali, quanti vaccini e valutare i dati.

Per questo vaccino si è deciso di accorciare i tempi di sperimentazione “necessari” per ogni vaccino prima di poter essere utilizzato: da un anno e mezzo a pochi mesi; infrangendo così le regole della procedura.

Se si fosse adottato il software Dedalus di Firenze (vedi post del 15/04) ora i dati di ogni persona sarebbero disponibili, compresi quelli sierologici e i risultati del tampone, appena eseguiti, oltre alla valutazione psicologica. Il vecchio adagio milanese: “quell lì l'è mort da la paura de muri”(quello lì è morto dalla paura di morire) si adatta bene a questo periodo come anche l'altro detto: “quell lì l'è tacà a la vita e ‘l guaris” (quello lì è attaccato alla vita e guarisce): la persona ha dentro di sé l'energia per guarire. Questo vale ancor più nelle RSA. Si spiega in questo modo la guarigione dal covid19 di centenarie e il fatto che ci siano più morti nella fascia ottanta-novanta che novanta-cento.

La Abbott americana ha vinto la gara per i test sierologici con prelievo del sangue dichiarando una attendibilità del 99%, che dovrà essere verificata su 150.000 soggetti per ottenere il contratto.

E tutte le altre aziende italiane? Quanto tempo occorrerà alla Abbott perché riesca a sottoporre tutti gli italiani al test?

Avrei scelto, fra le numerose aziende selezionate, le più affidabili che garantissero risultati ben più sicuri subito dopo avrei iniziato la sperimentazione sul campo.

Avremmo guadagnato un mese e avremmo avuto a disposizione un numero di test notevolmente superiore, con i dati indispensabili per procedere nella fase 2 con maggior serenità.

Il libero mercato avrebbe poi evidenziato le aziende migliori per prezzo, precisione e affidabilità dei dati.

Gli esperti, consulenti del governo, senza questi dati, si sono cautelati scegliendo le soluzioni più garantiste. Mi chiedo: garantiste per chi? Per loro o per la popolazione. Mi piacerebbe sapere quanti italiani preferirebbero il pericolo del contagio alla libertà, potersi cioè muovere liberamente pur rischiando il contagio, migliorando così anche la situazione economica.

Non ho capito se la Abbott sarà l'unica autorizzata a fare i test e mi chiedo quando potrà terminare almeno per le persone da me indicate nel post del 25/04/20 SINTESI.

Ripeto che aprirei tutte le scuole dalle materne all'università, i luoghi di culto, i bar, ristoranti, parrucchieri, ecc. tenendo conto di come adeguare i mezzi di trasporto pubblici, inizialmente per i sani e gli immuni senza l'obbligo della distanza. in seguito, quando gli anziani e i fragili potranno uscire, sarà necessario creare spazi riservati in ogni ambito.

E per i "pungidito" è stata fatta la gara? Non sono riuscito a capire se sono le stesse ditte a cui abbiamo già accennato oppure società diverse? È già stato deciso che non sono utili?

29/04/2020 LA BUFALA CONTAGI

L'aumento dei contagi in Germania è stato evidenziato con toni drammatici ieri nei programmi televisivi, oggi sui quotidiani. Che cos'altro ci si aspettava dopo aver permesso di circolare a parte della popolazione? Era inevitabile che ci fosse un aumento dei contagi che non è assolutamente sinonimo di un corrispettivo aumento di malati gravi, ricoverati in terapia intensiva e poi morti: sono soltanto questi numeri che contano. In Italia, se il contagiato segue le regole da me consigliate (post del 25 aprile), può essere facilmente curato e guarito diventando così immune.

Mi chiedo se sia incapacità analitica o malafede.

In questi giorni mi disturba molto l'abuso costante del termine "scientifico" in medicina. Ho sempre pensato che la Medicina che cura non può essere definita "scientifica" in quanto il paziente è unico e irripetibile oltre che complesso; pensavo invece che lo fosse la Medicina di ricerca ma ora mi chiedo: "Quando un ricercatore è definito scienziato?"; dovrebbe essere quando i risultati della sua ricerca sono numerosi e comprovati. Invece mi sembra esista un'antitesi netta fra la medicina "ufficiale" e quella "eretica" ed è sempre stato evidente lo strapotere degli interessi economici. I veri ricercatori dovrebbero confrontarsi al fine di trovare le migliori soluzioni a beneficio di ogni paziente.

05/05/2020 LIBERI TUTTI...CON GIUDIZIO

Ho espresso il mio pensiero sulla medicina attuale nella parte “Placebo o Nocebo” del mio libro appena pubblicato da Amazon, dove ho posto due domande agli esperti:

Perché non possono convivere l’allopatia con l’omeopatia?

Perché si è creata la contrapposizione vax contro no-vax? Per me senza senso, mi sembrerebbe più corretto dire vaccini sì - obbligo no.

Ho poi fatto una critica severa alla nuova medicina che ha reso difficilissimo l’accesso alla facoltà poi peggiorato ancora per la specializzazione.

Da un mese esprimo le mie considerazioni su quanto sta avvenendo, secondo la mia logica, basandomi sulle informazioni trasmesse dalle reti televisive.

Non ho mai visto un dibattito fra due esperti di differenti opinioni né trasmissioni in cui fosse possibile intervenire per porre quesiti. Ne avrei moltissimi come ho già evidenziato nei miei post, non per affermare mie idee ma per confrontarmi con chi è più informato di me. Discuto molto spesso con mio figlio Giovanni, con toni a volte accesi per la divergenza di idee e ne sono felice perché il confronto mi ha permesso di ampliare le mie vedute.

Ogni giorno faccio domande suggerite dalla mia logica.

Le rivolgo al comitato tecnico-scientifico e alla protezione civile:

Perché non avete incaricato l’ISTAT di seguire il paziente dal ricovero fino alla guarigione o al decesso? Oppure la Dedalus di Firenze, proprietaria di un software che potrebbe registrare tutti i dati sanitari della persona, rispettandone la privacy?

Dal mese di marzo erano disponibili i test sierologici con il pungidito e con il prelievo, come mai non è stata informata la popolazione che vi ha seguito ogni giorno? Poteva dare speranza soprattutto a coloro che erano sopraffatti dalla paura.

Purtroppo ancora una volta la burocrazia ha imposto l'obbligo delle sperimentazioni bloccandone l'utilizzo. Chiedo: quale pericolo avete individuato? Non ne vedo alcuno nell'esecuzione e per i risultati ci sarebbe stata la verifica dell'attendibilità anche in relazione al tampone.

Invece si è scelto di indire una gara fra tutte le società che si erano proposte; ai primi di maggio è stato comunicato il vincitore che avrebbe iniziato la sperimentazione dal 4 maggio. Perché si è perso così tanto tempo? E dovremo ancora attendere i risultati della sperimentazione in modo che finalmente la popolazione possa essere testata.

Se, invece, si fossero scelte le nove società ai primi di aprile e si fosse fatta la sperimentazione direttamente sul campo, ora avremmo dati molto più precisi sulla pandemia e sulla possibilità di permettere al maggior numero di persone di uscire da casa, sempre con le dovute precauzioni.

e cure, che esulano dalle mie competenze, dovrebbero avere una sola verifica: la guarigione. La medicina "scientifica" preferisce "curare per curare": lo dimostrano le guide e i protocolli che i medici sono costretti a rispettare prescindendo dalle caratteristiche individuali del paziente.

Ho seguito con interesse la terapia con il plasma che i nostri "scienziati" si sono affrettati a stigmatizzare come non scientifica, dimenticando che è una terapia già ampiamente sperimentata in altre epidemie e che sta ottenendo ottimi risultati. Sembra che molti ospedali statunitensi, oltre a vari italiani, la stiano adottando. Per quale ragione persiste un totale disinteresse da parte degli organismi statali, task force compresa?

Negli ultimi due post LA PAURA FA 90 (post del 28/04/20) e LA BUFALA DEI CONTAGI (del 29/04/20) ho espresso le mie considerazioni sulla situazione attuale, alla luce di recenti scoperte.

08/05/2020 1° ACCENNO AI VACCINI

Sempre più il vaccino è visto come la soluzione ai gravissimi problemi causati dal COVID-19, non ci sono dubbi, lo annienterà.

La mia logica invece mi suggerisce che sono legittimato ad avere dubbi perché, all'inizio della pandemia, ogni virologo sosteneva che sarebbe stato necessario un anno e mezzo o due per poter inoculare il vaccino alla popolazione.

