COVID-19: RITORNO ALLA NORMALITA'

Di Guido Silvestri, 20 maggio 2020

[dedicato a Elena Brescacin, per quello che ha scritto ieri su questa pagina]

PREMESSA

Questo lungo post sul "ritorno alla normalità", a cui aderiscono diversi amici e colleghi (vedi firme in fondo), è il messaggio di COMMIATO per le nostre PILLOLE DI OTTIMISMO. Una rubrica che ha avuto molto successo, e che è giusto finisca insieme a questa prima fase di COVID-19. Tuttavia, viste le moltissime richieste di "continuare", sto pensando a come non perdere il contatto che si è sviluppato con tante persone che hanno dato fiducia all'OTTIMISMO che viene dalla CONOSCENZA. Per questo aspetto le vostre idee e suggerimenti alla mia email di lavoro (gsilves@emory.edu).

INTRODUZIONE

Questo pezzo finale, di cui ho soppesato a lungo le parole, una per una, penso si rivelerà un "sasso nello stagno", per il quale temo che non mi verranno risparmiati gli attacchi, presumo anche personali. Sono riflessioni mature che si basano non solo sulla mia analisi "competente" della pandemia (perché nessuno può accusarmi di non capire niente di virus :) ), ma anche sulla mia esperienza personale -- di medico, di scienziato, e di padre. E sono giunto alla conclusione, ponderata, che ho l'obbligo morale di condividere queste riflessioni con chi mi segue.

Un'altra doverosa premessa è che questo post rappresenta delle mie opinioni e non dei fatti – opinioni, quindi, sulle quali si può e si deve discutere. Però ci tengo a sottolineare che non sono opinioni "qualunque", ma vengono da un osservatorio privilegiato: come virologo (che è la disciplina per cui sono noto), ma anche come medico che ha guidato un dipartimento di un grande policlinico universitario durante la tempesta di COVID-19, e come uno studioso attento dei dati epidemiologici e che ha avuto accesso diretto a molti "big" mondiali del settore.

1. L'ALLEGORIA DELLA BARCA TRA DUE SCOGLI.

L'Italia oggi è come una barca che naviga tra due scogli – da un lato il virus e la malattia da esso causata, dall'altra le conseguenze del lockdown, che non solo si fanno sentire a livello economico, ma hanno gravi implicazioni a livello sociale, psicologico ed anche sanitario. La "riapertura" (o meglio, l'allentamento progressivo del lockdown) rappresenta una sterzata necessaria per evitare lo scoglio della crisi economica – ma non si può ignorare che questa sterzata fatalmente ci avvicini allo scoglio del virus. Come ho detto molte volte, ritengo che in questa fase dobbiamo usare quattro principi chiave: MONITORAGGIO (ci dice la distanza dallo scoglio "virale"), FLESSIBILITA' (per cambiare rapidamente direzione, se necessario), COORDINAZIONE (per manovrare in sinergia tra regioni e tra nazioni), e PREPARAZIONE (a livello sanitario e sociale). Notate che non

nomino cose del tipo “uso universale delle mascherine”, “distanziamento sociale”, e tantomeno invoco la distruzione permanente del nostro stile di vita (il cosidetto “nuovo normale”, definizione che sinceramente mi fa orrore). Infatti in questo articolo sosterrò la tesi secondo cui, in questa fase della pandemia, è assolutamente necessario dare una brusca sterzata lontano dallo scoglio dei disastri economici, sociali, psicologici e sanitari causati dal lockdown, anche a costo di avvicinarsi allo “scoglio virus”. Ma state con me, leggete questo post fino in fondo, e adesso partiamo dal principio, cioè dall’arrivo di COVID-19 e dalla scelta del “lockdown”.