Ci sono ricerche in ogni parte del mondo e numerosi gruppi sono in corsa. Ogni giorno si propongono nuovi partecipanti che prospettano tempi sempre più brevi anche pochissimi mesi. Che fine hanno fatto i protocolli di sicurezza di solito applicati rigidamente per validare un vaccino? Non penso sia possibile ignorarli, oppure esiste un modo per svicolare? Chi li autorizza? Con quali criteri? Sono perplessità serie confermate da un nostro illustre professore che ha sostenuto di essere in grado di disporre del vaccino in soli tre mesi: ha proposto una ricerca in doppio cieco su 50 giovani volontari di trent'anni, metà fa il vaccino e metà il placebo e poi inietta il virus a tutti. I miei dubbi sono seri: professore, l'etica non riguarda tanto la scelta dei volontari ma l'iniettare a tutti il virus. Sappiamo che non corrono pericoli perché, da quello che so, il COVID-19 crea ben pochi problemi ai giovani sani. Non sarebbe più corretto differenziare l'età per gruppi dai trenta agli ottant'anni, perché vorrei conoscere i pericoli che correrei facendomi vaccinare alla mia età, 84 anni.

Attualmente è ancora impossibile sapere quanto durerebbe l'immunità data dal vaccino e quindi la necessità di eventuali richiami.

Si sa che si possono curare e guarire sintomi lievi e anche gravi con farmaci vecchi e nuovi a casa; in ospedale, nei reparti di terapia intensiva, ora si riescono a curare anche gli ammalati più gravi da quando si sono corretti gli errori diagnostici e si è

iniziato a curare anche con il plasma. Il nostro professore ha già criticato questa terapia, vorrei sapere con quali conoscenze. Non sarebbe stato più corretto verificare direttamente a Mantova i risultati che si ottengono con questa terapia, analogamente prendere in considerazione la ricerca dell'Istituto Mario Negri che con l'Ospedale di Bergamo ha creato una nuova tecnologia? Non sarebbe auspicabile collaborare tutti per trovare soluzioni a questa situazione di emergenza?

12/05/2020 FALLIMENTO TOTALE

La decisione di non scrivere altri post sul Covid19 è durata pochissimo.

Mi hanno detto che in un documento del ministero della salute, del 9 maggio, si dichiara che i test sierologici praticamente sono inutili perché non possono sostituire i tamponi.

Chiedo al ministero: chi ha mai sostenuto che i test sierologici possono sostituire i tamponi?

Ho già espresso il mio pensiero al riguardo nei post del 11/04, “Burocrazia e kit anticorpi”: i test sierologici e i tamponi sono senza alcun dubbio complementari. Siamo sicuri che i tamponi non diano falsi positivi e falsi negativi?

La sperimentazione dei 150.000 test sierologici sembra sia iniziata oggi. Che parto difficile!

Ho sentito che la Regione Lombardia ha scelto per i test sierologici la DiaSorin; mi fa piacere, ma per me la soluzione corretta sarebbe la piena libertà come nel Veneto.

La scelta della protezione civile di indire una gara per scegliere una sola azienda in tutta Italia è risultata un vero fallimento.

Nel post del 25/04 ho espresso il mio disaccordo sul distanziamento di un metro e mezzo che sarà impossibile da mantenere quando nella fase 2 completata, ci saranno affollamenti inevitabili, ad esempio sui mezzi di trasporto. Ritengo sufficiente e necessario l'uso delle mascherine e ancor più la misurazione della temperatura appena possibile.

Ribadisco che se fossero stati fatti i test sierologici “a tappeto” da fine marzo e registrati i dati relativi dall'ISTAT, a questo punto avremmo molti meno problemi.

Decisioni semplicistiche che hanno comportato danni economici incalcolabili.

Concludo con una buona notizia: ho saputo che si sta mettendo a punto un nuovo test sulla saliva, rapido e preciso, e confermerebbe la presenza del virus, un ottimo sostituto del tampone.

15/05/2020 ANTILOGICA

Ribadisco ancora una volta: ritengo inaccettabile che in questa drammatica emergenza siano le procedure burocratiche a dettar legge. L'esecuzione a tappeto dei test sierologici non avrebbe comportato alcun rischio e, a questo punto, avremmo avuto moltissimi dati utili per capire, grazie all'ISTAT, l'andamento della pandemia e si sarebbero individuati i test più affidabili e più economici. Invece è stata indetta una gara di cui non si intravede la fine; anzi, sembra si sia ancora ai primi contatti telefonici per individuare i volontari per il test.

Durante la trasmissione "Tagatà" de La7, del 13/05, la dottoressa Furlanetto, dell'Università di Firenze, ha annunciato che nel laboratorio da lei diretto sono riusciti a creare un reagente per i tamponi. Vi consiglio di visionare la trasmissione. La dottoressa afferma di aver dato tutti gli elementi necessari per decidere la validazione di questo reagente al comitato tecnico-scientifico già dai primi aprile, senza ottenere risposta. Nella stessa trasmissione il professor Morrone ha informato che è stata indetta una gara.

Chiedo: una gara fra chi? Fra i produttori italiani e quelli internazionali? Con quale scopo? Avere un unico vincitore, cioè una sola azienda? Non sarebbe meglio analizzare tutti i reagenti privilegiando, in un libero mercato, quelli delle migliori aziende sia per la qualità sia per i prezzi, risparmiando così tempo prezioso?

Il primo premio della gara ANTILOGICA va alla gestione della distribuzione delle mascherine e dei loro prezzi. Sono vendute nei supermercati in confezioni da 50 pezzi al costo di 61 euro IVA compresa. Sarebbe sufficiente fare anche confezioni da 5 pezzi al costo di 4,8 euro IVA compresa e metterle in vendita in altri negozi (tabaccai, giornalai, ecc.) chiudendo così la polemica con i farmacisti; ancora più semplice è utilizzare mascherine di tessuti lavabili acquistate o confezionate a casa propria.

21/05/2020 AGGIORNAMENTO

Buone notizie: la sperimentazione con il plasma iperimmune è stata estesa prima all'Ospedale di Pavia poi a quello di Mantova. Quando però ho saputo il nome del professore alla guida dell'equipe di Pisa sono rimasto molto sorpreso: è uno dei fondatori di un "patto" assieme al professore che ho già citato (08/05/20 VACCINI) che ha sempre banalizzato la possibilità di curare con il plasma.

Sarà per tutti interessante conoscere le conclusioni "scientifiche" delle sperimentazioni.

Infuria invece la guerra sui sierologici. Nel mio primo post (30/03/20) avevo proposto l'esame del pungidito a tappeto poi integrato (10/04/20) se positivo con il tampone, a carico del servizio sanitario nazionale. Invece ora si è scatenata la corsa per fare, a pagamento, gli esami sierologici e, se necessario, il tampone, in modo caotico, senza controllo.

Nulla si sa dei risultati della sperimentazione della ABBOTT, vincitrice ancora non definitiva della gara indetta ufficialmente. Non riesco a immaginare che cosa possa succedere se ABBOTT non raggiungesse il 99% garantito.

Per valutare la diffusione dell'epidemia è ancora utilizzato come parametro di riferimento il numero di contagiati. Ripeto ancora che gli unici dati significativi sono quelli che si ricavano dal controllo di ogni ammalato nel suo decorso quindi è importante il numero di ricoverati in terapia intensiva, poi quanti riescono a guarire e quanti purtroppo muoiono.

Per fortuna questi dati diventano sempre più positivi perché i medici hanno imparato a curare con molta più efficacia (vedi eparina e plasma).

28/05/2020 SIEROLOGICO CON PRELIEVO SANGUE

Martedì 26 alla trasmissione de LA7 “Di Martedì” ho sentito proclamare che il test sierologico con il prelievo del sangue è inutile in quanto non affidabile, è stata la sola conclusione che ha trovato d’accordo i due giornalisti avversari da sempre.

Domanda: quando si può ritenere un test affidabile?

Sicuramente quando ha superato tutte le prove previste dai protocolli. Certamente queste prove le ha superate la ABBOTT, società statunitense dichiarata vincitrice della gara indetta fra le numerose società in grado di produrre questi test.

La ABBOTT ha garantito percentuali del 99% e la firma del contratto è soggetta ora soltanto al risultato delle prove che si stanno effettuando con i 300.000 test. È l’1% che fa nascere dubbi per quanto riguarda la validità del test?

Con grande gioia ho sentito ieri pomeriggio sempre su LA7 un virologo che, trattando lo stesso argomento, ne ha riconosciuto l’indubbio valore, anche se non assoluto. Ha inoltre illustrato benissimo tutte le ricerche che si dovranno approfondire per comprendere e approfondire il comportamento del virus in futuro. Alla domanda: “siamo sicuri che il virus non riappaia in tutta la sua virulenza in futuro?” Bellissima risposta: “Siamo sicuri che non sia necessario ancora tempo ed esperimenti per conoscere meglio il COVID19?”. Aveva un tono di serena speranza senza imputare colpe alla popolazione che è già vittima.

Chiedo: siamo certi che i tamponi non abbiano falsi positivi? A chi pensa di rispondere con un sì, pongo un quesito molto semplice: perché per confermare la guarigione di un paziente affetto da COVID19 vengono fatti due o anche tre tamponi? Sembra essere un problema di carica virale. Non sarebbe meglio coordinare l’uso dei test e dei tamponi? Le difficoltà maggiori si hanno per problemi di finestra temporale e si spera che i nostri scienziati possano risolverle.

31/05/2020 PRIMO ULTIMO POST 2020

In quest'ultimo post ho deciso di raggruppare i problemi che non sono riuscito a capire e a porre domande. Inizio da queste ultime.

– Perché non è stato reso obbligatorio il controllo della temperatura corporea all'ingresso di ogni ambiente?

– Perché si insiste a imporre ai bambini le mascherine anche all'aperto, ignorando che possono causare seri problemi di respirazione?

– Ho visto un filmato messo in rete dal prof. De Donno, il primo che ha utilizzato il plasma per curare pazienti affetti da covid 19. Sono rimasto sconvolto. È palese che sia stato fatto di tutto dagli organismi ufficiali, programmi televisivi compresi, per demolire questo professore. Potete spiegarmi per favore le ragioni di questi comportamenti a dir poco meschini?

– Nessuno ha spiegato per quale ragione il Ministero della Salute ha emesso una circolare per sconsigliare di fatto le autopsie sui morti covid 19. Sono sicuro in questo caso che nessuno è in grado di darmi una spiegazione plausibile.

– Ho già parlato del problema tachipirina (17/05/20). Considerato che in questi giorni si sono avuti casi di pazienti covid 19 morti dopo ricoveri prolungati con la febbre che saliva e scendeva di continuo, mi sono chiesto: siamo sicuri che questa modalità di cura sia idonea oppure è meglio correre il rischio di consentire che la temperatura raggiunga i 40°?

– Sono sempre in attesa di conoscere i risultati raggiunti da Abbott con i test in corso di effettuazione sulle 300.000 persone.

– Riguardo alle mascherine penso che ci abbiano totalmente colpevolizzati al punto che vedo spesso persone che camminano in aperta campagna indossandole. Non riesco a stare zitto e dico apertamente a loro che sarebbe senz'altro meglio toglierle.

– Un’ottima notizia: una signora di 106 anni è guarita dopo essere stata contagiata dal virus, un evento straordinario che ha destato molta meraviglia. Ho un’ipotesi: alla sua età questa donna non ha evidentemente una delle malattie che sono la concausa dei decessi. Può essere una conferma che il covid 19 da solo non è responsabile della morte; a quanto pare necessitano altre complicanze.

07/09/2020 TRE MESI DOPO

In Italia il numero di decessi per il COVID-19 è diminuito moltissimo. A differenza della Germania, il virus qui viene quasi sempre considerato la causa della morte del paziente anche se portatore di altre gravi patologie.

Penso di poter confermare che il COVID-19 non è letale se la persona contagiata è sana e, nel dubbio, sarebbe sufficiente fare l'autopsia.

Dobbiamo questo eccezionale risultato della diminuzione dei decessi giornalieri ai nostri medici in prima linea, a quelli bergamaschi che hanno scoperto gli errori che si facevano curando per polmonite ciò che polmonite non era, inoltre si è scoperta l'efficacia dell'eparina, all'inizio banalizzata, ma che è stata determinante per la guarigione.

Il plasma è stata un altro eccezionale successo, definito inizialmente una fake-news, è stato poi acquistato da Trump e da poco dichiarato sicuro anche per pazienti pediatrici.

Questi medici hanno parlato poco, ma fatto molto e a loro bisogna aggiungere i responsabili delle aziende che sono stati i primi a fare sistematicamente ai loro operai il controllo giornaliero della temperatura e i test sierologici al primo giorno di ingresso in fabbrica e in caso di febbre o presenza di disturbi anche lievi. Se positivi venivano fatti i tamponi.

Questa procedura è stata da me suggerita il 16 aprile e attualmente utilizzata garantendo così la produzione nelle fabbriche che è fondamentale in questa terribile crisi economica.

Non ho saputo più nulla della gara per i sierologici, sono fermo al successo della ABBOTT americana incaricata di fare 300.000 test, ho trovato soltanto a nome di Valeria Brancato questo articolo del 19/06/20: "Test sierologici, i kit scelti dal governo non rilevano gli anticorpi che bloccano il virus e stanno per scadere". I dati ufficiali del Ministero della Salute ci

dicono che dal 25/05/20 al 15/07/20 erano stati effettuati in totale soltanto 64.600 test cioè un fallimento totale della gara perché poi non sono riuscito a trovare altri numeri significativi. Ora i test sono tornati di attualità per la scuola, soltanto però come scelta volontaria dei professori, ma molti di loro non sanno dove e come farli. Speriamo che diventi possibile eseguirli al più presto nelle farmacie.

È stato certamente un errore enorme fare la gara per la fornitura dei sierologici perché se si fossero fatti gli ordini ai primi di Aprile alle aziende disponibili in Italia avrebbero ridotto enormemente il numero di tamponi perché sarebbero stati indispensabili soltanto dopo la positività dei sierologici così sarebbero stati disponibili i tamponi per coloro che ne avevano veramente bisogno soprattutto per i sanitari dentro e fuori gli ospedali.

Ancora oggi si utilizzano i soli tamponi per conoscere chi è stato contagiato senza fare preventivamente i sierologici; non si è capito che i due metodi sono complementari e infatti i sierologici ci forniscono dati importanti riguardanti la presenza degli anticorpi IGG e IGM con i relativi valori ma c'è il problema del periodo di incubazione per cui è importante che davanti a un risultato negativo si informi la persona che deve ripetere il test appena avverte disturbi anche lievi; il tampone invece dice se è presente il virus e dovrebbe essere eseguito da un otorinolaringoiatra: è chiara la dipendenza dalle capacità dell'operatore; comunque si sono spesso verificati falsi positivi in funzione del numero dei cicli di ampliamento massimo scelti. È sufficiente chiedersi: perché si eseguono due test per dichiarare che un paziente è guarito? Non ne basta uno solo?

Non capisco come mai non venga misurata la carica virale perché dall'Istituto Mario Negri cito: *“Sarebbe opportuno, quindi, che i laboratori nel definire un tampone positivo quantifichino la carica virale come si fa con la glicemia, l'azotemia e il colesterolo.”*

Una buona notizia: è nato YUMI, il robot collaborativo per analizzare un maggior numero di test sierologici, progettato al Politecnico di Milano in collaborazione con ABB e IEO, in grado di processare fino a 450 test all'ora.

10/09/2020 2° ACCENNO AI VACCINI

Nel post del 08/05/20 avevo già espresso le mie perplessità per quanto riguarda il vaccino per il COVID perché avevo netta la sensazione che si fosse deciso di ridurre al massimo la sperimentazione sull'uomo.

Il ministro della Salute il 02/09/20 ha annunciato che i primi tre milioni di dosi del vaccino saranno disponibili per fine anno destinati con priorità agli anziani e agli operatori sanitari. Una follia perché il tempo per la sperimentazione non c'è.

La prima domanda che pongo è questa: AstraZeneca su chi farà la sperimentazione? È importante conoscere il numero e l'età per scaglioni decennali delle persone, sapere se è previsto il 100% di risultati positivi e infine se il soggetto deve essere necessariamente sano.

Seconda domanda: i dirigenti di AstraZeneca si rendono conto di quanti rischi corrono? È difficile avere anziani, come sono io, over 80, senza patologie ma anche nel caso che se ne trovino per la sperimentazione, che cosa succederà quando inizieranno a vaccinare? Visiteranno prima l'anziano e non faranno il vaccino oppure lo faranno comunque assumendone i rischi?

Sarà impossibile comunque sapere la durata dell'immunità data dal vaccino.

Il clamoroso calo di decessi in Italia ha senza dubbio dimostrato che abbiamo imparato a “curare” e con un termine che la medicina ufficiale non ama: “guarire”.

io chiedo: che cosa pensate possa succedere se viene fatto il vaccino a un asintomatico? La logica mi dice: occorre fare i sierologici più il tampone e se è negativo, il vaccino.

La sperimentazione per altri vaccini ha per ora indirizzi diversi, abbiamo chi prevede di fare i test con persone sane di trent'anni e coloro che hanno scelto di farlo con età dai trenta ai sessant'anni comunque sempre sane. Devono sottostare alle stesse regole ma non possono dal punto di vista deontologico

vaccinare persone che abbiano già compiuto per il primo caso quaranta anni e sessantacinque nel secondo.

La conclusione è semplice l'Italia ha sconfitto il virus con la capacità di curare e guarire e ripeto diventa indispensabile: analizzare le vere cause del decesso facendo l'autopsia visto il ridotto numero giornaliero di defunti.