## 2. ANALISI DI UNA CHIUSURA

L’arrivo di COVID-19 è stato uno shock a livello non solo sanitario ma anche sociale e culturale. Ci sono poche cose nel mondo che terrorizzano più di un virus nuovo che si trasmette facilmente da una persona all’altra, che causa una malattia sconosciuta, spesso mortale, per la quale non c’è né una cura né un vaccino. L’arrivo del ciclone di COVID-19 ha creato paura e sgomento non solo tra la popolazione ma anche tra gli esperti (medici, infermieri, epidemiologi, biologi, etc). La crescita esponenziale del numero dei nuovi contagi, dei ricoveri ospedalieri ed in terapia intensiva, e poi del numero dei morti, che avveniva in un contesto di sostanziale impotenza e impreparazione dei sanitari, ha creato un devastante fattore di amplificazione del danno: il sovraccarico ospedaliero. Ricordo che proprio il sovraccarico ospedaliero – sperimentato in forme simili a Wuhan a gennaio, in Nord Italia a marzo, e poi a New York tra fine marzo e inizio aprile – è stato aggravato dalla frequente infezione degli operatori sanitari, ed ha causato livelli ancora non ben chiari di mortalità secondaria, cioè non dovuta direttamente da COVID-19 (esempio classico: il paziente con infarto che non riceve adeguato trattamento nell’ospedale intasato).

In quel contesto così drammatico ed in situazioni come quella italiana, il “lockdown” era l’unica cosa che si potesse e si dovesse fare. Ma due mesi dopo, con una messe di nuovi dati a disposizione – a livello virologico, immunologico, medico ed epidemiologico – abbiamo il dovere di chiederci se la situazione attuale richieda ancora un tipo di intervento così potenzialmente distruttivo della nostra società. Soprattutto, dobbiamo chiederci se le nostre scelte attuali in termini di “lockdown” siano condizionate più del necessario dalla traumatica esperienza del marzo scorso. Perché adesso (fine maggio 2020) sappiamo molto, anzi moltissimo di più. Per esempio: sappiamo molto meglio come gestire questi malati; conosciamo tanti aspetti della trasmissione e della storia naturale dell’infezione; abbiamo terapie antivirali ed anti-infiammatorie di una certa efficacia, per non parlare del plasma convalescente e del plasma exchange; stiamo sviluppando vaccini molto promettenti; e molti ipotizzano anche che l’infezione si stia attenuando dal punto di vista della patogenicità. Più di ogni altra cosa, si deve sottolineare come, nel caso di una eventuale seconda ondata di COVID-19, non ci troveremmo più in una situazione di simile ignoranza ed impotenza di fronte al virus ed alla malattia, ed infatti saremmo molto più preparati a gestire la situazione, in un modo tale che un ritorno del virus sarebbe associato con tutta probabilità a livelli minori di morbidità e mortalità. Questo senza nemmeno contare il fatto che la prima “ondata” di COVID-19 ha contribuito a creare un certo livello di immunità tra la popolazione. Di fronte a questo cambiamento di scenario ci si deve chiedere: fino a che punto gli interventi draconiani delle scorse settimane sarebbero necessari di fronte ad un nuovo incremento dei casi?

Ed è anche doveroso chiedersi: quanto ha veramente "funzionato" la chiusura? La risposta a questa domanda, che ci piaccia o no, è che non lo sappiamo. Noi non sappiamo cosa sarebbe successo se avessimo fatto un "lockdown" meno serrato – come in Svezia, oppure in Florida, oppure ancora nella mia Georgia, dove vivo e lavoro, e dove abbiamo avuto, con un "lockdown" all'acqua di rose, meno di un decimo della mortalità pro-capite lombarda. Come non sapremo cosa sarebbe successo se avessimo allentato il lockdown prima del 4 maggio, o se lo avessimo allentato del tutto. Infatti, si tratta del classico esperimento senza controllo, e quindi si possono solo fare modelli e previsioni, che alla fine lasciano il tempo che trovano. Quello che però mi stupisce osservare, in questo frangente, è come a fronte di tanti modelli sui danni del virus (ed in particolare i tanto celebrati modelli del "worst case scenario" di cui certi epidemiologi sono ligi e zelanti sostenitori) si vedono circolare ben pochi modelli sui danni potenziali del lockdown. Soprattutto, sembra che i "worst case scenario" spariscano dal discorso quanto si parla sugli effetti negativi che il prolungato lockdown (e con esso il prolungato snaturamento della nostra vita sociale ed affettiva) avranno sulla nostra salute psicologica, e su quella dei nostri figli e nipoti. Qual è il "worst case scenario" in termini di suicidi di persone che hanno perso il lavoro e con questo ogni speranza di mantenere la famiglia? E di violenze domestiche causate dal prolungato isolamento? E di depressione o altre malattie psichiatriche causate dai fallimenti e dalle bancarotte? E di disturbi cognitivi e della sfera affettiva e relazionale nei bambini e ragazzi a cui viene sottratta la scuola per mesi e mesi? In realtà questi studi esistono, ed i risultati sono molto preoccupanti… ma sono quasi sempre ignorati dai media e dai decisori politici.

A mio avviso questo è un esempio di distorsione cognitiva legata alla presenza di una "narrazione dominante" su COVID-19 centrata sui danni del virus (e non su quelli del lockdown). Ma facciamo un passo alla volta.

## 3. LO SCOGLIO DEL VIRUS

Come abbiamo scritto sopra, l'arrivo di COVID-19 ha causato un grande shock dal punto di vista sanitario, e non c' è dubbio che l'infezione abbia già causato a livello globale oltre 318,000 morti nei primi 4.5 mesi del 2020. Se questa cifra è indubbiamente alta, è comunque importante metterla nella prospettiva del fatto che, nello stesso periodo, AIDS, tubercolosi e malaria hanno creato molti più morti (e moltissimi più anni di vita persi). E' anche importante notare come la distribuzione dei morti da COVID-19 sia stata estremamente irregolare con poche zone ad alta mortalità (Wuhan; Lombardia, nord Emilia-Romagna e Piemonte orientale; metro New York, Detroit e Boston ; Madrid e Barcelone; Ile de France; Guayaquil) e moltissime zone a bassa mortalità, anche negli stessi paesi (Italia meridionale; Florida e sud degli USA; Andalusia; sud-ovest Francia; Quito). I motivi alla base di queste differenze non sono affatto chiari, e collegarli unicamente all'effetto della chiusura è assolutamente arbitrario. Per quale motivo, per esempio, a oltre due mesi dalla "chiusura" ci sono ancora molti più nuovi casi in Lombardia che nell'intera Italia Meridionale? Perché la Sveiza, spesso additata come pietra dello scandalo, ha tuttora una mortalità per 100.000 abitanti inferiore a quella del tanto elogiato Veneto (36.15 vs 37.14)? Perché uno stato come la Florida, che praticamente non ha mai "chiuso", sta andando verso la fine della pandemia con una mortalità per 100.000 abitanti che è poco più di un decimo di New York, dove si è praticato un lockdown rigidissimo?

Al di là di queste inconsistenze, è importante ricordare come l'evidenza attualmente disponibile indichi che:

(i) tra l'80% e il 90% dei contagi accertati avviene tra degenti molto anziani nelle case di riposo e negli ospedali, medici e infermieri e i loro familiari – analogamente, la mortalità da COVID-19 ha coinvolto in gran parte persone molto anziane con età media 79 anni (mediana 80), già ricoverate in strutture sanitarie od ospedaliere e che per l'80% avevano tre o più patologie gravi preesistenti [1-2];

(ii) le infezioni in forma severa sembrano collegate a valori elevati di inoculo virale in ambienti chiusi, dove sono presenti persone malate e dove il contatto con i sani non è episodico, ma ripetuto più volte per una durata di almeno 14 minuti [3].

Come segnalato al punto #2 qui sopra, la mortalità da COVID-19 in questa prima ondata ha risentito in modo drammatico della nostra "ignoranza" della malattia e del fenomeno del sovraccarico ospedaliero. A questo punto le vere domande da farsi sono: qual è stata finora la letalità effettiva di COVID-19 e quale sarebbe se dovessimo vivere una seconda ondata stagionale nell'inverno 2020-2021? In realtà la risposta all prima domanda non la sappiamo, perché tuttora non conosciamo il numero esatto di persone infettate da SARS-CoV-2. Molte stime della letalità sono tra 1% e 3%, ma rimangono stime. Quello che invece è lecito presumere è che la letalità di una eventuale "seconda ondata" di COVID-19 sarà sostanzialmente più bassa in seguito a: (i) maggiore capacità di tracciare ed isolare i contatti; (ii) aumentate possibilità di trattare i malati in modo più precoce ed efficace; (iii) migliore preparazione a livello ospedaliero (e conseguente assenza di "sovraccarico"); (iv) presenza di un certo livello di immunità nella popolazione.