Ieri 09/09 è stato pubblicato dal Corriere della Sera che AstraZeneca ha annunciato la sospensione globale dei test clinici per il suo vaccino per complicazioni riscontrate in uno dei volontari. Uno su cinquantamila! Decisione coraggiosa ed eticamente corretta.

22/09/2020 DRAMMA DEI SIEROLOGICI

Un aggiornamento al mio ultimo post. Riguarda l'annuncio della sospensione globale dei test clinici per il vaccino AstraZeneca. Studi successivi hanno dimostrato che non è stato il vaccino AstraZeneca a causare i problemi riscontrati, pertanto i cinquantamila test effettuati sono validati e la sperimentazione continua.

Confesso che non so come devono essere eseguite le sperimentazioni e ho già scritto quali requisiti dovrebbero avere seguendo sempre la logica. Ora però ho questo dubbio: le sperimentazioni sono segrete oppure si devono dichiarare pubblicamente i requisiti secondo i quali vengono eseguite? Ad esempio il luogo, l'età dei volontari disponibili al test, lo stato di salute richiesto, come risolvere il problema dei test per gli asintomatici, eccetera.

Nel caso che non fosse possibile seguire l'andamento delle sperimentazioni mi nascerebbe qualche dubbio, facile da immaginare perché ho letto il comunicato stampa AstraZeneca del 20/07 dove si dichiara che lo studio clinico è stato condotto su 1.077 partecipanti tra i 18 e 55 anni. Come mai poi nelle successive fasi è stato condotto anche su pazienti più anziani come comunicato dal Ministero della Salute?

Quanto sarebbe interessante seguire tutte le diverse sperimentazioni e poter scegliere il vaccino che ci dia le migliori garanzie.

Per quanto riguarda i test sierologici è confermato il completo fallimento della gara vinta da Abbott. Tutto è ora gestito da ogni regione con un numero di fornitori di kit sia italiani sia stranieri, con una confusione enorme, polemiche, cause e denunce comprese.

Il 09/09 abbiamo un intervento del governo, infatti il Ministero della Salute ha finalmente proposto il via libera ai test sierologici in farmacia. Era già stata indetta il 09/07 un'altra

gara per la fornitura di due milioni di test rapidi antigenici prioritariamente destinati agli operatori sanitari. Non sono riuscito a sapere chi ha vinto la gara. Spero soltanto che si lascino libere le farmacie di scegliere il kit (naturalmente approvato dagli organi competenti).

La regione Sardegna è stata l'unica a pubblicare un elenco di laboratori abilitati a fare i test specificando il nome del costruttore (la maggior parte stranieri).

La distribuzione dei kit privilegerà coloro che hanno il diritto di uscire di casa e potrà essere effettuata dalle farmacie dietro prescrizione del medico di base con il sistema attualmente in vigore, che non necessita della visita.

I risultati saranno comunicati al proprio medico di base e automaticamente al centro raccolta dati.

Se il risultato è negativo tutto ok. Se è positivo occorre che: o si sottoponga al test sierologico con il dosaggio delle immunoglobuline (Diasorin) o faccia il tampone rivolgendosi alle strutture pubbliche per la prima volta. Nel caso in cui il test sierologico risulti negativo significa che il soggetto è sano e deve ripetere il sierologico all'apparire dei primi sintomi.

Mi è assolutamente impossibile spiegare questo ostracismo ai sierologici che ha causato notevoli danni ma fortunatamente ha permesso alle aziende di avere gli operai al lavoro. Basterebbe a questo punto fare la stessa procedura nelle scuole.

25/09/2020 SOGNO O REALTA' (SECONDO ULTIMO POST)

Questa notte ho fatto un sogno e nuovi pensieri mi hanno fatto nascere altri dubbi che vorrei chiarire il più possibile.

È a tutti ormai evidente che l'Italia è la nazione che ha raggiunto i risultati migliori nella cura e ripeto che l'unico dato importante in una pandemia è il numero dei morti, però da noi non si tiene conto delle altre gravi patologie e il COVID è sempre considerato l'unica causa.

Abbiamo imparato a curare e guarire basti pensare a tutti i personaggi di grande spicco e ne cito uno solo: Berlusconi.

Ora la mia attenzione si è concentrata sugli asintomatici che vengono costretti alla quarantena di 15 giorni soltanto perché sono positivi al tampone; basterebbe un esame sierologico per confermare che la persona è realmente ammalata (vedi primo post 30/03/20); se non lo è, può circolare senza problemi.

Non ci sono certezze se il contagiato autorizzato a circolare sia immune e se sia in grado di trasmettere il virus; si sa soltanto che il costante aumento del numero di tamponi sui sani ha causato una corrispondente crescita del numero degli asintomatici. Occorrerebbe separare, facendo i test sierologici, i contagiati con le IgG positive che hanno superato il contagio, da chi ha le IgM positive cioè la malattia.

Il procedimento più corretto sarebbe di suddividere giornalmente il numero dei contagiati: ricoverati in ospedale (in terapia in corsia, in subintensiva e intensiva), quelli in isolamento domiciliare e gli asintomatici.

Sino ad ora non ci sono certezze sulla trasmissione del COVID da parte degli asintomatici. Sarebbe utilissimo seguire persona per persona. Se è verificato che non ci sono recrudescenze del virus si può sperare che sia possibile l'immunità (soltanto tempo e ricerche lo potranno chiarire).

Il mio sogno: smettiamo di dichiarare ammalato chi non si è sicuri che lo sia.

La realtà: si continua sempre più a spaventare la popolazione.

23/11/2020 I PREZIOSI CONSIGLI DEL PROF. BURIONI

Ieri sera il prof. Burioni ci ha dato alcune informazioni per me veramente importanti perché sono la conferma delle mie intuizioni da non esperto esposte nei post del 16 e 19 novembre.

Il professore conferma che l'analisi dei tamponi molecolari con la PCR è diventata sempre più precisa ma che si creano problemi quando si supera il numero dei cicli soglia CT (post del 16/11/20). È importante tener presente che ogni ciclo raddoppia il numero di molecole per cui la soglia di 45 cicli è senza dubbio eccessiva: equivale a trovare poche molecole contagiate su un gruppo maggiore di 35 mila miliardi. È la valida spiegazione del 95% degli asintomatici dichiarati dal Commissario Arcuri, senza spiegare come li seleziona.

Il prof. Burioni dichiara che i test rapidi antigenici sono certamente meno precisi ma più sicuri perché non dipendono più dalla PCR nel fornire i risultati inquanto il criterio di analisi è completamente diverso. Sono kit a disposizione di chiunque li voglia fare, danno un risultato in pochissimo tempo e ci informano se una persona per il covid è sana o ammalata. Da sostenitore di una possibile integrazione con i test sierologici, che adesso sono anche loro rapidi, ripeto che sarebbe meglio fare contemporaneamente al tampone, se positivo, il test rapido sierologico. Se quest'ultimo è negativo significa che il contagio è avvenuto ma non sono ancora trascorsi i giorni della finestra temporale, a questo punto andrebbe ripetuto dopo la quarantena, ad esempio con i dodici giorni previsti dal prof. Burioni, quindi due giorni in più da quanto avevo ipotizzato. Si conoscerebbe così quanti anticorpi IgM e IgG sono stati rilevati. Aggiungo che per dichiarare la guarigione basterebbe che non ci siano le IgM.

A differenza di quanto consigliato dal prof. Burioni che prevede dei test fai da te, farei una formazione online di personale

volontario da inserire negli alberghi COVID che, oltre occuparsi dei pazienti che sono ricoverati nell'albergo, coprono il territorio di propria competenza con l'incarico di fare i test a domicilio e quello di fare relazioni sui risultati ottenuti, sollecitando, quando è necessario, l'intervento di medici e autolettighe.

25/11/2020 IL TRIONFO DEI TEST RAPIDI

Una cara amica dopo aver ricevuto il post di ieri mi ha mandato questo link: <http://www.elzeviro.eu/affari-di-palazzo/esteri/la-truffa-del-tampone-la-germania-beffa-leuropa.html>

Avevo già sentito che la Germania usa come limite massimo 25 cicli di ampliamento, ma ora ne ho la conferma.

Vi invito quindi a leggere l'articolo: la truffa del tampone. La Germania beffa l'Europa.

Una brevissima sintesi per quanto riguarda la PCR: il metodo è semplice: più cicli equivale a più contagi.

È la prova del nove. Ritengo pertanto di poter consigliare a coloro che si accingono a fare il tampone molecolare di richiedere, a chi fa il prelievo, il nome del laboratorio incaricato di fare l'analisi e quanti cicli di ampliamento massimi usa. Importante sarebbe anche conoscere a quale ciclo si è arrestata la macchina perché è indicativo della gravità del contagio: più è basso più il contagio è grave.