Di quanto sarà più bassa? Difficile dire, ma se verrà confermato che il solo uso del Remdesivir reduce la mortalità di circa il 30% [4], non è difficile immaginare un taglio secco della mortalità del 60-70% anche senza tener conto dell'introduzione di nuove terapie, tra cui quella molto promettente del "plasma convalescente". Continuando in questo calcolo da "back of the envelope" (che in realtà non è molto diverso da quelli che fanno gli epidemiologi), si potrebbe supporre che se anche riaprissimo tutto come nel febbraio 2020 e decidessimo di richiudere solo nel bel mezzo del ritorno della pandemia (di nuovo, come è stato fatto nel marzo scorso), il numero dei morti di questa "seconda ondata" sarebbe intorno a 10.000-15.000. Un numero alto, certamente, ma non altissimo, calcolando che in Italia muoiono circa 700.000 persone all'anno – e questo per me è un "worst case scenario", perché ho molta fiducia nella nostra possibilità di sviluppare nuove e più efficaci terapie.

## 4. LO SCOGLIO DELLA CHIUSURA.

Come detto sopra, mentre dei rischi di SARS-CoV-2 e COVID-19 si parla in modo incessante e con una straordinaria attenzione agli scenari peggiori, si parla piuttosto poco dei danni della chiusura. A me qui preme sottolineare non soltanto i danni economici, che pure sono ingentissimi, ma quelli a livello strettamente socio-sanitario. Perché solo un atteggiamento miope ed irresponsabile può ignorare il fatto che un paese che si impoverisce, possibilmente fino ad arrivare sull'orlo della bancarotta, avrebbe enormi difficoltà a provvedere un servizio sanitario di qualità. Ed infatti già adesso tra i danni "collaterali" di COVID-19 c'è la peggior gestione sanitaria di molte altre malattie [5]. Ancora più sottili, ma possibilmente più devastanti, sono i danni legati alle difficoltà

psicologiche causate dall'isolamento di per sé, dalla crisi finanziaria, e dal peggioramento del servizio sanitario. Tra queste mi preoccupano particolarmente quelle causate a bambini e adolescenti, la cui vita sociale è stata completamente sconvolta esponendo la fragilità emotiva e cognitiva tipica dell'età dello sviluppo [6]. Per non parlare dei limiti dell'educazione scolastica a distanza per i bambini delle famiglie senza computer o senza internet, che non può non introdurre un ulteriore, devastante elemento di discriminazione verso i meno abbienti.

Detto tutto questo, il danno più pervasivo e devastante non solo di una prolungata chiusura ma anche di una riapertura perennemente a metà, in un mondo fatto di mascherine, guanti, muri di plexiglas, distanziamento sociale esasperato, senza più potersi stringere la mano o abbracciarsi, senza capire se una persona sta sorridendo o è imbronciata, senza poter condividere un piatto di pasta o una partita di calcio o una sala da ballo, mentre ai bambini viene negato perfino il piacere di giocare insieme, è quello di snaturare in un modo profondamente assurdo e spaventoso la nostra vera essenza di animali sociali. Come ha scritto un lettore di questa pagina tempo fa, facendomi alquanto riflettere, sarebbe questa la vera vittoria di un virus che altrimenti è destinato a perdere la guerra contro la scienza. In questo la metafora di John Iohannidis sarebbe assolutamente appropriata: faremmo come un elefante che infastidito da una mosca scappa via e cade in un precipizio [7].

## 5. L'ALLEGORIA DEI DUE SCOGLI – DOVE SIAMO ADESSO?

Tornando alla nostra allegoria dei due scogli, la domanda che, a mio avviso, bisogna porsi è la seguente: a che distanza siamo dai due scogli, quello del virus e quello della catastrofe sociale? Come probabilmente avrete intuito leggendo i punti precedenti, la mia opinione (informata, anzi, informatissima) è che siamo ormai abbastanza lontani dalla scoglio del virus, mentre ci siamo pericolosamente avvicinati a quello della catastrofe sociale. Per come la vedo io, sul versante del virus ci siamo incartati in una narrativa di "worst-case scenarios" epidemiologici spesso con seri problemi metodologici se non addirittura basati su calcoli sbagliati [8, 9]. Una narrativa che ci porta alla ricerca disperata del tanto agognato quanto inarrivabile "rischio zero" nei confronti del virus mentre ignoriamo rischi molto più gravi ed immediati nel versante della chiusura. Strumentale a questa narrativa è il cosiddetto catastrofismo mediatico ("dacci oggi il NOSTRO PANICO QUOTIDIANO", ricordate?), quasi sempre basato su notizie esagerate e/o male interpretate, se non palesemente false. In base a queste notizie il virus è assunto ad uno status di male quasi metafisico, diabolico, in cui si paventa ogni possibilità terribile, tipo quello che non esiste immunità, che i giovani in realtà muoiono a frotte, che il virus si trasmetta anche nell'aria, all'aperto, ovunque, e che non avremo mai un vaccino perché il virus muta sempre, e naturalmente diventa sempre più cattivo. Allo stesso modo vengono ignorate o combattute ovvietà virologiche come la stagionalità dei Coronavirus, la loro suscettibiltà alle alte temperature ambientale, la sostanziale stabilità genetica di SARS-CoV-2 e l'evidenza di robusta immunità protettiva (ora dimostrata in modo formale nelle scimmie). Si arriva fino al punto di tacciare di "pseudo-scienza" chi osa sostenere una possibile attenuazione del virus, come appare ormai piuttosto evidente dal punto di vista clinico, solo perché non ci sarebbe abbastanza "evidenza scientifica". Salvo poi che questo ardente desiderio di evidenza scientifica evapora istantaneamente quando si tratta di dipingere scenari terrificanti per l'Africa, il Sud-Est Asiatico, o l'America Latina –

tutti scenari che tranne poche e limitate eccezioni non si sono mai verificati. Ed infatti al di sotto del 35esimo parallelo Nord, dove vive oltre il 65% della popolazione mondiale, si sono registrati meno del 15% dei morti da COVID-19. Per non parlare dei paragoni fatti sempre in modo tale da assecondare la narrativa catastrofista – pensiamo d nuovo alla Svezia (10.5 milioni di abitanti, minimo "lockdown", e 3.679 morti di COVID), che si paragona sempre in negativo a Finlandia e Norvegia, dimenticando che la mortalità pro-capite degli svedesi senza lockdown rimane molto più bassa di quella italiana nonostante i nostri due mesi e passa di chiusura rigidissima [10].

[Nota a margine. A questo catastrofismo a mio avviso fallace ma almeno scientificamente "presentabile" fa da pendant – come classico straw-man – la narrazione cialtrona-negazionista dei vari nanopataccari e del loro entourage demenzial-complottista per cui il virus non esiste ma è stato creato in laboratorio e si cura con l'oscillococcinum. Infatti a sostenere l'importanza di allontanarsi dallo "scoglio chiusura" bisogna non solo essere pronti ad una legittima discussione con quelli per cui siamo sempre e comunque troppo vicini allo "scoglio virus", ma anche guardarsi alle spalle dal rischio di essere assimilati a certa spazzatura.]

Ma perché siamo arrivati a questo punto? Perché ha vinto così clamorosamente la paura dello "scoglio virus" su quella dello "scoglio chiusura"? A mio avviso ci sono tre spiegazioni, o meglio, tre colpevoli. Il primo colpevole è la "politicizzazione" della questione COVID-19, che è stata usata in modo grottescamente strumentale per sostenere un gruppo di potere contro un altro. Credo che su questo punto non ci sia bisogno di elaborare molti pensieri – basti il fatto che, un po' ovunque, chi sta al governo è costantemente sotto attacco per come sta gestendo la pandemia -- e siccome la cosa su cui è più facile attaccare è il numero dei morti per COVID-19 (perché i numeri di cui al punto #4 sono più lenti e difficili da calcolare), si è scatenata, con rare eccezioni, la corsa a chi chiude di più e per più tempo. Il secondo colpevole è l'atteggiamento dei media che – pur con lodevoli eccezioni, come il mio amato Alberto Matano di RAI-UNO – hanno scelto l'atteggiamento "catastrofista" per il motivo più vecchio del mondo. Quello per cui si fanno più lettori ( e più soldi) raccontando di un uomo che ammazza il figlio piuttosto che di mille padri che i loro figli li educano con amore. O, se preferite, per dirla con le parole di un'amica giornalista, la paura vende molto più della tranquillità. Il terzo colpevole – e qui arriveranno "slings and arrows", non dubitate – è un certo "fenotipo" di epidemiologo/a modellista che è stato portato alla ribalta da questa pandemia e che, non so se per deformazione professionale o per desiderio di visibilità o cos'altro, ha deciso di rappresentare il corso futuro di questa epidemia in un modo profondamente pessimistico (i famosi "worst case scenarios" di cui ho già parlato sopra, e che in passato sono stati quasi sempre smentiti dai fatti, come i famosi 50.000 morti di "mucca pazza" previsti da Neil Ferguson, che invece nella vita reale furono 177 [11]).