La soluzione ideale sarebbe l'utilizzo degli alberghi COVID che dovrebbero coprire l'intero territorio con personale, adeguatamente formato, che si occuperebbe non solo dei pazienti ospitati ma potrebbe andare a domicilio e fare il test rapido antigenico anche ai pazienti gravi. Informerebbe poi la struttura preposta per effettuare la diagnosi, la cura e l'eventuale ricovero ospedaliero. L'ospedale sarebbe già informato che l'ammalato in arrivo è COVID positivo e quindi da destinare al relativo reparto, senza che sia necessario fare il tampone molecolare in Pronto Soccorso.

Oggi le farmacie sono state autorizzate a fare i test rapidi antigenici. Benissimo. Sappiamo che tutti i tipi di test danno una sola informazione: sano o con il virus.

Qualora fosse positivo il tampone molecolare, deve esserlo anche il test antigenico rapido. Mi sembra la strada migliore per-

ché il tampone molecolare non dà garanzie di affidabilità dipendendo, come già detto, dall'operatore.

Non sono mai riuscito a capire perché sono stati eseguiti diversi milioni di tamponi molecolari su persone sane. Non sarebbe stato più corretto farlo su persone che presentassero già disturbi anche lievi? Quanti asintomatici avremmo in meno? Quanti guai sono stati causati compresi quelli economici e psicologici? Se fosse vero che con il 95% di asintomatici che possono essere in parte sani oppure con sintomi lievi facilmente curabili resterebbero da curare in ospedale il 4,3% e in terapia intensiva soltanto lo 0,5%. Sono pertanto il 4,8% dei contagiati che deve essere isolato e curato adeguatamente, il pericolo di contagio viene soprattutto da loro. È la costanza nel tempo delle percentuali che è realmente impossibile.

Consiglio agli asintomatici di fare se positivi al tampone il test antigenico che fornirà informazioni più complete.

Infine i test rapidi sono anche notevolmente più economici dei molecolari e danno le risposte in tempi brevissimi mentre per il tampone molecolare occorre aspettare anche diversi giorni con l'interessato e i suoi familiari e colleghi che sono obbligati a un'inutile quarantena per avere la conferma negativa.

30/11/2020 UN ESPOSTO IN PROCURA MISTERIOSO

Appena dopo aver messo in rete l'ultimo post: IL TRIONFO DEI TEST RAPIDI ho saputo che il Codacons aveva sporto denuncia, con un esposto depositato a varie Procure della Repubblica della Sicilia, in cui "si chiede di svolgere adeguate indagini per i reati di truffa, truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche, procurato allarme, falso ideologico e omicidio colposo pertanto si chiede il sequestro probatorio dei tamponi Covid-19 presenti sul territorio, di effettuare adeguata perizia sui diversi test in circolazione per verificare la validità dello strumento del tampone per effettuare diagnosi di SARS-COV-2, di individuare i dispositivi contraffatti immessi sul mercato illegalmente, di verificare che i test siano utilizzati coerentemente con la destinazione d'uso prevista, e di accertare il rispetto di tutte le altre condizioni di validità dei test".

Notizie più precise si possono avere a questo link: <http://www.siracusa-presunte-false-diagnosi-covid-codacons-presenta-esposto-in-procura/> e anche da questo:

https://m.facebook.com/nt/screen/?params=%7B%22note_id%22%3A2677927452524123%7D&path=%2Fnotes%2F&_rdr

Io ho seguito una strada completamente diversa che si può verificare nel post del 23/11/20: I PREZIOSI CONSIGLI DEL PROF. BURIONI. Riporto le conclusioni: Il professore conferma che, come abbiamo già evidenziato, l'analisi dei tamponi molecolari con la PCR è diventata sempre più precisa ma che si creano problemi quando si supera il numero dei cicli soglia CT e quando si arresta la macchina perché ha individuato il virus (16/11/20). È importante tener presente che ogni ciclo raddoppia il numero di molecole riscontrate per cui la soglia di 45 cicli è senza dubbio eccessiva. Il prof. Burioni dichiara che i test rapidi sono certamente meno precisi ma più sicuri perché non dipendono più dalla PCR nel fornire i risultati in quanto il criterio di analisi è completamente diverso. Confermo la morale: i

tamponi molecolari non sono affidabili perché dipendenti dall'operatore.

La vicenda siciliana ha ulteriormente aumentato le mie perplessità perché non riesco a capire come mai si sia ignorato su quasi tutti i giornali nazionali e le maggiori reti televisive la clamorosa notizia della non idoneità dei tamponi molecolari. Chi ha dichiarato che è una bufala deve essere certamente un grande esperto "scientifico" e sarebbe interessante sapere su quali basi ha giustificato la sua conclusione.

Mi pongo molte domande anche sul numero dei morti. È indispensabile conoscere quanti ammalati gravi sono stati curati a casa oppure ospedalizzati (il 4,5%) e quanti sono stati ricoverati in terapia intensiva (lo 0,43%). È logico sospettare che se il tampone è stato fatto ai pazienti gravi sino a 45 cicli ben pochi morti siano stati dichiarati non contagiati da coronavirus. Discorso analogo va fatto per il 4,5% dei contagiati da ospedalizzare più lo 0,43% di quelli da terapie intensive.

Partiamo dall'esempio più semplice: su 1.000 contagiati giornalieri è certo che 950 sono asintomatici e secondo logica non sono in pericolo di vita (dichiarazione del prof. Burioni confermata dal Commissario Arcuri in un'audizione al Senato). I 45 ammalati "veri" sono a domicilio o ricoverati in ospedale e poco più di 4 sono ricoverati in terapia intensiva. Sarebbe fondamentale conoscere quanti di questi muoiono e quanti guariscono. Un'informazione di grande importanza, molto facile da attuare, sarebbe la segnalazione con la diagnosi di contagiato, del numero massimo di cicli programmati sulla macchina e ancor più del numero di cicli di soglia CT all'arresto della macchina stessa con l'individuazione del virus.

28/12/2020 LA MEDICINA CHE CURA E' SCIENTIFICA?

Ribadisco: per me assolutamente no!

Ci sono moltissimi scienziati nella medicina di ricerca e i migliori rientrano in una classifica internazionale basata sui risultati raggiunti, sulla validità delle pubblicazioni accettate nelle riviste specializzate di maggior prestigio. La sperimentazione sull'uomo è molto più complessa perché non rispetta le leggi assolute della fisica e della matematica; presenta infatti troppe variabili e non si può usare la statistica.

Mi sembra evidente che l'attuale imposizione di guide e protocolli, che prescindono dalla persona in cura, sia antiscientifica, purtroppo viene sempre considerata scientifica la medicina che cura per guarire: assurdo! Ho molti amici medici che non si identificano con questo nuovo indirizzo della medicina e mi dicono: "E' vero la medicina è un'arte". Sono d'accordo, ma allora un medico dovrebbe essere un'artista che, prima di tutto, integri le conoscenze mediche con un approccio creativamente umano col paziente.

Purtroppo la nuova società adora una sola divinità: il denaro.

12/01/2021 COVID-19 (SECONDO ULTIMO POST 2021)

Il 10 gennaio è stata firmata dal direttore generale della Prevenzione del Ministero della Salute Giovanni Rezza una circolare che ammetta l'impiego di test antigenici di ultima generazione.

È una notizia importantissima che può cambiare completamente le attuali procedure basate sull'utilizzo dei tamponi molecolari che oltre a falsi positivi, dovuti ai 45 cicli di ampliamento, hanno tempi di risposta lunghi e spesso inaccettabili.

Non sono riuscito a capire se la tecnologia di questi test è stata acquisita da uno o più produttori oppure da più società. È fondamentale sapere i nominativi delle società autorizzate alla vendita dei test "di ultima generazione".

I vantaggi di questi test sono notevolissimi: risposta rapida, costi molto inferiori ai tamponi molecolari, facilità nel prelievo e ingombri ridotti. Sono convinto che si sia aperta una nuova strada che ci consentirà di cambiare strategia eliminando i tamponi molecolari che ogni giorno vengono eseguiti a centinaia di migliaia su persone nella grande maggioranza sane e finalmente non si userà più l'identità contagiato=ammalato che ora vale per gli asintomatici contro il 5% dei presunti ammalati. Sarà invece facilmente possibile aumentare i controlli quando è necessario.

Ho un fratello melomane e potrebbe, ad esempio, tornare finalmente alla Scala facendo prima dell'ingresso il test rapido imposto a tutti i partecipanti. Le squadre di calcio sarebbero certe di non aver subito i soliti falsi positivi con successivi tempi di guarigione ridicoli e per gli spettatori, ora ridotti al 50%, ci sarebbe sempre la soluzione del test rapido antigenico obbligatorio prima della gara.

Rimarrebbero le mascherine, il controllo della temperatura e il rispetto dei distanziamenti.