In realtà quello che mi sorprende negativamente da questo tipo di approccio epidemiologico è il fatto che si ignorino completamente (o quasi) le caratteristiche virologiche di SARS-CoV-2, i progressi nella terapia di COVID-19, la più efficiente prevenzione dei contagi, l'impatto della migliorata preparazione ospedaliera, e via discorrendo. Per non parlare di commenti sulla impossibilità di avere un vaccino per COVID-19 basati su maldestri paragoni con HIV ed influenza –che equivale a sostenere che un bisonte può arrampicarsi sugli alberi perché in fondo è un mammifero tanto quanto uno scoiattolo. Roba da far rizzare i capelli a chiunque capisca un briciolo di

virologia molecolare – ma se un ragionamento del genere viene dal CIDRP o dal Imperial College tutti giù a genuflettersi. Aggiungo solo un ultimo commento sulla narrazione catastrofista di certi scienziati. Quando si vedrà, penso piuttosto presto, che il gioco non vale la candela, allora qualche politico italiano si alzerà e dirà: "E' tutta colpa degli scienziati, noi abbiamo solo seguito i loro consigli". Beh, io voglio avere la coscienza a posto di averlo detto forte e chiaro, da scienziato e da medico, che su questo approccio pessimista ad oltranza, del "worst case scenario" che non tiene conto di troppe variabili, non sono affatto d'accordo.

Ma la parte a mio avviso più illogica ed intellettualmente insostenibile in questa narrativa catastrofista è l'inseguimento del cosiddetto "rischio zero", che è una chimera alla quale – in ogni altro aspetto della nostra vita – rinunciamo senza alcun dubbio ed ancor meno problemi. Un esempio? Il fatto che, come società, accettiamo tranquillamente che ogni anno in Italia muoiano ~3.500 persone di incidenti stradali ed infatti nessuno per questo si sogna di richiedere lo stop immediato di tutte le automobili. Mettiamo semafori, cinture di sicurezza, patenti… ma accettiamo un certo rischio e andiamo avanti. Un ragionamento simile si potrebbe fare per i morti da incidenti domestici e sul lavoro. Invece nel caso di COVID-19 la narrazione catastrofista ha creato la falsa convinzione che niente sia accettabile all'infuori di questo mitico "rischio zero". Su questo lascio la parola al mio caro amico Luciano Butti, che è una delle persone più intellettualmente lucide che io abbia mai conosciuto, il quale affronta lo spinoso concetto del "rischio zero" per le scuole: "Occorre poi la consapevolezza che il rischio zero non esiste. Non esiste per medici, infermieri, autisti dei bus, cassieri, addetti alla raccolta rifiuti, molti liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati a contatto con il pubblico, lavoratori di aziende strategiche che non hanno mai chiuso (persone non tutte giovani). Bene, anche la scuola è un'azienda strategica e il rischio zero non esiste nemmeno per insegnanti, personale, bambini e genitori. Questo rischio tuttavia per i bambini è assolutamente trascurabile, mentre per tutti può essere molto ridotto investendo sulla scuola in questi mesi. Abbiamo bisogno, anche per sostenere l'economia, di una scuola e di una sanità migliori e che non si fermino. Non di una società iperassistita, paurosa e sempre servilmente in attesa di favori da parte del potere."

## 6. COSA POSSIAMO FARE PER EVITARE LO "SCOGLIO VIRUS" SENZA DISTRUGGERE IL NOSTRO MODO DI VIVERE?

Questa è, alla fine di questo lungo e spero non troppo noioso monologo, la domanda da cento milioni di euro. Allora, tornando ancora alla nostra allegoria della barca, provo a suggerire una modesta proposta, sotto forma di ricetta in tre punti molto semplici, da attuarsi mentre scegliamo di tornare a navigare più vicino allo "scoglio virus" – in altre parole, mentre torniamo a fare la nostra vita normale (e quando dico normale, intendo normale per davvero, proprio come nel maggio 2019):

A. NAVIGHIAMO USANDO UN RADAR MOLTO MIGLIORE.
Qui si torna, molto semplicemente, al concetto di MONITORAGGIO E SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA, di cui ho parlato molte volte in passato, e che è quello che fanno gli epidemiologi veri, a partire dal grande Pier Luigi Lopalco. Si tratta in altre parole di usare in modo copioso i tests virologici e sierologici per determinare sia il ritorno potenziale del virus che lo stato di immunità nella popolazione. Il tutto attraverso campionamenti capillari e ripetuti nel tempo sulla popolazione, analisi dei dati, e se necessario rapido

intervento di identificazione ed isolamento dei contatti (cosa che, come insegna l'ottimo Crisanti, può fare una differenza enorme nel ridurre il numero dei casi e dei morti), fino al possibile instaurare di zone rosse limitate sia nello spazio che nel tempo. E' chiaro che si tratta di creare una infrastruttura costosa, ma le sofferenze sia economiche che morali che si potrebbero evitare sono enormemente più alte.

B. NAVIGARE AVENDO RAFFORZATO LA NAVE

In altre parole, si tratta di fare in modo che ci si faccia molto meno male se si torna a sbattere contro lo "scoglio virus". Qui si torna, ovviamente, a parlare di PREPARAZIONE, a livello di strutture ospedaliere, di gestione delle RSA, della presenza di personale (medici ed infermieri, in primis) preparato a questo tipo di emergenza infettivologica, con un numero adeguato di dispositivi di protezione individuale, scorte di disinfettanti, ventilatori, letti di terapia intensive, e via discorrendo. Si tratta di creare una struttura strategica di riserva che consenta – se necessario ed in tempi rapidissimi – di attivare fino a 10.000 posti letto di terapia intensiva in isolamento (due volte e mezzo il picco di ricoveri in terapia intensive per COVID-19 nel marzo scorso), con immediata disponibilità di personale, apparecchiature, etc. Si tratta, dal punto di vista dei medicinali, di mettersi in condizione di poter usare rapidamente decine di migliaia di dosi di farmaci come Remdesivir, Tocilizumab, Baricitinib e possibilmente altri ancora, insieme a decine di migliaia di sacche di plasma di pazienti guariti e convalescent (che si possono tranquillamente congelare per uso fino a 36 mesi). Anche qui si tratta di fare un investimento costoso, ma come detto sopra, il gioco varrebbe sicuramente la candela, per COVID-19 ma anche per altre pandemie che potranno arrivare in mondo sempre più globalizzato.

C. AMMORBIDIRE LO SCOGLIO

Questo è molto semplicemente il compito della SCIENZA. Sviluppare un vaccino, trovare terapie più efficaci, escogitare mezzi sempre più adatti a tracciare ed isolare le persone infettate (ma solo queste, non un intero paese). E' questo in fondo il vero messaggio della mia serie di articoli sull'OTTIMISMO BASATO SULLA CONOSCENZA. Il punto centrale di quanto ho cercato di comunicare con i miei post, a volte troppo lunghi, altre volte troppo irruenti, spesso troppo noiosi, ma sempre improntati a questo tema: solo la scienza potrà eliminare per sempre questo brutto scoglio dalla nostra vita, ed è per questo che dobbiamo investire nella scienza e proteggerla dai suoi tanti nemici.

## 7. CONCLUSIONE

Concludo ribadendo che noi tutti, come persone e come società, abbiamo non solo il bisogno ma anche il preciso DOVERE DI TORNARE A FARE UNA VITA ASSOLUTAMENTE NORMALE, mantenendo ovviamente quelle buone abitudini di igiene personale che, grazie al virus, abbiamo finalmente imparato.

Lo dobbiamo a noi stessi, ma soprattutto ai nostri figli e nipoti, a cui non possiamo chiedere indefinitamente di fare enormi sacrifici solo per calmare le nostre ansie o per alleviare le paure di leader politici timidi ed incompetenti, consigliati da esperti che non sono in grado di elaborare una strategia generale sul come affrontare la pandemia. Soprattutto, dobbiamo fare questa scelta di CORAGGIOSA, CONSAPEVOLE E "PREPARATA" NORMALITA' basandoci sulla nostra arma migliore: l'ottimismo sereno e

razionale che deriva dalla nostra straordinaria capacità di generare ed applicare conoscenza.

GRAZIE A TUTTI!