Questo è l'ultimo post sull'argomento COVID-19 che posso così riassumere: sconcerto per quello che è passato, speranza per quello che avverrà.

In attesa della “resa dei conti”, con il nuovo anno mi occuperò soltanto del surriscaldamento del nostro pianeta. Ho già ipotizzato una soluzione che ha il difetto di essere un'enorme utopia. Nel mio libro pubblicato da Amazon “Salviamo il pianeta” ho fatto una variante al romanzo “Il fine e la fine” pubblicato 32 anni fa e ho proposto una soluzione folle per ottenere l'identico risultato: la sparizione del denaro. È certo che tutti potranno vivere molto meglio e dedicare ogni energia alla salvaguardia dell'ambiente.

19/03/2021 250 CASI OGNI 100.000 ABITANTI

Mi sembra di essere riuscito a decrittare come funziona l'automatismo "250 casi ogni 100.000 abitanti" che impone la zona rossa nelle regioni che superano in una settimana il fatidico 250. È cambiato lo strumento ma la sinfonia è la stessa: la dipendenza dall'operatore della PCR che può variare il numero di contagiati a suo piacimento; in questo modo si possono ottenere numeri irreali con la nota identificazione: CONTAGIATO = AMMALATO. Ho visto che i positivi riscontrati con il test rapido antigenico (veri ammalati) sono stati sommati ai contagiati del tampone molecolare (di questi non si sa quanti siano gli ammalati e quanti invece i sani). È incomprensibile che di questa somma venga fatta una media. Ricordo che il prof. Burioni e il prof. Palù, presidente AIFA, hanno dichiarato che con 45 cicli di ampliamento i tamponi sono inaffidabili, infatti, si ha un gran numero di falsi positivi che possono facilmente far diventare una regione rossa.

Nel rapporto calcolato su una settimana fra numero di nuovi positivi (contagiati del tampone + ammalati del test rapido) moltiplicato per 100.000 e diviso per il numero di abitanti della zona considerata, che nel nostro caso sono le regioni, si ottiene un numero che, se superiore a 250, fa scattare automaticamente la zona rossa.

A proposito dei tamponi COVID cito da un articolo del dottor Stefano Scoglio

<https://salutogenesi.org/media/attachments/2020/10/24/i-tamponi-covid-19-producono-fino-al-95-di-falsi-positivi---certificato-dallistituto-superiore-di-sanita-di-stefano-scoglio.pdf> :

i tamponi rientrano nella nuova normativa REGOLAMENTO (UE) 2017/746 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro e che abroga la direttiva 98/79/CE

il Regolamento 2017/46 del 5 Aprile 2017 entrerà in vigore, per i dispositivi diagnostici in vitro, solo il 26 Maggio 2022! E con questo i tamponi Covid-19 hanno goduto dell'interregno, non essendo inclusi, in quanto relativi a un virus nuovo, nel Regolamento del '98; e non essendo ancora sottoposti a un Regolamento del 2017 che li avrebbe messi tutti fuori legge, ma che non entrerà in vigore se non metà del 2022!

Se insomma questi tamponi Covid-19 sono utilizzati solo grazie ad una anomalia legislativa, e nel 2022 sarebbero del tutto illegali; è ammissibile che a tali tamponi, in vita per puro miracolo o distorsione giuridica, si affidino le sorti di intere nazioni e dell'intera economia mondiale?

Non riesco però a spiegarmi come possa essere stato emanato nel 2017 un regolamento che entrerà in vigore soltanto nel 2022.

Sono sicuro che basterebbe fare, in una città anche piccola e per una settimana, contemporaneamente su ogni persona il tampone molecolare ai cicli massimi consentiti e il test antigenico di nuova generazione. I valori dei contagiati del molecolare e quello degli ammalati del test rapido saranno sicuramente molto diversi.

Panorama ha pubblicato il 16/02/2021 un articolo “Domande scomode sul COVID-19 – Parte seconda”. È un'esposizione che descrive molto bene i pericoli derivati dall'utilizzo del tampone molecolare al numero massimo di cicli consentito dalle macchine PCR che, inoltre, possono essere diverse l'una dall'altra e quindi causare ulteriori problemi. Mi chiedo: in un momento così drammatico non si potrebbe aggiornare il regolamento del 17/04/20 e consentire che il problema sia chiarito nelle sedi competenti? So che sono già in atto tre azioni legali sull'argomento ma potranno usufruire del regolamento soltanto da metà dell'anno prossimo.

24/03/2021 50 CASI OGNI 100.000 ABITANTI IN SARDEGNA

La Sardegna ha cambiato dopo 11 giorni il colore da bianco ad arancione perché ha un $RT = 1,08$ mentre i casi sono soltanto 43, inferiori al limite di 50.

La mia curiosità: come hanno fatto i conteggi?

In Sardegna ci sono diversi comuni che sono stati dichiarati zona rossa e poi ne sono usciti dopo 15 giorni, i minimi previsti per le zone rosse.

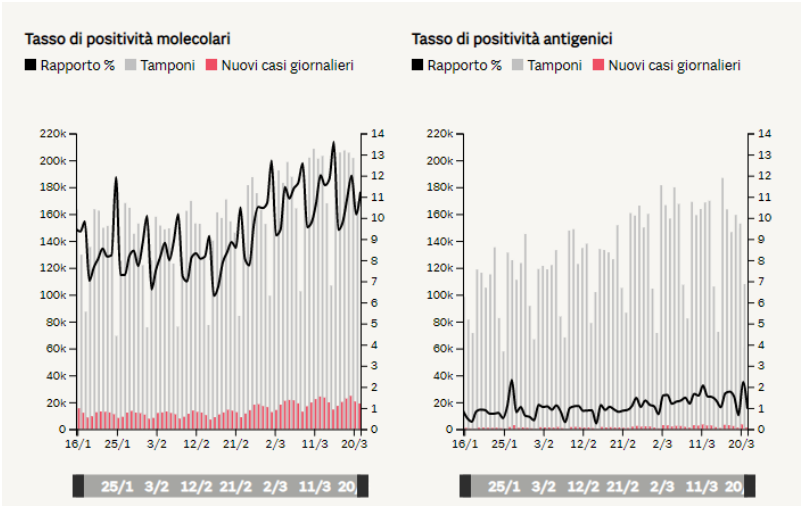
Ho un dubbio: siamo di fronte al problema, più volte citato, dei falsi positivi dei tamponi molecolari? Soltanto il test rapido antigenico di nuova generazione può dire chi è veramente ammalato.

I miei dubbi riguardano sia il superamento dei 50 casi che genera automaticamente l'uscita dalla zona bianca, sia il calcolo di RT , per cui pongo la domanda: nel totale dei contagiati della regione sono compresi quelli dei comuni in "rosso"? Se la risposta è affermativa il procedimento per me non è corretto in quanto per i comuni in questione sarebbe facile imporre la segregazione e effettuare le cure. Per quanto riguarda la regione si dovrebbe calcolare la restante parte dei contagiati escludendo quelli dei comuni "rossi".

Il Sole 24 ore ha appena pubblicato i diagrammi che allego. I test rapidi antigenici (affidabili al 99%) hanno un tasso di positività medio pari a 1,5 mentre quello dei tamponi molecolari si attesta a 10 (per merito esclusivo dei falsi positivi). No comment! Una soluzione potrebbe essere di utilizzare i test rapidi anche di prima e seconda generazione e poi confermare i positivi con i test di nuova generazione; questi ultimi test dovrebbero essere disponibili negli ospedali in modo che si sappia prima del ricovero se il paziente è un ammalato COVID.

A questo punto non so che cosa potrei ancora dire sulla pandemia, esprimo soltanto l'ultimo mio desiderio: ponete fine alla

terribile identità: CONTAGIATO = AMMALATO che è causa di questa situazione tragica (magari introducendo l'uso dei test sierologici alla fine delle quarantene).



07/04/2021 TASSO DI POSITIVITA' DAL 22/03 AL 06/04

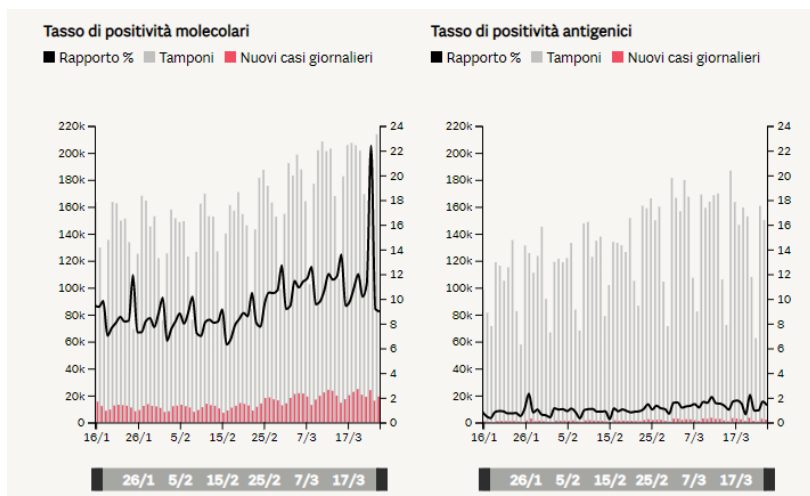
Il 22 marzo il tasso di positività dei contagiati è passato da 11,2 a 22,38 mentre il tasso dei test rapidi antigenici è rimasto a 2,3 e, visto che i nuovi casi giornalieri sono invariati, mi nasce il dubbio che la variazione del tasso sia stata causata dalla ripetizione di tamponi su individui che fanno già parte dell'elenco dei contagiati. Mi chiedo: se si ripetono più volte i tamponi sulla stessa persona il risultato, se positivo, va ad aumentare il numero dei contagiati?

Un'altra domanda: per la guarigione è indispensabile un risultato negativo al tampone oppure è sufficiente quello del test rapido antigenico?

Mi sembra logico confermare che, come ho da sempre sostenuto, la soluzione migliore resta, quale primo esame, il test rapido antigenico e poi, nei casi dubbi, il tampone molecolare, dichiarando i cicli massimi di ampliamento.

Come spesso accade la verità può uscire solo dal campo e ripetuto che basterebbe, per un'intera giornata, fare per ogni persona e contemporaneamente i tamponi molecolari e i test rapidi antigenici: è la classica prova del nove.

Occorre ricordare che se si utilizzano test rapidi di 1° e 2° generazione occorre poi la conferma della positività con quello di nuova generazione, inoltre se il tampone molecolare è positivo con alti cicli di ampliamento, il test rapido è logicamente negativo perché risponde a un falso positivo. Teoricamente i risultati di positività dovrebbero essere simili se con i tamponi molecolari non si superano i 24 cicli massimi di ampliamento con la PCR.

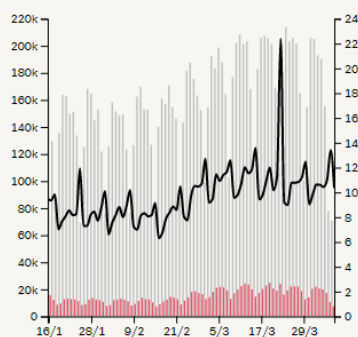


Il 03/04 abbiamo scaricato i diagrammi allegati per i tassi di positività molecolari e antigenici. Viene evidenziato un rapporto (tasso di positività) fra i contagi dei tamponi giornalieri pari a 10,44 per i molecolari e di 0,82 per gli antigenici. Le nostre perplessità riguardano questa enorme diversità. Si sa che i contagiati dei tamponi molecolari effettuati con apparecchiature PCR che dipendono dall'operatore possono generare una sensibilità eccessiva e fuorviante che dà un numero altissimo di FALSI POSITIVI. Completamente diversa è la risposta del test rapido antigenico che è semplice: SÌ oppure NO. Contagiato, in questo caso, significa AMMALATO!

A mio avviso sono due modi diversi di misurare che dovrebbero dare risultati simili; in questo caso abbiamo invece un numero di positivi dei tamponi molecolari 9,58 volte maggiore di quello dei test genetici.

Tasso di positività molecolari

■ Rapporto % ■ Tamponi ■ Nuovi casi giornalieri

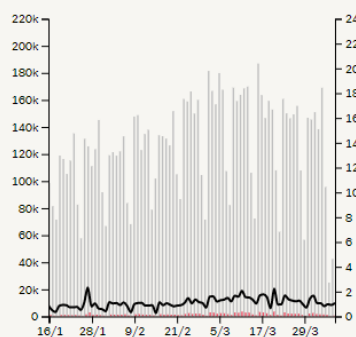


28/1 9/2 21/2 5/3 17/3 29/3

Scarica i dati in formato Csv

Tasso di positività antigenici

■ Rapporto % ■ Tamponi ■ Nuovi casi giornalieri



28/1 9/2 21/2 5/3 17/3 29/3

Scarica i dati in formato Csv

6/4

Nuovi contagi
giornalieri

7.306

Tamponi

70.614

Rapporto %

10,35%

6/4

Nuovi contagi
giornalieri

457

Tamponi

42.348

Rapporto %

1,08%

13/04/2021 TAMPONI MOLECOLARI ORIGINE DEI GUAI

I diagrammi elaborati dal Sole 24 in base alle informazioni dell'Istituto Superiore di Sanità rappresentano per me la novità più interessante (Vedi post del 19/03/21).

Sappiamo che i tassi di positività sono i rapporti fra i positivi al contagio per i tamponi molecolari e i tamponi effettuati mentre per i kit antigenici il rapporto è fra ammalati e test rapidi eseguiti.

Ribadisco ancora una volta che non capisco perché si siano uniti i dati dei tamponi molecolari con quelli dei test rapidi, i dati di questi ultimi, pubblicati giornalmente dal Ministero della Salute – Istituto Superiore di Sanità, sono incomprensibili con differenze assurde fra una regione e l'altra. Sette regioni hanno sempre 0 positivi, nonostante migliaia di test, inoltre, l'Emilia dichiara 1.076.883 test antigenici totali con 76 casi positivi mentre il Piemonte ha 1.170.321 test con 16.601 casi. Lombardia e Veneto hanno un analogo insolubile problema. Chiedo: come mai in due regioni con numero di tamponi, processati con il test antigenico rapido, molto simili si hanno casi totali così diversi: 76 in Emilia e 16.601 in Piemonte? C'è un metodo sicuro per evidenziare la differenza fra molecolari e rapidi antigenici: basterebbe fare su qualche migliaio di persone con e senza sintomi CONTEMPORANEAMENTE i tamponi e i test rapidi antigenici. Sarebbe la prova del nove ma, evidentemente, si vuole lasciare la confusione.

Per quanto ne so, i test rapidi di nuova generazione hanno un'affidabilità del 99% e sono indicativi della presenza del virus vivo. La logica ci suggerisce che, se valesse lo stesso principio per i tamponi molecolari, dovremmo ottenere numeri simili, invece, abbiamo numeri di contagiati che arrivano ad essere da dieci sino a più di venti volte superiori a quelli dei test rapidi. È così chiaramente spiegato il presunto 95% di

asintomatici che sono indiscutibilmente dei falsi positivi. Ora, stranamente, si sostiene che i vaccinati con la prima dose potrebbero poi essere nuovamente contagiati ma non creerebbero problemi in quanto la carica virale sarebbe bassa! Chiedo: perché non si porta a termine la ricerca per misurare la carica virale? (post 07/09/20)

I valori dei test antigenici sono sicuramente sbagliati (basta lo 0 in 7 regioni da quando è cominciata la registrazione dei test rapidi). Da allora per il calcolo di RT non si sa se si sono sommati valori molecolari con quelli antigenici: perché? (senza risposta).

A questo punto penso sia finita la mia ricerca da ingegnere perché non può esistere alcuna spiegazione di questa diversità. Unica certezza: il numero di falsi positivi dei tamponi molecolari (post del 24/03/21 e del 07/04/21).

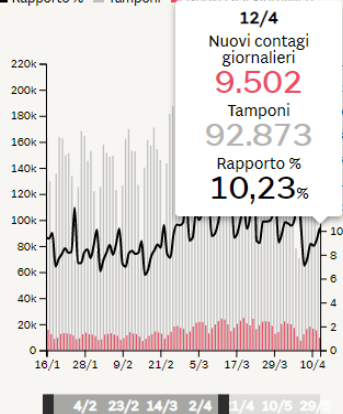
Vedi dati aggregati quotidiani Regioni/PPAA/Ministero della Salute/Istituto Superiore di Sanità del 01/04/21 -Link: <https://www.carloapostolo.it/wp-content/uploads/2021/04/04-13-ALL-2.pdf>

Vedi tassi positività molecolari/antigenici da lab24 del 12/04/21 con questo rapporto: $10,23 / 0,28 = 36,53$ un numero assurdo perché dovrebbe essere vicino all'unità.