PS: Come detto sopra, questo post è stato discusso con questo gruppo di amici e colleghi, che ne condividono appieno e pubblicamente il contenuto:

Stefano ALCARO, Professore Ordinario di Chimica Farmaceutica, Università della Magna Grecia
Ilaria BAGLIVO, Ricercatrice, Università della Campania
Andrea BALLABENI, Clinical Research Scientist, Harvard University, USA
Matteo BASSETTI, Professore Ordinario di Malattie Infettive, Università di Genova
Rossana BERARDI, Professore Ordinario di Oncologia, Università di Ancona
Giovanna BORSELLINO, Segretario e Tesoriere, European Center for Brain Research & Fondazione Santa Lucia
Luigi BUONAGURO, Medico e Ricercatore CNR
Luciano BUTTI, Avvocato e Life Member, Clare Hall College, Cambridge, UK
Achille CAPPIELLO, Professore Ordinario di Chimica, Università di Urbino
Arnaldo CARUSO, Professore Ordinario di Microbiologia, Università di Brescia
Francesca CECCHERINI-SILBERSTEIN, Professore Associato di Microbiologia, Università di Roma Tor Vergata
Francesco CECCONI, Professore Ordinario di Biologia dello Sviluppo, Università di Roma Tor Vergata
Massimo CLEMENTI, Professore Ordinario di MIcrobiologia, Università Vita e Salute "San Raffaele" Milano
Piergiuseppe DE BERARDINIS, Ricercatore, Centro Nazionale della Ricerca (CNR)
Roberto DI LAURO, Professore Emerito, Università di Napoli, e Direttore Scientifico, CEINGE
Gigliola DI RENZO VILLALTA, Professore Ordinario di Diritto Privato, Università di Milano
Roberto DI SANTO, Professore Ordinario di Chimica, Università di Roma La Sapienza
Luciano FADIGA, Professore Ordinario di Fisiologia, Università di Ferrara & IIT
Julia FILINGERI, Professore di Comunicazione Medica, Università di Trieste, Segretario, Patto Trasversale per la Scienza
Valentina FLAMINI Ricercatrice, Cardiff University, UK
Andrea GRIGNOLIO, Professore a Contratto, Università Vita e Salute "San Raffaele" Milano
Walter LUCCHESI, Ricercatore, University of London, UK
Giuseppe NUNNARI, Professore Ordinario di Malattie Infettive, Università di Catania
Alberto OLIVETI, Presidente Nazionale E.N.P.A.M.
Diego PAVESIO, Medico di Medicina Generale, Tesoriere, Patto Trasversale per la Scienza
Claudia PICCOLI, Professore Ordinario di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Foggia
Carlo PIROLA, Professore Ordinario di Chimica, Università di Milano
Giovanni POMPONIO, Dirigente Medico Ospedaliero, Ospedali Riuniti di Ancona
Manuela RAFFATELLU, Professore Ordinario di Pediatria, University of California San Diego, USA
Luca SCORRANO, Professore Ordinario di Biochimica, Università di Padova

Luca SGORBINI, Medico Cardiologo Ospedaliero, P.O. Santo Spirito, Roma
Ilaria Maria SOTIS, Giornalista e Scrittrice, Conduttrice RAI Radio Uno
Vilberto STOCCHI, Magnifico Rettore, Università di Urbino
Marco TAMIETTO, Professore Ordinario di Psicologia, Università di Torino
Carlo TORTI, Professore Ordinario di Malattie Infettive, Università della Magna Grecia
Alberto ZANGRILLO, Professore Ordinario e Pro-Rettore, Università Vita e Salute "San Raffaele" Milano

PS2: chi si ritrova in queste parole faccia circolare questo post e lo firmi con nome, cognome e qualifica come COMMENTO al post e su questa pagina (ma non su pagine di condivisione).

References:

1] Bianco, M.L., Il punto sul Covid-19, per progettare bene il domani. Sbilanciamoci, 19 aprile 2020.
[2] ISS. Epidemia Covid-19. Aggiornamento nazionale. 7 maggio 2020.
[3] Yonghong Xiao, Mili Estee Torok, Taking the Right Measures to Control Covid-19. The Lancet, Vol 20, Maggio 2020.
[4] https://www.niaid.nih.gov/…/nih-clinical-trial-shows-remdes…
[5] https://www.medicaleconomics.com/…/covid-19-fallout-how-wil…
[6] Lee J Mental health effects of school closures during COVID-19. Lancet 2020
[7] https://www.statnews.com/…/a-fiasco-in-the-making-as-the-c…/
[8] https://www.scienzainrete.it/…/maria-luisa-bian…/2020-05-14…
[9] https://www.linkiesta.it/…/documento-comitato-tecnico-scie…/
[10] https://www.ft.com/con…/a2b4c18c-a5e8-4edc-8047-ade4a82a548d
[11] http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php…