Vedi dati aggregati quotidiani Regioni/PPAA/Ministero della Salute/Istituto Superiore di Sanità del 21/04 – Link: <https://www.carloapostolo.it/wp-content/uploads/2021/04/04-13-ALL-4.pdf>

Tasso di positività molecolari

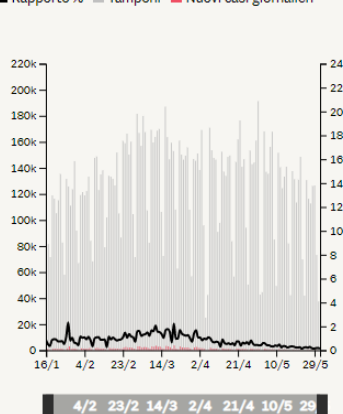
■ Rapporto % ■ Tamponi ■ Nuovi casi giornalieri



Scarica i dati in formato Csv

Tasso di positività antigenici

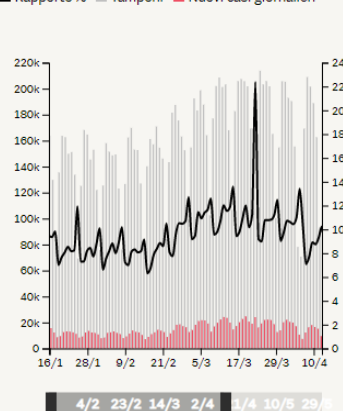
■ Rapporto % ■ Tamponi ■ Nuovi casi giornalieri



Scarica i dati in formato Csv

Tasso di positività molecolari

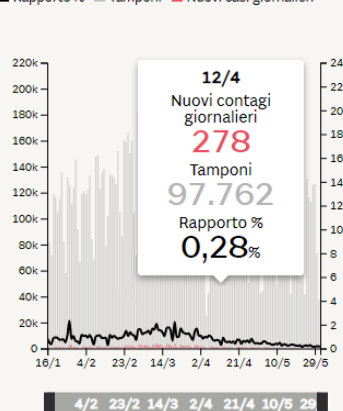
■ Rapporto % ■ Tamponi ■ Nuovi casi giornalieri



Scarica i dati in formato Csv

Tasso di positività antigenici

■ Rapporto % ■ Tamponi ■ Nuovi casi giornalieri



Scarica i dati in formato Csv

27/05/2021 SOGNANDO UN CONTRADDITTORIO (TERZO ULTIMO POST)

Ho sentito REPORT del 26/04 e sono rimasto basito.

Tamponi molecolari e test rapidi antigenici rappresentano due diverse modalità per capire se il paziente è positivo al COVID-19 ed è fondamentale chiarire quale metodo è più affidabile. È questa certezza di positività che consente di curare adeguatamente il paziente.

L'evento più sconcertante: perché i risultati di tamponi e test sono stati conglobati con regole assurde e fuorvianti e che ha portato a un insignificante dimezzamento dei tassi di positività. Non era il caso di procedere su due strade parallele continuando a fare i conteggi dei tassi per i tamponi molecolari e separatamente quelli per i test rapidi? I dati dei tamponi molecolari dipendono dalla PCR e, come già più volte detto, dall'operatore, mentre quelli dei test rapidi si basano sulla fluorescenza. L'incompatibilità è la più completa. La conferma si ha dai dati aggregati quotidiani Regioni/PPAA del ISS elaborati dal Sole 24 Ore. Ho stampato dal 1 aprile i dati forniti dal Sole e c'è qualcosa di veramente inspiegabile: ci sono sette regioni italiane che da quando sono stati introdotti i test rapidi antigenici hanno sempre indicato con lo zero il totale dei casi positivi del test nonostante che, dall'introduzione a gennaio dei conteggi, si siano effettuati 3.658.092 test rapidi. Dal 1 aprile si sono poi aggiunte altre tre regioni che hanno mantenuto fisso il numero dei positivi e allora lo zero è rimasto inalterato per altri 765.313 test effettuati. Il Sole 24 Ore evidenzia giornalmente i tassi di positività dei tamponi molecolari e dei test rapidi antigenici. Ho pensato di fare il rapporto fra i due dati ed è risultato che è quasi sempre superiore a DIECI volte fino a raggiungere e superare VENTI. Questo rapporto, secondo la logica, dovrebbe essere molto vicino all'unità perché due metodi di misura completamente diversi dovrebbero dare risultati simili. I tam-

poni rapidi antigenici di ultima generazione garantiscono un sicuro affidamento con valori di sensibilità e specificità sensibilmente superiori al 90%; i tamponi molecolari dovranno con il corretto uso della PCR garantire valori molto vicini a quelli dei test rapidi.

I test rapidi saranno la soluzione del problema perché sarà sufficiente programmare una ricerca che preveda di sottoporre un adeguato numero di persone (una città ad esempio) agli abituali tamponi e ai test rapidi eseguiti però CONTEMPORANEAMENTE. Così si avranno certezze.

p.s. Da aprile dell'anno scorso è stata molto discussa fra le regioni e le aziende del Nord la possibilità di fare test rapidi ai propri dipendenti che manifestavano sintomi anche molto lievi. La prova della temperatura corporea veniva effettuata a tutti, tutti i giorni. A chi aveva febbre o sintomi anche lievi veniva fatto il test rapido. Che io sappia non si sono mai manifestati contagi dovuti a falsi negativi.

Avevo scritto più volte al Presidente Zaia, poi al Fatto Quotidiano e infine a Report senza ricevere risposta. Non sono mai riuscito ad avere un contraddittorio quindi questo è definitivamente l'ultimo mio post sul COVID.

UNO SGUARDO AL FUTURO

Com'è strana la vita! Non mi sono mai sentito scrittore, ho sempre avuto bisogno di un correttore di bozze e per questo ultimo libro ho chiesto aiuto a Laura e a Giovanni.

Questa è la sesta edizione di questo libro perché ho potuto aggiungere i post a mio piacimento, visto che i problemi diventano sempre più complessi. Con Amazon ho inoltre stampato questi due libri:

Il primo, Fede e Ragione-Placebo o Nocebo, è di fatto un'auto-biografia. Avevo scritto una prima edizione otto anni fa, scaricabile gratuitamente dal sito www.metodoberetele.it, che ho completato cambiando il titolo.

Il secondo, Salviamo il Pianeta, è la riedizione di un romanzo che avevo scritto trent'anni fa. Il testo originale è rimasto identico, ho aggiunto una "variante" che ipotizza la stessa soluzione per l'umanità ma con una modalità molto diversa, di difficile realizzazione, ispirata dalla mia fantasia ma oltre ogni logica.

Spero di non dovermi più occupare dei virus mentre il sito www.carloapostolo.it rimarrà aperto e mi dedicherò principalmente al gravissimo problema del sovrariscaldamento della terra, che mi preoccupa molto di più della pandemia.

ULTIME VOLONTÀ

Ho più di 84 anni e ho deciso di lasciare a moglie e figli le mie ultime volontà convinto che le rispetteranno.

COVID-19: ripeto che non voglio assolutamente essere ricoverato in ospedale, la nostra casa è grande e ho già previsto come possa essere facilmente segregato.

Ho un altro problema:

CARCINOMA SPINOCELLULARE MALIGNO IN TESTA: sono stato operato quasi due anni fa e mi sono curato con rimedi fitoterapici prescrittimi da una dottoressa amica. Il divieto di essere ospedalizzato rimane identico ma non voglio vedere un oncologo neanche in fotografia.

La qualità della mia vita è il problema che mi assilla. Ho sempre detto che non ho alcuna paura di morire ma che voglio essere io a decidere del mio destino fino a che la mia ragione me lo consentirà. L'ho visto fare da mio zio che a 97 anni mi ha detto con un filo di voce: "Sai che ho sempre fatto quello che ho voluto io". Aveva deciso di non mangiare più. Penso proprio perché la sua vita non aveva più un senso perché si sentiva di essere di peso ai suoi cari. Un senso che spero di interpretare privilegiando sempre più le relazioni umane con chi mi è vicino e con i miei amici. Non voglio essere un peso per loro e vorrei evitare una grande sofferenza per me. Sono sicuro che sarò più utile da morto seguendo la mia idea che una volta morti potremo aiutare i nostri cari come io sono stato aiutato, in particolare da mio padre, in cinque occasioni della mia vita. Ho già scritto che se saremo stati coerenti in vita con la nostra etica in un modo accettabile lo potremo fare e questo è per me un vero paradiso mentre il vero inferno sarà per chi è stato volutamente scorretto eticamente: non potrà aiutare i suoi cari.

Altri libri di Carlo Apostolo

FEDE E RAGIONE PLACEBO O NOCEBO

UNA RICERCA “LAICA” DELLA FEDE IN UN LIBERO
CONFRONTO TRA LE RELIGIONI E IL TENTATIVO
DI SCOPRIRE COME LA MEDICINA CHE CURA
NON PUÒ ESSERE CONSIDERATA SCIENZA

SALVIAMO IL PIANETA

TRENT’ANNI FA UN ROMANZO,
“IL FINE E LA FINE”,
NATO DA UN SOGNO RACCONTA LA SALVEZZA
DELL’UMANITÀ, PURTROPPO,
IL SOGNO NON SI È AVVERATO.
UNA SOLUZIONE CON UNA VARIANTE FINALE
INFINITAMENTE UTOPISTICA OFFRE
UN’IPOTETICA SALVEZZA DEL GENERE UMANO
MA CON BEN POCHE SPERANZE.